

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: 3200283949

Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data do Acidente: 20/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

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



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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283949

Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data do Acidente: 20/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200283949

Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data do Acidente: 20/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

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: **SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA**

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

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000029239-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE NADA

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 043.833.612-77 4 - Nome completo da vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR-SUSEP N° 34/2010

5 - Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira 6 - Endereço: AL. dos Tatus
estudante 7 - Cidade: Boa Vista 8 - Estado: RR 9 - CEP: 69.314-318
Dr. Silvão Ipeite 10 - Telefone: (95) 98404-5368

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

11 - Nome do Representante Legal: Sebastião Eduardo da Silva Figueira
12 - CPF do Representante Legal: 644.691.312-53 13 - Profissão do Representante Legal: Mecânico

14 - N° do RG, RNE, Título de Eleitor ou Carteira de Identidade do Representante Legal (ANEXAR CóPIA).

15 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSIVO/INAP. R\$ 1.000,00 a R\$ 1.500,00
 SEM RENDA R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00

R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 a R\$ 7.000,00
 ACIMA DE R\$ 7.000,00

16 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTELA)

CONTA POUPANÇA (Sómente 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: Itaú

PLACAS: CONTA:

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 29239

5

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao seguro devidamente reconhecido 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 que a vítima não está impossibilitada de apresentar laudo de deficiência que o Instituto Médico Legal (IML) não pode emitir

- Até 10 (dez) dias de distância entre o acidente ou da minha residência ou
- Se a vítima atende a condição de acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- Se a vítima que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido de laudo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

17 - Status: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

18 - Se casado com a vítima: Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro: informar nome:

19 - Se tem filhos: Sim Não

20 - Vítima deixou Companheiro(a): Sim Não

21 - Vítima: Sim Não

32 - Se tinha irmãos: informar nome:

22 - Se viúvo: Sim Não

23 - Vítima falecida: Sim Não

24 - Vítima falecida: Sim Não

33 - Se falecido: informar nome:

O seu cliente não deve a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do seguro DPVAT pela morte àqueles beneficiários que se apresentarem no prazo de 10 (dez) dias de deitar o laudo (único) na reclamação da vítima ou no seu falecimento. Alegações de direitos devidos ao beneficiário devem ser feitas na reclamação contra a Seguradora Lider, no prazo de 10 (dez) dias de falecimento.

35 - Assinatura de quem assina a perda (a rogo)

35 - Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina a perda

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 27/07/2020

+ Sebastião Eduardo da S. Oliveira 41 - Assinatura da vítima/beneficiária (litteris)

43 - Assinatura da beneficiária



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDERECO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7533/2020 - Registrado em: 27/07/2020 às 13h 57min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 20/04/2020 às 19h 11min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA
Logradouro: PADRE ANCHIETA
Bairro: CAMBARÁ
Referência:
Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69314-318

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA(40), nascido(a) em 10/05/1980, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 644.691.312-53, País: BRASIL, natural de MANAUS-AM, filho(a) de JOANA DA SILVA FIGUEIRA e RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA, endereço: AL DOS TATUS, cep: 69314-318, Nº: 715, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99171-3033.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE SEU FILHO HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA MENOR TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO DE UMA CG/TITAN COR: AZUL CHASSI: 9C20C250VVR134048 PLACA NAJ6515, DE PROPRIEDADE ISAIAS MORAIS MENDONÇA CPF: 758.952.502-20 NO ENDEREÇO ACIMA CONDUZIDA POR SEU IRMÃO RUDNEI QUANDO UMA HILLUX INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE, O COMUNICANTE INFORMA QUE NÃO DEU TEMPO DE FREAR, OCORRENDO A SIM A COLISÃO. O MESMO INFORMA QUE O MOTORISTA DA HILLUX FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO PARA VITIMA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO COM FRATURA NA Perna ESQUERDA. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Sebastião Eduardo da S. Figueira.
SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE NADA

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 043.833.612-77 4 - Nome completo da vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR-SUSEP N° 34/2010

5 - Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira 6 - Endereço: AL. dos Tatus
estudante 7 - Cidade: Boa Vista 8 - Estado: RR 9 - CEP: 69.314-318
Dr. Silvão Ipeite 10 - Telefone: (95) 98404-5368

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

11 - Nome do Representante Legal: Sebastião Eduardo da Silva Figueira
12 - CPF do Representante Legal: 644.691.312-53 13 - Profissão do Representante Legal: Mecânico

14 - N° do RG, RNE, Título de Eleitor, Carteira de Motorista ou Documento de Identidade (ANEXAR CóPIA).

15 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSIVO (N/A)

R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,99

R\$ 2.000,00 a R\$ 3.999,99

SEM RENDA

R\$ 4.000,00 a R\$ 7.999,99

ACIMA DE R\$ 8.000,00

16 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTELA)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: Itaú

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

PLACAS:

CONTA:

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 29239

5

Informar o dígito se existir

Confirmar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao seguro devidamente reconhecido 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 que a vítima não está impossibilitada de apresentar à justiça, respeito a identidade que lhe é devida, o laudo do IML emitido pela Seguradora Lider, no número 04383361277, com o nº 000.

- Até 100% MI que atende a região do acidente ou da minha residência ou;
- Até 100% MI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- Até 100% MI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

1 - Unico(a): Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

2 - Se casado com a vítima: Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome:

3 - Se viúvo: Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

30 - Vítima deixou herdeiros?

Sim

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar o nome:

Este cliente não use a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do seguro DPVAT pela morte àqueles beneficiários que se apresentarem ao seu endereço, dentro de 10 (dez) dias úteis, com a documentação exigida na legislação de direito civil, ou seja, no menor tempo possível.

33 - Assinatura de quem assina a perda (a rogo)

35 - Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do beneficiário

36 - Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da pessoa legal

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 27/07/2020

+ Sebastião Eduardo da S. Oliveira 41 - Assinatura da vítima/beneficiária (litteraria)

43 - Assinatura da beneficiária



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião: Deusdete Coelho Filho

Substitutos: Rita de Cássia Mello Coelho

Maria de Jesus de Souza Rocha

Aurea Virginia Mello Coelho

Escrevente: Nadia Socorro Pinho Oliveira

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69

E-mail: tabdeus1@hotmail.com

Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-315

Folha 213

Termo: 144016

Certifico que no livro, folhas e termo acima do Assento de Nascimento deste 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Boa Vista, consta registrado o assento de:

****HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA****

do sexo **masculino**, nascido às 22:53 horas, do dia 29 de abril de 2008 (**29/04/2008**), no Hospital Materno Infantil Nossa Sra. de Nazareth, localizado na Rua: Presidente Costa e Silva, nº 1100, São Francisco, Boa Vista-RR.

Filho de **SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA** e de **ROSANGELA SILVA DE AQUINO**.

Avós paternos: **RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA**
JOANA DA SILVA FIGUEIRA

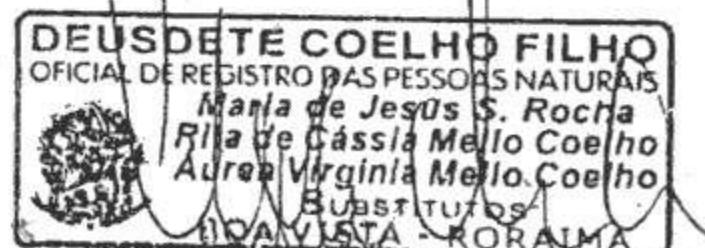
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

Registro feito dia 08 de maio de 2008.

Observação: declarante o pai.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 08 de maio de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira , Escrevente Autorizada, digitei. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

Isento de custas
nos termos da Lei
9.534/97.
Qualquer rasura ou
emenda tomará
inválida a presente
certidão.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
043.833.612-77

Nome
HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Nascimento

29/04/2008

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 00000029239-5

Autenticação:

B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C0A38D7C153B66BEE5



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Régime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0164314-2

Nº DA NOTA FISCAL 5341759 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	01/07/2020	535	404,05

JANAINA DA SILVA FIGUEIRA
AL DOS TATUS 715 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-318 - BOA VISTA
CPF: 00082928878220

DATAS DA LEITURA

Atual: 09/06/2020 Anterior: 08/05/2020 Próxima leitura: 09/07/2020
Emissão: 08/06/2020 Apresentação: 09/06/2020 Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1909888	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA:	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2872							
Leit. Anterior	2337							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	535							
Faturado:	- 535							

DESCRICAĀO DA CONTA

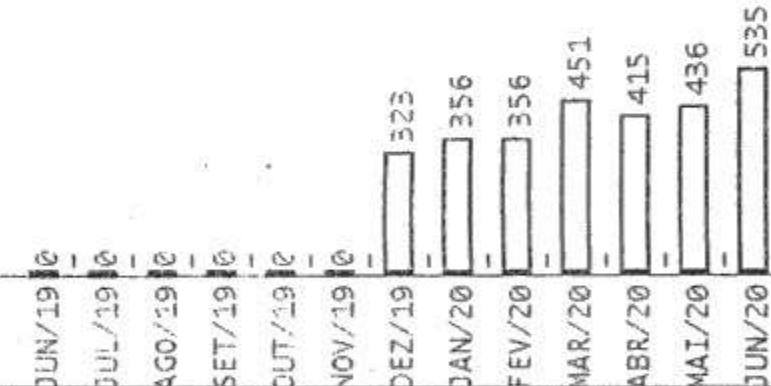
CONSUMO 535 A R\$ 0,755234 = 404,05

OUTRAS INFORMAĀOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 535 - 0,617720

Média 12 meses: 299

HISTÓRICO DE MEDICĀO



Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/06/2020, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SDR/MA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e/ou reavaliada(s) no valor de R\$ 324,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
05/2020 324,15

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIĀAO DA CONTA - R\$

Energia:	221,15
Distribuição:	96,86
Transmissão:	0,00
Encargos:	12,52
Perdas:	104,03

IMPOSTOS/CONTRIBUIĀOES - R\$

Base de Cálculo: 535,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00		

DMIC Mensal DICRI Mensal

01/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente à 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	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



RORAIMA ENERGIA

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍGITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Hugo Eduardo Silva Figueira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 333.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hugo Eduardo Silva Figueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612 / 77,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hugo Eduardo Silva Figueira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.833.612 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

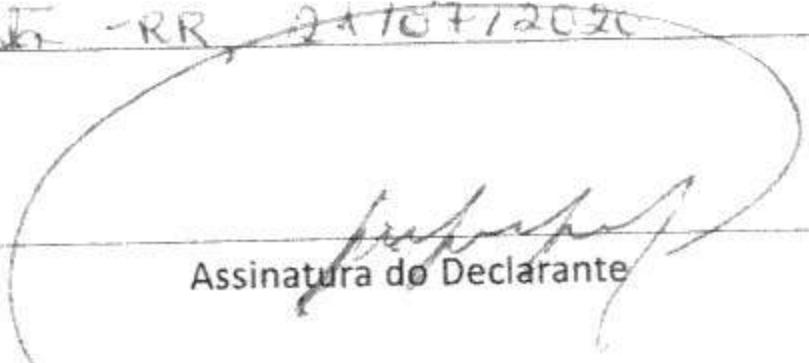
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bonfim</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>LIBERRRA@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(95) 98404-5368</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 24/07/2020


Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO

67260

<input type="text"/> Cartão do SUS:	<input type="text"/> 702100732047498	<input type="text"/> Data Nascimento:	<input type="text"/> 29/04/2008
<input type="text"/> Nome:	HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA		
<input type="text"/> Mãe:	ROSANGELA SILVA DE AQUINO		
<input type="text"/> Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M		



265575.0

*novo
cert
ext*

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 67260

Data Nascimento: 29/04/2008

Idade: 11 Anos / 11 Meses / 22 Dias

Nome do Paciente: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Sexo: MASCULINO

Endereço: VILA JARDIM BL 2 AP 304 COND ACAI

Naturalidade: BOA VISTA

Bairro: CIDADE SATELITE

CEP: 69309000

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Número: 0

Cidade: BOA VISTA

Telefone: 991775837

CNS: 702100732047498

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Parentesco: MAE

Fone: 991775837

Identidade:

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 265575

Data Atendimento: 20/04/2020 21:10:50

Data Classificação: 20/04/2020 21:10

Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA

Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

Queixa Principal: ENTRADA PELO TRAUMA

Observação:

Peso: 0 KG Temp.: 0

Usuário triagem: CASSIA FORTALEZA DE SOUSA O

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

VITIMIZADO ACIDENTE CARRO X MOTO
 TRANSPORTADO PELA SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO CÉFALO CERVICAL
 GOSGON 15.
 Fratura Perna: (E) ?? - CURATIVO OCCLUSIVO
 com SANGUE
 Ext: PP: 3''
 CO. R. LA CRANIO / TARSAL

EXAMES SOLICITADOS:

Rx

Hematocrito

CONDUTA:

AV. ONTOSE ASS



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO

67260

Cartão do SUS: _____
702100732047498

Data Nascimento: _____
29/04/2008

Sexo: _____
M

Nome: _____
HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Mãe: _____
ROSANGELA SILVA DE AQUINO

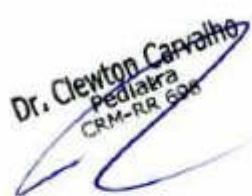
Rx cruris ; acls norma

cor. anteror = non

MJG: fratura = Tibia 

co. agunha onto Pen.

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 696





265575.0

nume
cert
ext

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 67260 Data Nascimento: 29/04/2008

Idade: 11 Anos / 11 Meses / 22 Dias

Nome do Paciente: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Sexo: MASCULINO

Endereço: VILA JARDIM BL 2 AP 304 COND ACAI

Naturalidade: BOA VISTA

Bairro: CIDADE SATELITE

Número: 0

CEP: 69309000

Cidade: BOA VISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Telefone: 991775837

Nome da Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

CNS: 702100732047498

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: ROSANGELA SILVA DE AQUINO

Parentesco: MAE

Fone: 991775837

Identidade:

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 265575

Data Atendimento: 20/04/2020 21:10:50

Data Classificação: 20/04/2020 21:10

Origem: RECEPÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Tipo: UE || URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

Queixa Principal: ENTRADA PELO TRAUMA

Observação:

Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: CASSIA FORTALEZA DE SOUSA O

ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

VITIMA ACIDENTE CARRO X MOTO
TRANSPORTADO PELA SAMU, com IMOBILIZAÇÃO CERVICAL
Glasgow 15.
Fratura perna () ? - curativo oclusivo
com SANGUE
Ext: PP: 3^o
CO. RL. LA CTRAO / thermal

EXAMES SOLICITADOS:

Rx

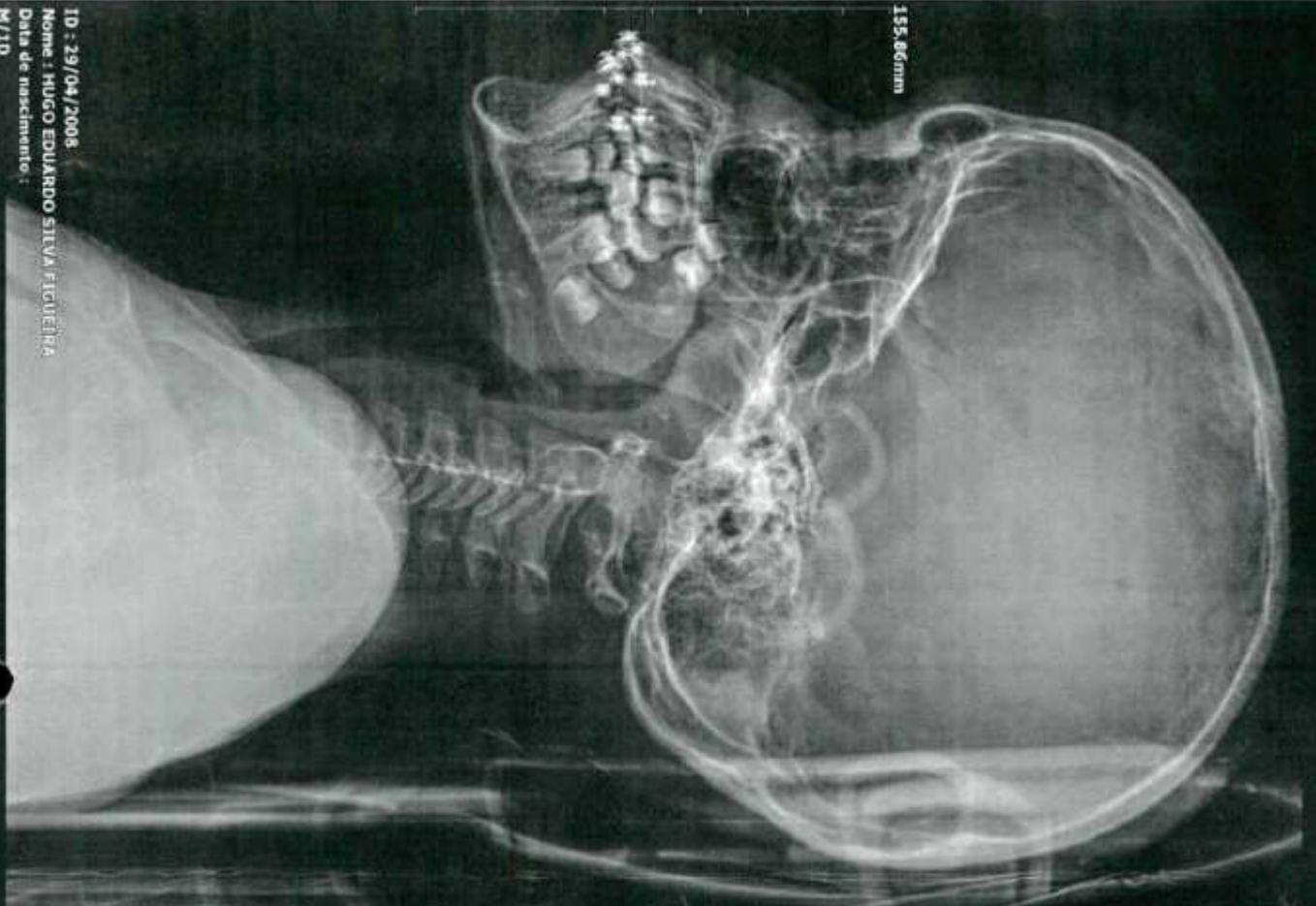
Hematócris

CONDUTA:

AV. ORTOPEDIA

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-R 698





ID : 29/04/2008

Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

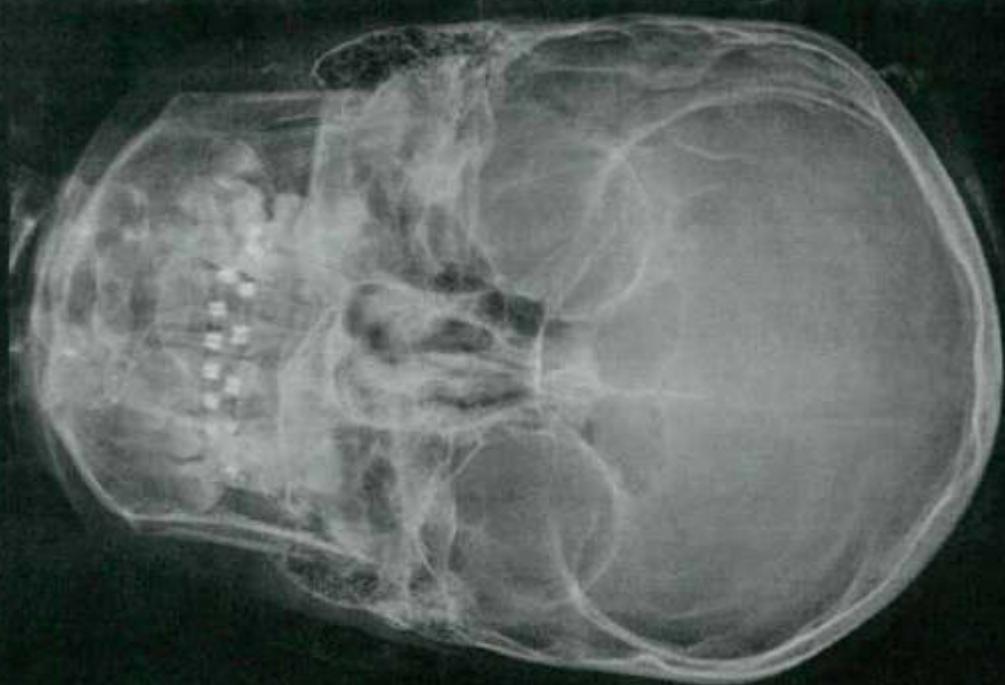
Data de nascimento :

M/JID

E.I. :

802

Técnico Responsável : usuário



ID : 29/04/2008

Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data de nascimento :

M/JID

E.I. :

802

Técnico Responsável : usuário

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

D

83.87mm

8

ID : 29/04/2008

Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data de nascimento :

M/1D

E.I. : 394

Técnico Responsável : usuário

D

85.7mm

ID : 29/04/2008

Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Data de nascimento :

M/1D

E.I. : 1111

Técnico Responsável : usuário

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

109.66mm

E

109.19mm

ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/1D
E.I. : 195
Técnico Responsável : usario

ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/1D
E.I. : 162
Técnico Responsável : usario

HIGO EDUADO DA SILVA

E

1. 8mm

136.23mm

ID : 22/04/20

Nome : HIGO EDUADO DA SILVA

Data de nascimento :

O/1D

E.I. : 83

Técnico Responsável : usuário

ID : 22/04/20

Nome : HIGO EDUADO DA SILVA

Data de nascimento :

O/1D

E.I. : 105

Técnico Responsável : usuário

Paciente: **Hugo Eduardo Silva**

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/2008

Idade: 11 ANO

Solicitação: 30075475

Número Interno:

Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698

Origem: HCSA

Setor: TRAUMA

Leito: LEITO 02

Data de Emissão: 20/04/2020 21:48

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 3007547503

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M31 - Indeterminada

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

15.6 seg

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.24

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

44.0 seg

25.0 - 39.0 seg

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



Dra. Laura Cardoso
 Farmacêutica - Bioquímica
 CRF - RR 012

Responsável Técnico: Wallace Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Reenviado

Página: 5 de 5

Paciente: Hugo Eduardo Silva

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/2008

Idade: 11 ANO

Solicitação: 30075475

Número Interno:

Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698

Origem: HCSA

Setor: TRAUMA

Leito: LEITO 02

Data de Emissão: 20/04/2020 21:48

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 3007547502

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

0,58 mg/dL

0,7 - 1,4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)

Material: SORO

Metodologia: M13 - Cinético Uv

Resultado

Referência

CPK

318,48 U/L

24,0 - 195,0 U/L

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)

Material: SORO

Metodologia: M13 - Cinético Uv

Resultado

Referência

CK-MB

112,11 U/L

Sem Referência

Notas

1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3º Este exame sofre grande influência de Hemólise, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil.

DOSAGEM DE GLICOSE

Material: SORO

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

Referência

GLICOSE BASAL

102,34 mg/dL

Sem Referência

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

Referência

UREIA

22,51 mg/dL

Sem Referência

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Metodologia: M22 - Imunoturbidimetria

Resultado

Referência

PROTEÍNA C REATIVA

0,15 mg/L

Sem Referência



Dra. Maria de Lourdes Almeida
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-RR 163

Paciente: Hugo Eduardo Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 29/04/2008	Idade: 11 ANO
Solicitação: 30075475	Número Interno:	Solicitante: CLEWTON CARLVALHO DE OLIVEIRA CRM-RR 698	
Origem: HCSA	Setor: TRAUMA	Leito: LEITO 02	
Data de Emissão: 20/04/2020 21:48	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3007547501

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	16,92 x10³/uL	4,0 - 10,0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	71,00 %	50,0 - 70,0 %
LINFOCITOS	20,00 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	6,00 %	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	3,00 %	0,5 - 5,0 %
ESÓFILOS	0,00 %	0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,40 x10¹²/uL	Sem Referência
HEMÓGLOBINA	13,40 g/dL	Sem Referência
HEMATÓCRITO	37,90 %	Sem Referência
VCM	86,10 ug/L	Sem Referência
HCM	30,50 pg	27,0 - 34,0 pg
CHCM	35,50 g/dL	Sem Referência
RDW CV	12,20 %	11,0 - 16,0 %
RDW SD	44,20 fL	35,0 - 56,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	240,00 x10³/uL	150,0 - 400,0 x10 ³ /uL
VPM	8,90 fL	6,5 - 12,0 fL
ADP	15,90	9,0 - 17,0
PCT	0,214 %	1,08 - 2,82 %

DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGUÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M29 - Aglutinação

GRUPO SANGUÍNEO

ABO	O	Sem Referência
RH	Positivo (+)	Sem Referência


Dr. Leonardo Marusso
Bumédico
CRBM-4/ RR 2165

Responsável Técnico: Wellede Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Relatório

Página: 1 de 5

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA

KIT NEBULIZAÇÃO

KIT DEXTRO

KIT OXIGENOTERAPIA

KIT ASPIRAÇÃO

KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA

KIT SONDAÇÃO ENTERAL

KIT SONDAÇÃO VESICAL

KIT SONDAÇÃO SIMPLES

KIT SONDAÇÃO GRANDE

DIVERSOS

ÁGUA DESTILADA 10ml

SERINGA 20ml

SERINGA 10ml

SERINGA 05ml

SERINGA 03ml

SERINGA 1ml

EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR

EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR

AGULHA N°

GAZE (PACOTE)

ALCOOL 701%

JELCO N°

MÁSCARA

LUVA DE PROCEDIMENTOS

GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21/10/2011 - Paciente admitido via urgência com corte profundo na face, envolvendo lábio inferior, maxila e mandíbula, com exposição de tecido ósseo. Hemorragia abundante, sangramento contínuo. Sobe ao gabinete de cirurgia, univestitário. Segue aos procedimentos:

Licenir Aires da Silva

Enfermeira

Esp. Saúde da Família

COREN-PR 349.353

22/10/2011 - Paciente encaminhado para cirurgia de reparo facial. Cirurgia realizada com sucesso. Fim da cirurgia. Paciente encaminhado para UPA e em acompanhamento no BLOCO T.



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 20/09/20 Peso _____
Diagnóstico: Reletraume

Nome: Hugo Eduardo Silveira Leito: Unidade 02
Registro: 410 Data da internação na UTIP: / /

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

CUIDADOS ESPECIAIS

HORA
Temp.
P.A.
F.C.
F.R.
SpO2

Dieta
Soro
NPP
Medicação EV
Medicação VO
Hemoderivado
Sedação
Correção de:
Fase de:

vomito
Diurese
Fezes
Sondas
Drenos
Aspiração
FIO2
PEEP
PIP
FAP
Oxigênio terapia
Dextros

**ASSINATURA E
CARIMBO**

22h 36,3 120 106 9 97% noite. c prn conto dimissão
23h 36,3 120 106 9 97% noite. c prn conto dimissão
24h 36,3 120 106 9 97% noite. c prn conto dimissão

06h 36,3 - 116 20 - 0 100 - exp m - 100 -
Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

Angele

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA

KIT NEBULIZAÇÃO

KIT DEXTRO

KIT OXIGENOTERAPIA

KIT ASPIRAÇÃO

KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA

KIT SONDAÇÃO ENTERAL

KIT SONDAÇÃO VESICAL

KIT SONDAÇÃO SIMPLES

KIT SONDAÇÃO GRANDE

DIVERSOS

ÁGUA DESTILADA 10ml

SERINGA 20ml

SERINGA 10ml

SERINGA 05ml

SERINGA 03ml

SERINGA 1ml

EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR

EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR

AGULHA N°

GAZE (PACOTE)

ALCOOL 70%

JELCO N°

MÁSCARA

LUVA DE PROCEDIMENTOS

GORRO

7:30 Paciente encontra-se em
uma maca, comum cama
condenadora! Fue visto para
providências - Patrões

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10:00 Enfermeira encontra-se em uma maca, comum cama
condenadora, paciente febre alta, com
escoriáceas em face, circunferência
ciclo AMP em vez de
extremos de paciente MI E realizadas curativos
no local de inserção e direcionado
em base maca e cuidados - Patrões



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Data: 21 / 04 / 20 Peso _____
Diagnóstico: Fratura exposta tubo

Nome: Kiago Eduardo Silveira
Registro: 67265 Leito: 40-F
Idade: 11-A Data da internação na UTIP: / /

SINAIS VITAIS

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

HORA

Temp.

P.A.

F.C.

F.R.

SpO2

Dieta

Soro

NPP

Medicação EV

Medicação VO

Hemoderivado

Sedação

Correção de:

Fase de:

Diurese

Fezes

Sondas

Drenos

Aspiração

FIO2

PEEP

PIP

FAP

Oxigênio terapia

Dextros

ASSINATURA E
CARIMBO

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

00h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA
KIT NEBULIZAÇÃO
KIT DEXTRO
KIT OXIGENOTERAPIA
KIT ASPIRAÇÃO
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA
KIT SONDAGEM ENTERAL
KIT SONDAGEM VESICAL
KIT SONDAGEM SIMPLES
KIT SONDAGEM GRANDE
DIVERSOS
ÁGUA DESTILADA 10ml
SERINGA 20ml
SERINGA 10ml
SERINGA 05ml
SERINGA 03ml
SERINGA 1ml
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
AGULHA N°
GAZE (PACOTE)
ALCOOL 701%
JELCO N°
MÁSCARA
LUVA DE PROCEDIMENTOS
GORRO

EVOLUÇÃO DE ENERGIA



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 23 / 04 / 20 Peso _____
Diagnóstico: fibratua Exposta tuba

Nome: Hugo Eduardo Silveira
Registro: 69260 Leito: F-40
Idade: 15 A Data da internação na UTIP: 21 / 04 / 20

HORA	SINAIS VITAIS										CONTROLE HÍDRICO					CUIDADOS ESPECIAIS		ASSINATURA E CARIMBO						
	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	Spo2	Dieta	Soro	NPP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivado	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fezes	Sondas	Drenos	Aspiração	FIO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia
07h																								
08h																								
09h																								
10h	<u>36,30</u>	<u>40-50</u>	<u>80-100</u>	<u>20-25</u>	<u>98-100</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>
11h																								
12h																								
13h																								
14h																								
15h																								
16h	<u>37 - 92</u>	<u>19</u>	<u>100%</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>
17h																								
18h																								
19h																								
20h	<u>37,5</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>
21h																								
22h																								
23h																								
24h																								
01h																								
02h																								
03h																								
04h																								
05h																								
06h	<u>35,5</u>	<u>18</u>	<u>100%</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>00%</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>	<u>000ml</u>
Higiene																								
Hora do banho																								

Exames e/ou recomendações:

Selar

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA
KIT NEBULIZAÇÃO
KIT DEXTRO
KIT OXIGENOTERAPIA
KIT ASPIRAÇÃO
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA
KIT SONDAGEM ENTERAL
KIT SONDAGEM VESICAL
KIT SONDAGEM SIMPLES
KIT SONDAGEM GRANDE
DIVERSOS
ÁGUA DESTILADA 10ml
SERINGA 20ml
SERINGA 10ml
SERINGA 05ml
SERINGA 03ml
SERINGA 1ml
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
AGULHA N°
GAZE (PACOTE)
ALCOOL 70%
JELCO N°
MÁSCARA
LUVA DE PROCEDIMENTOS
GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HIDRICO - UTIP

Secretaria Municipal de Saúde

Munich

4

Data: 24 / 04 / 2020 Peso _____
Diagnóstico: Fistulox Excedida Tibia

Nome: Hugo Eduardo Slua Registro: 69260 Leito: 10
Idade: 11 Data da internação 20/01/19

Sua
Leito: 10
Data da internação ~~2010~~ 21/04/2010

SINAIS VITais		CONTROLE HÍDRICO		CUIDADOS ESPECIAIS		ASSINATURA E CARIMBO
HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	
07h						
08h						
09h						
10h	36.4°C	120	21	10	100	
11h						
12h						
13h						
14h						
15h	36.8°C	88	24	86	96	
16h	36.8°C	88	24	86	96	
17h						
18h						
19h						
20h						
21h						
22h	36.8°C	82	20	86	95	
23h						
24h						
00h						
02h						
03h						
04h						
05h						
06h	36.8°C	84	21	86	95	
Higiene						
Hora do banho						

Exames e/ou recomendações:

Nome: Ricardo Coimbra Peso: 10
 Registro: 69260 Leito: 10
 Idade: 11 Data da internação: 21/04/2012

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA
KIT NEBULIZAÇÃO
KIT DEXTRO
KIT OXIGENOTERAPIA
KIT ASPIRAÇÃO
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA
KIT SONDAGEM ENTERAL
KIT SONDAGEM VESICAL
KIT SONDAGEM SIMPLES
KIT SONDAGEM GRANDE
DIVERSOS
ÁGUA DESTILADA 10ml
SERINGA 20ml
SERINGA 10ml
SERINGA 05ml
SERINGA 03ml
SERINGA 1ml
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
AGULHA N°
GAZE (PACOTE)
ALCOOL 701%
JELCO N°
MÁSCARA
LUVA DE PROCEDIMENTOS
GORRO

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA
KIT NEBULIZAÇÃO
KIT DEXTRO
KIT OXIGENOTERAPIA
KIT ASPIRAÇÃO
KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA
KIT SONDAÇÃO ENTERAL
KIT SONDAÇÃO VESICAL
KIT SONDAÇÃO SIMPLES
KIT SONDAÇÃO GRANDE
DIVERSOS
ÁGUA DESTILADA 10ml
SERINGA 20ml
SERINGA 10ml
SERINGA 05ml
SERINGA 03ml
SERINGA 1ml
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
AGULHA N°
GAZE (PACOTE)
ALCOOL 701%
JELCO N°
MÁSCARA
LUVA DE PROCEDIMENTOS
GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HÍDRICO - UTIP**



**Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde**



Data: 26 / 11 / 2020 Peso _____

Nome: Anderson Edurando Settler
Registro: 167260 Idade: 15 Anos

Leito: 10

Data da internação na UTIP 21/11/2020

Diagnóstico: _____

SINAIS VITAIS

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

07h

Temp.

P.A.

F.C.

SpO2

Dieta

Soro

NPP

Medicação EV

Medicação VO

Hemoderivado

Sedação

Correção de:

Fase de:

Diurese

Fezes

Sondas

Drenos

Aspiração

FIO2

PEEP

PIP

FAP

Oxigênio terapia

Dextros

**ASSINATURA E
CARIMBO**

08h 36° - 16.19 - 80 mmHg - CPm - 01.0

Angela

Higiene

Exames e/ou recomendações:

Hora do banho

04h

02h

03h

05h

06h



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



**NÚMERO
CG**

NOME: HUGO EDUARDO SILVA

PESO: ± 40 kg

IDADE: 11c

HD

BL 00

10

06

10

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM PR 1617
Especialista TEOT - 12603

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA
Guianas, N°1645, 13 de Setembro - CEP: 69305-130
PABX: 3624 1684 Boa Vista/RR

F. Rezende

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA TIBIA E (DR ALBERTO)				
ALERGIAS			PESO	40KG	
IDADE	LEITO		DATA	22/4/2020	
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				SIN
2	AVP				manteiga
3	IBUPROFENO 40 GTS VO 8/8H S/N				SIN 16.00
4	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H S/N				JF.00 SIN 22.00
6	PLASIL 2 ML EV 8/8H SN				SIN 22.00
7	SSVV + CCGG				Rohnac
8	CURATIVO DIARIO				16.00
9	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12H				24
10					
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Evolução MÉDICA:					

Dr. Fernando Rezende
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 2007

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

	NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPP)		
PACIENTE:	BI: _____		
MÉDICO (A):			
Data da Req.: _____ / _____ / _____	() P/ 24 horas	() P/ 12 horas	() p/ 6 hs
Lote N° _____	Data da Prep: _____ às _____ hs		

1^a ETAPA

Agua Destilada	
Heparina sódica	
Aminoped	10%
SG	5%
Glicose	50%
NACL	10%
KCL	10%
Sulf. MG	10%
Oligoped	
Gluconato Ca	10%
Fost. Ac. Potássio	
Lipídios	20%

VOLUME TOTAL:

(MATERIAL)

ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Luvas estéreis/Aguilhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: ml/h

Ass. Médico: Ass. RT:

	NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPP)		
PACIENTE:	BI: _____		
MÉDICO (A):			
Data da Req.: _____ / _____ / _____	() P/ 24 horas	() P/ 12 horas	() p/ 6 hs
Lote N° _____	Data da Prep: _____ às _____ hs		

2^a ETAPA

Agua Destilada	
Heparina sódica	
Aminoped	10%
SG	5%
Glicose	50%
NACL	10%
KCL	10%
Sulf. MG	10%
Oligoped	
Gluconato Ca	10%
Fost. Ac. Potássio	
Lipídios	20%

VOLUME TOTAL:

(MATERIAL)

ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Seringas _____ ml
ml	Frascos _____ ml
ml	Luvas estéreis/Aguilhas 40 x 12
ml	Equipo de transferência / Cálice / Bandeja

Gotejamento: ml/h

Ass. Médico: Ass. RT:

Ex: nenhuma infusão + composta

Wmbo R. Vaz

10

11



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Bon Vista



Secretaria Municipal da Saúde

NOME: Hugo G. Almeida IDADE: 11
PESO: 40kg PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 10

Fix explore titra & collect

Hospital da Graça Santo Antônio - HCSA
AV. das Guaiás, N° 1500, 15 de Setembro - CEP: 69305-130
PABX: 3684-1584 - Boa Vista/RR

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	<i>Lucas Eduardo Silveira filho do Lucas E</i>					F10
AGNÓSTIC						
ALERGIAS			PESO			
IDADE	LEITO	<i>10</i>	DATA	23/4/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL P IDADE				<i>S/N D</i>	
2	AVP				<i>mante</i>	
3	IBUPROFENO <i>50</i> GTS VO 8/8H S/N				<i>S/N 22-06</i>	
4	DIPIRONA <i>2</i> ML EV 6/6H S/N				<i>S/N 21</i>	
6	PLASIL <i>2</i> ML EV 8/8H SN				<i>S/N</i>	
7	SSVV + CCGG				<i>Rotina</i>	
8	CURATIVO DIARIO				<i>S/D</i>	
9	CEFTRIAXONA <i>100</i> MG EV 12/12H				<i>Ri 24</i>	
10	<i>Tromadol 50 - 100 mg</i>				<i>24</i>	
12	<i>+ SK 70 - 100 mg</i>				<i>5N</i>	
14	<i>+ S7N a 1h</i>					
15						
16						
17					<i>Dr. Franklin O. Barbosa Médico Pediátrico CRM-387 CPF: 805.259.324-04</i>	
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<i>Dr. Augusto Carvalho Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-1104</i>						
SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

• ۱۷۸۲ میلادی پیش از آغاز + گذشت ۱۳۰۰

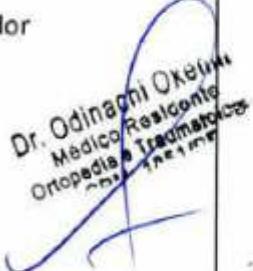
F10

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012	DN	
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
AGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE		LEITO	10	DATA	24/4/2020
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				GND
2	AVP				manter
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				S/N
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				S/N 11:30h
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				S/N
7	SSVV + CCGG				Rotina
8	CURATIVO DIARIO				M
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				12h 24h
10	Tramal 30mg + 50ml S.F.O.S.i. Ev 8/8h S/N				
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado , hidratado , e, esp de fixador externo em perna esquerda .


 Dr. Odilacni Oliveira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

1989
W
1990
2nd
3rd
2nd
1991
2nd

TO E

10 F

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012	DN			
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA						
AGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)						
ALERGIAS	NEGA		PESO	28			
IDADE	LEITO		10	DATA	25/4/2020		
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO			
1	DIETA ORAL P IDADE			5W/D			
2	AVP			manter			
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N			5W			
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N			5W 31/04			
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN			5W			
7	SSVV + CCGG			rotina			
8	CURATIVO DIARIO			5W			
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H			24h			
10							
12							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado , hidratado , e, esp de fixador externo em perna esquerda .



 Dr. Alberto Traumatologista

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012	DN	
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
AGNÓSTIC	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE		LEITO	10	DATA	26/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				
2	AVP				
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				
7	SSVV + CCGG				
8	CURATIVO DIARIO				
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				
10					
12	<i>Alberto Gonçalves</i>				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado , hidratado , e, Uso de fixador externo em perna esquerda .

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO					
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/04/2012	DN	
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA				
AGNÓSTICO	fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)				
ALERGIAS	NEGA		PESO	28	
IDADE	LEITO	10	DATA	26/4/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE				
2	AVP				
3	IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N				
4	DIPIRONA 1,4 ML EV 6/6H S/N				
6	PLASIL 0,7 ML EV 8/8H SN				
7	SSVV + CCGG				
8	CURATIVO DIARIO				
9	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				
10					
12	<i>Alberto Hospital</i>				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Evolução médica:

Paciente em bom estado geral, eupneico, corado, hidratado, e, uso de fixador externo em perna esquerda.

*franquia sem sintomas de flegm, pulmões
operados, pulmões perfeitos
polysomnograma.*

SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO: fonne

LEITO: 02

Nº do Registro: _____ Data de Nascimento: _____

Nome: HUGO EDUARDO GUSMAO Sexo: _____

A Clínica

ORTOPEDISTA

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Vítima: acidente carro x MOTO
Glasgow 15.

Trauma: exposa tibia ⑥

Pé L: Pl: 3"

socorro KU. e consulta

Data

20/04/20

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

ORTOPEDISTA

removido exposto de

DBS ⑥

ao CC PI

DDO curva

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1013
CRM-ES 10007 - 19993

8
D 1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000 9000 10000

πα E

παραγωγή αντιστοίχως συντελεστών

8+5=13

100 50 100

Ε παραγωγή αντιστοίχως συντελεστών



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:

Fratura exposta de Tibia G

Data: 20 / 04 / 20

PRONTUÁRIO Nº 67260

PACIENTE: Hugo Eduardo Silva Figueira

IDADE: 110 BLOCO F ENFERMARIA _____

LEITO _____ CAIXA: _____ Nº _____

MATERIAL UTILIZADO:

01 fixador Externo 350

01 fixador Externo 400

1ª VIA – PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª VIA

Médico Responsável



20.04.2020
Orto pediatra.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO		Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira Prontuário 67260 Ma	
<i>midazolam 2mg</i> <i>etofenamatina 20mg</i> { midazolam <i>22h55.</i> etofenamatina			
A G E N T E r	N2O O ₂		
LÍQUIDOS VENOSOS	A 3 M 3 P 250 500 250 ECG/FC/SPO2/PR		
E. VA	°C 240 SPO2		
PULSO FC	38 220		
ANES	36 200		
X	34 180		
OP	32 160		
O	30 140		
TEMP	120		
ASP.	100		
TEMP	80		
T.	60		
D	40		
EXPONT.	20		
ASSIST.	EXPO		
CONTRO	EXPO		
SÍMBOLOS			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	
Bupivacaina	12mg	BSA	
B			
Ceftriaxona	1mg		
Dexameetanona	4mg		
Efipriona	1,5g		
F			
G Fiamadol	30mg		
GLICOSE		cateter nasal.	
NOCD			
SANGUE		Cirúrgica - Naso/Otro Faringea Bal - Tamp - Calibre do Tubo Oficina de Técnica	
TOTAL	1000ml	Naso/Otrotraqueal - Cega Sub Máscara 50'	
OPERAÇÃO	To cirúrgico de fístula exposta no tórax (E)		
ANESTESISTAS	Dra. Evelyn Fernandes Anestesiologista CRMRR 1424	COD	CIRURGIÃO Alberto F. / Pedro (R)
			PERDA SANGUÍNEA
			Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vomito
			Hemorragia - Arritmia - Bradicardia
			Taquicardia - Choque



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 20/01/2000 O.S. _____

Diagnóstico Pré- Operatório HUGO SAVAGE

Indicação Terapêutica TRATAMENTO

Tipo de intervenção _____

Medicações e Acidentes _____

Cirurgião M ALMEIDA

Instrumentadora _____

Anestesistas _____

Anestesia _____

Início _____

1º Auxiliar M FONTE

Fim _____ Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 LMC f osteos com Acesso lateral
 - 2 Ressecção em forma dorsal nos ossos distais
 - 3 Ressecção da articulação e compõe.
 - 4 Amputação dos ferros
 - 5 Fixação correta com SF.
- 20/01/2000

Data

Assinatura

Dr. Alberto Ferreira da Silveira
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RJ 1617
Titulo: Especialista TEOT - 128603



11 a

NOME DO PACIENTE	Hugo Henrique Silveira	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA
CIRURGIA/TIPO	Frat. Exposto Tibial	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO 23:00	FIM 23:50 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	DR. Alberto	ANESTESISTA	DR. Guelleme
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Rodrigo / Loizman

1 DE ANESTESIA	doqui 22:56	TEMPO DE DURAÇÃO
----------------	-------------	------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES N°		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250ml
	VICRYL		1	FRASCO SORO SF 0,9% 500ml	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO N°		1	FRASCO SORO GLICOSA % CC	Linge higiênica
	CATUGT CROMADO N°			XYLOCAÍNA % CC	500mg
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA N°		1	PURE ALCOOL clorex 30ml	
	FIOS DE ALGODÃO N°		1	POLVIDINE DEGERMANTE clorex 30ml	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70% 30ml	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
1	UNIDADE DE GAZE pcts			GLICOSE %	
	PARES DE LUVA N°	1,50	10M 8,5, 11	ATADURA DE CREPOM N°	30cm
1	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESELLADA N°	
1	ROLOS DE ESPARADRAPO 30cm			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS N°			ALGODÃO ORTOPÉDICO N°	
	SONDAS N° 10		1	elétrolo	
1	AGULHAS 20x12 p/ Drágui N° 27 11			Seringa 3ml n 1ml n 5ml n 10ml	
1	COMPRESSAS pct		1	cultura de b	
1	LÂMINAS P/ BISTURI N° 15			tubo endotracheal c/cuff N°	

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

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

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				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Fábio Bruno Siqueira</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO / /		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO DDD		10.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO DDD		12.1 - N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
						19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre alta e dor de estômago</i>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rx + EV fio cava</i>							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>OSAS + LM</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIOS		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Dr. Alberto Ferreira da Silveira - Cirurgião Geral - CRM-PE 120923</i>							
28 - CID 10 PRINCIPAL		29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
						() CNS () CPF	
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>200923</i>							
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Alberto Ferreira da Silveira - Cirurgião Geral - CRM-PE 120923</i>							
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURODORA	
40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

ANEXO I

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				2 - CNES						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES						
Identificação do Paciente										
5 - NOME DO PACIENTE HUGO ENYANG SIND FIGUEIREDO				6 - N° DO PRONTUÁRIO						
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO						
				Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	9 - SEXO	10 - RACA/COR		10.1 - ETNIA		
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO				Nº DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO				Nº DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF	19 - CEP	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA										
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vítima de acidente carro moto GLa Segur 15 Provável fratura exposta</i>										
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Q- critica</i>										
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>POLÍTRAMA</i>										
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
<i>INTERNAÇÃO</i>										
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
				<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Cleiton Carvalho pediatra</i>				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Cleiton Carvalho Pediatra CRB/CE 698</i>				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)										
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE				
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR				
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO										
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		() APOSENTADO		() NÃO SEGURO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGÃO EMISSOR				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR								
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF										
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ / /</i>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)								



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário: 67260

Nome do Paciente: Hugo Eduardo Silva

Sexo: M

Data de Nascimento: 29/04/03

Endereço:

Bairro: Cidade Satélite Bloco: Leito:

ALTA HOSPITALAR

Média

A pedido

Evasão

Data da Alta: 26/04/20

Médico: Augusto Cavalcante Hora: 09:26

ÓBITO

Dia do Óbito:

Hora:

Atestado foi preenchido: Sim Não Caso de Polícia: Sim Não Entregue a Família: Sim Não

TRANSFERÊNCIA

Transferido de:

Transferido para:

REMOÇÃO

Removido de:

Removido para:

Data da Emissão

Páula Roberta de Pontes Moreira
Enfermeira
FRC 57.200/ENF

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMSA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - HCSA

Solicitação de Prontuário

Eu Sebastião Eduardo da S. Figueiro responsável
menor LIVIO EDUARDO SILVA FIGUEIRAS data de nascimento 29/04/2008

venho solicitar dessa instituição cópia:

Prontuário nº _____

Ficha de emergência da data de 1/1/

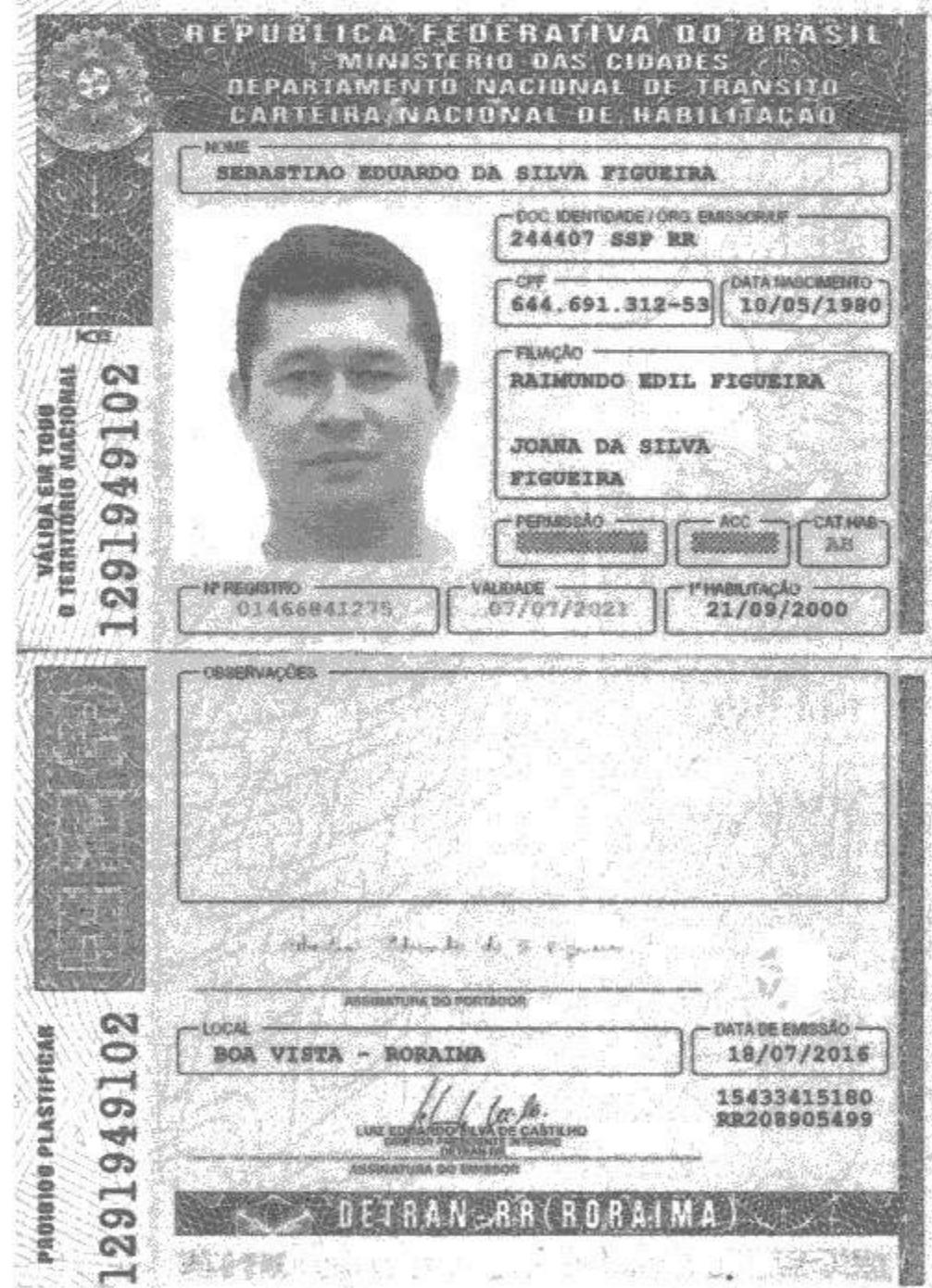
Obs: dia dos acidentes 20 Abril

DPVST.
67260
Abril.
Entrou no
fatínamento
pelo (a)
29/04/2008
chamada 29/04/20

01 Samang

Telefone para contato: 99171-3033 Boa Vista-RR 06 de Junho de 20 20

Sebastião Eduardo da S. Figueiro
Assinatura do Responsável



6953
Agencia: 29239-S 1456
conta: 29239-S
corrente

01/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente à 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	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



RORAIMA ENERGIA

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião: Deusdete Coelho Filho

Substitutos: Rita de Cássia Mello Coelho

Maria de Jesus de Souza Rocha

Aurea Virginia Mello Coelho

Escrevente: Nadia Socorro Pinho Oliveira

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69

E-mail: tabdeus1@hotmail.com

Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Livro A-315

Folha 213

Termo: 144016

Certifico que no livro, folhas e termo acima do Assento de Nascimento deste 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Boa Vista, consta registrado o assento de:

****HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA****

do sexo **masculino**, nascido às 22:53 horas, do dia 29 de abril de 2008 (**29/04/2008**), no Hospital Materno Infantil Nossa Sra. de Nazareth, localizado na Rua: Presidente Costa e Silva, nº 1100, São Francisco, Boa Vista-RR.

Filho de **SEBASTIÃO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA** e de **ROSANGELA SILVA DE AQUINO**.

Avós paternos: **RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA**
JOANA DA SILVA FIGUEIRA

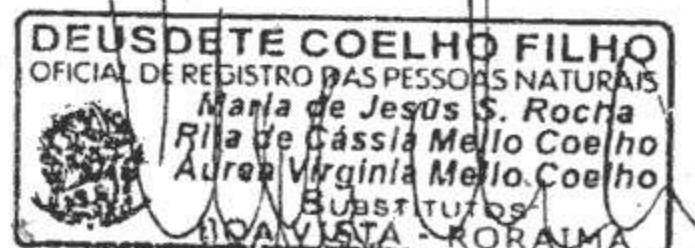
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

Registro feito dia 08 de maio de 2008.

Observação: declarante o pai.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 08 de maio de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira , Escrevente Autorizada, digitei. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

Isento de custas
nos termos da Lei
9.534/97.
Qualquer rasura ou
emenda tomará
inválida a presente
certidão.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

043.833.612-77

Nome

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Nascimento

29/04/2008

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283949 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA Data do acidente: 20/04/2020 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA. P39

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P7,P8 / MATERIAL DE SÍNTESE DEFINITIVO NÃO INFORMADO.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Sebastião Eduardo da Silva Figueiro
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Mecânico
IDENTIDADE: 244407

ENDEREÇO: Avenida das Laranjeiras nº 715 Silviano Lima

OUTORGADO

NOME: Silva Brálio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 331807

ENDEREÇO: Rua Antônio P. Galvão - 1832

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 OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 20 / 04 / 2020, cobertura Incidente, vitima: Hugo Eduardo Silva Figueiro.

Boa Vista 01-07-2020

LOCAL E DATA

* Sebastião Eduardo da S. Figueiro.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Carvalho
Silva Santos
de Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222755/20

Número do Sinistro: 3200283949

Vítima: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

CPF: 043.833.612-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2020

HUGO EDUARDO SILVA
FIGUEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 20/08/2020
Nome: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
CPF: 043.833.612-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA