

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: 2947159320210107105144

Processo 0831337-30.2020.8.23.0010 ☆ - (29 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08313373020208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA** representado por **SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/04/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/07/2020**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **20/04/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 5 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08313373020208230010.

Rio de Janeiro, 5 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



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 médico-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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.833.612-77

4 - Nome completo da vítima:

Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - ROSTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 1.000/2010

Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira

Profissão: estudante

Endereço: AL. dos Tatus

Dr. Silvio Leite

Cidade: Boa Vista

CPF: 043.833.612-77

Idade: 715

Estado: RR

RG: 69.314-318

Telefone: (95) 98404-5368

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

Nome do Representante Legal:

Sebastião Eduardo da Silva Figueira

CPF do Representante Legal:

644.691.312-53

Profissão do Representante Legal:

Mecânico

7 - Anexar cópia dos documentos comprovações (ANEXAR CÓPIA).

8 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00

☐ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 4.000,00

9 - 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:

Itaú

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

00000000000000000000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

29239

5

10 - Autorizo a Seguradora LIDER a debitar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devido.

11 - O beneficiário reconhece e dá, desde já e somente após a efetivação do sinistro, a quitação total do valor devido.

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

☒ Declaro, sob pena de falsidade, que não há impossibilidade de apresentação de laudo médico, emitido por qualquer IML, para fins de cobertura do Seguro DPVAT.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

12 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

13 - Se a vítima deixou companheiro(a):

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

14 - Se a vítima deixou filhos, informar:

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima deixou:

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

☐ Vivos ☐ Falecidos

15 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT para morte àqueles beneficiários que se apresentarem no prazo de 90 (noventa) dias do óbito da vítima.

16 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT para morte àqueles beneficiários que se apresentarem no prazo de 90 (noventa) dias do óbito da vítima.

17 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

18 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

19 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

20 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

21 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

22 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

23 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

24 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

25 - Nome:

26 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

27 - Nome:

28 - CPF:

29 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

30 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

31 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

32 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido):

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

41 - Assinatura do representante legal:

42 - Assinatura do representante legal:

43 - Assinatura do representante legal:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: 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

UF: RR

Logradouro: PADRE ANCHIETA

Nº: S/N

CEP: 69314-318

Bairro: CAMBARÁ

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

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 Silva 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

☐ MORTALIDADE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

043.833.612-77

4 - Nome completo da vítima:

Hugo Eduardo Silva Figueira

5 - ROSTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 347/2010

Nome: Hugo Eduardo Silva Figueira
Profissão: estudante
Endereço: Al. dos Tatus
Cidade: Boa Vista

CPF: 043.833.612-77

Idade: 715

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.314-318

15 - Telefone: (95) 98404-5368

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

7 - Nome do Representante Legal:

Sebastião Eduardo da Silva Figueira

8 - CPF do Representante Legal:

644.691.312-53

9 - Profissão do Representante Legal:

Mecânico

10 - Anexar cópia de documentos comprova o vínculo (ANEXAR CÓPIA).

11 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00
☐ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 4.000,00
☐ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 6.000,00
☐ R\$ 7.000,00
☐ R\$ 8.000,00
☐ R\$ 9.000,00
☐ R\$ 10.000,00

12 - 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:

Itaú

16 - Agência:

0000

17 - Conta:

00000000000000000000

18 - Agência:

6953

19 - Conta:

29239

5

20 - Assinatura (digite seu nome)

21 - Assinatura (digite seu nome)

22 - Assinatura (digite seu nome)

23 - Assinatura (digite seu nome)

24 - Autorizo a Seguradora LIDER a debitar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devido, em nome do beneficiário, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do pagamento, a quitação total do valor devido.

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

☒ Declaro, sob pena de falsidade, que não há impedimento de apresentação da vítima ao IML (Instituto Médico Legal) para realização de exame de laudo médico.

- A vítima ou IML que atende 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 acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Estado civil:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

26 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

29 - Se tinha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

30 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

31 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

33 - Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT para morte àqueles beneficiários que se apresentarem para receber a indenização, dentro do prazo estabelecido no Regulamento do Seguro DPVAT, e não se responsabiliza por eventuais omissões ou erros cometidos no preenchimento deste formulário.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido)

35 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido)

37 - Nome:

38 - Nome:

39 - Nome:

40 - Nome:

41 - Nome:

42 - Nome:

43 - Nome:

44 - Nome:

45 - Nome:

46 - Nome:

47 - Nome:

48 - Nome:

49 - Nome:

50 - Nome:

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR, 27/07/2020

+ Sebastião Eduardo da Silva Figueira

41 - Assinatura do vítima/beneficiário - Representante

42 - Assinatura do representante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabellão: 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

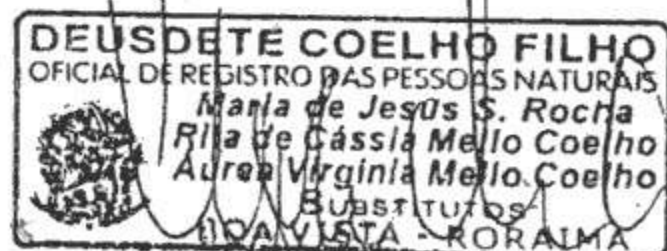
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

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 tornará
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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029239-5

Autenticação:

B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C0A38D7C153B66BEE5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5341759 FCAM*

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

JANAÍNA DA SILVA FIGUEIRA
AL DOS TATU 715 - GR. 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 1.1.1.2 Classe/Subclasse RESIDENCIAL Ligação BIF Número Medidor TDB1909888 Faturamento NORMAL Modalidade 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							

DESCRIÇÃO DA CONTA

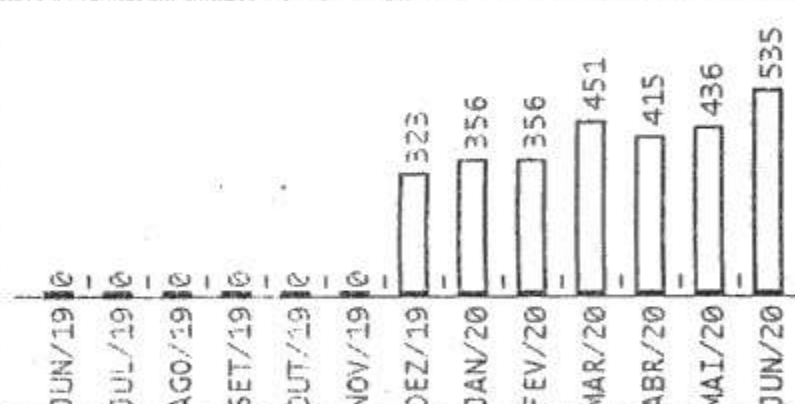
CONSUMO 535 A R\$ 0,755234 = 404,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 535 - 0,617770

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

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

Mes/Ano Valor R\$
05/2020 306,91

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

BD99.CA73.L38D.4CB1.7153.9FCA.D081.790A

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

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

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo: 404,05

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



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. JMB
AB

Nº REGISTRO
01101952304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

980151096

1096

750009.000000001081.917005200055



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alan Imacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 333.091.912 / 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

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

Local e Data: Boa Vista - RR, 21/07/2020

Assinatura do Declarante



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

67260

PRONTUÁRIO

67260

Cartão do SUS: 702100732047498

Data Nascimento: 29/04/2008

Sexo: M

Nome: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Mãe: ROSANGELA SILVA DE AQUINO



265575.0

num. 0
c. 1
int. 1

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 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:

VITIMA ACIDENTE CARRO X MOTO
TRANSPORTADO PELO SAMU, COM IMOBILIZA
ÇÃO CERVICAL
GLASGOW 15.
Fratura PERNA (E) ?? - CURATIVO OCLUSIVO
com SANGUE
Ext. PP: 3"
CO. PL. LA CETO / TRAMAL

EXAMES SOLICITADOS:

Rx
HEMATÓCRITO

CONDUTA:

AV. GATO SEBASTIÃO



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 Ca^{2+} : ACID Normal
CO₂ anion : NON

MI6: FRACTION = TIBIA @

CO. AGUANO ONTOLEN.

Dr. Cleuton Capralho
Pediatra
CRM-RR 608



265575.0

num. 0
col. 1
sub. 1

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 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:

VITIMA ACIDENTE CARRO X MOTO
TRANSPORTADO PELO SAMU, COM IMOBILIZA-
ÇÃO CERVICAL
- GLASGOW 15.
FRATURA PERNA (E) ?? - CURATIVO OCUSIVO
COM SANGUE
EXT. PP. 3"
CD. R. LA CROIX / TRAUMA

EXAMES SOLICITADOS:

Rx
Hematócrito

CONDUTA:

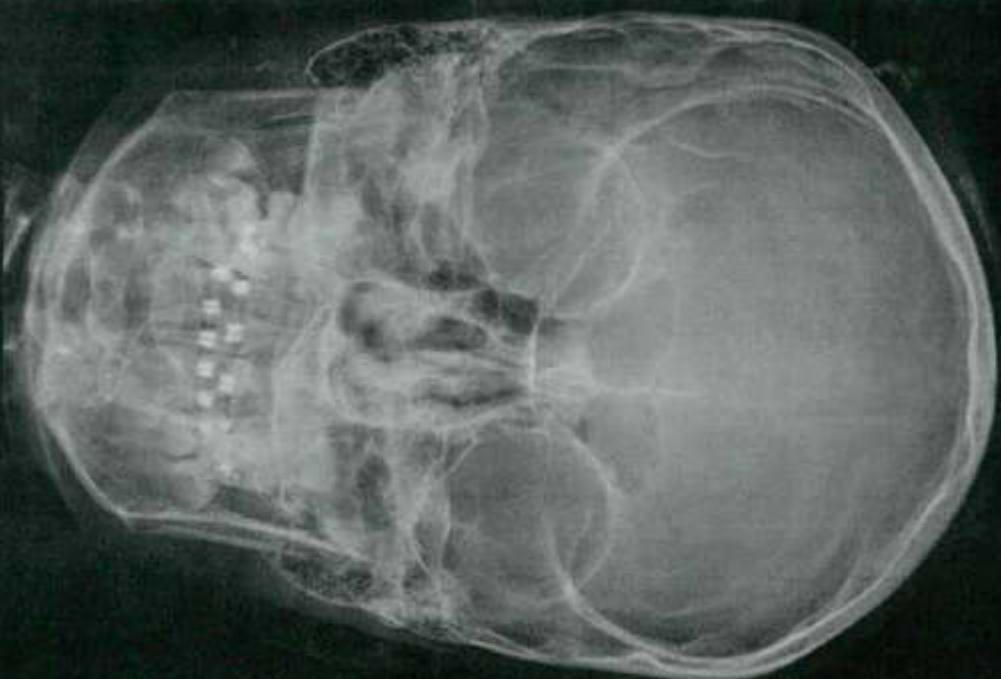
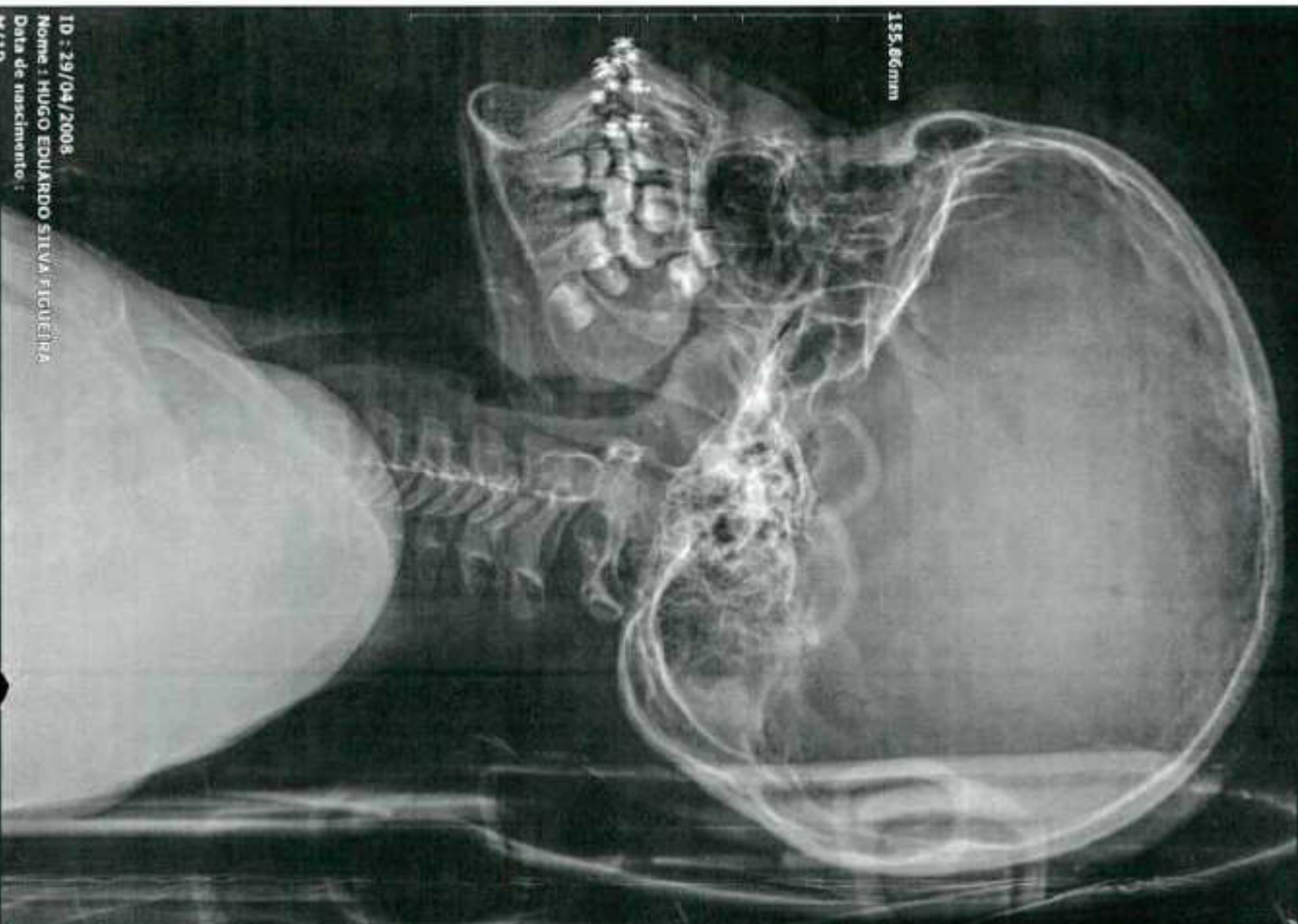
AV. GATO DE ASSA



155,86mm

123,96mm

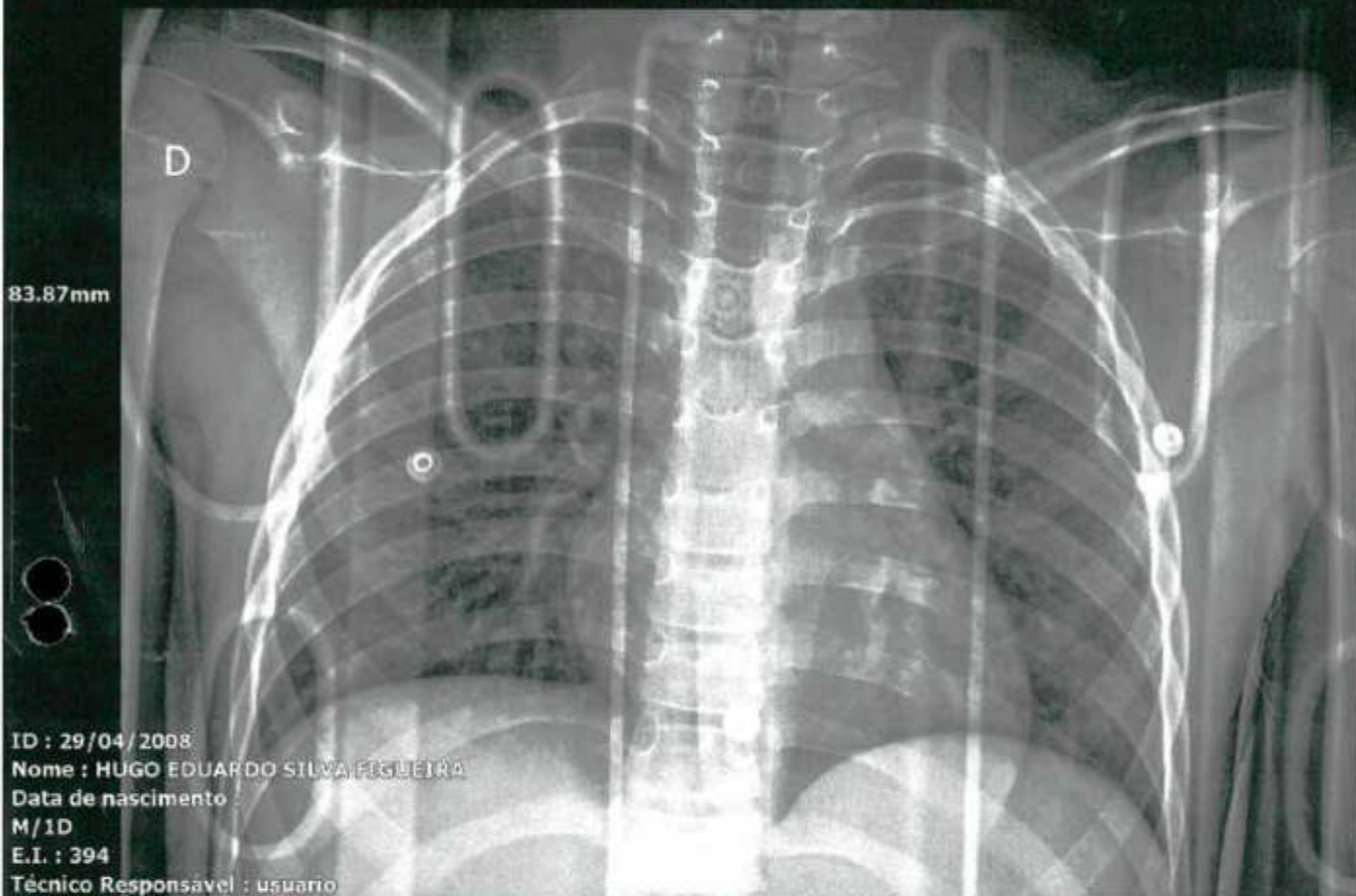
D

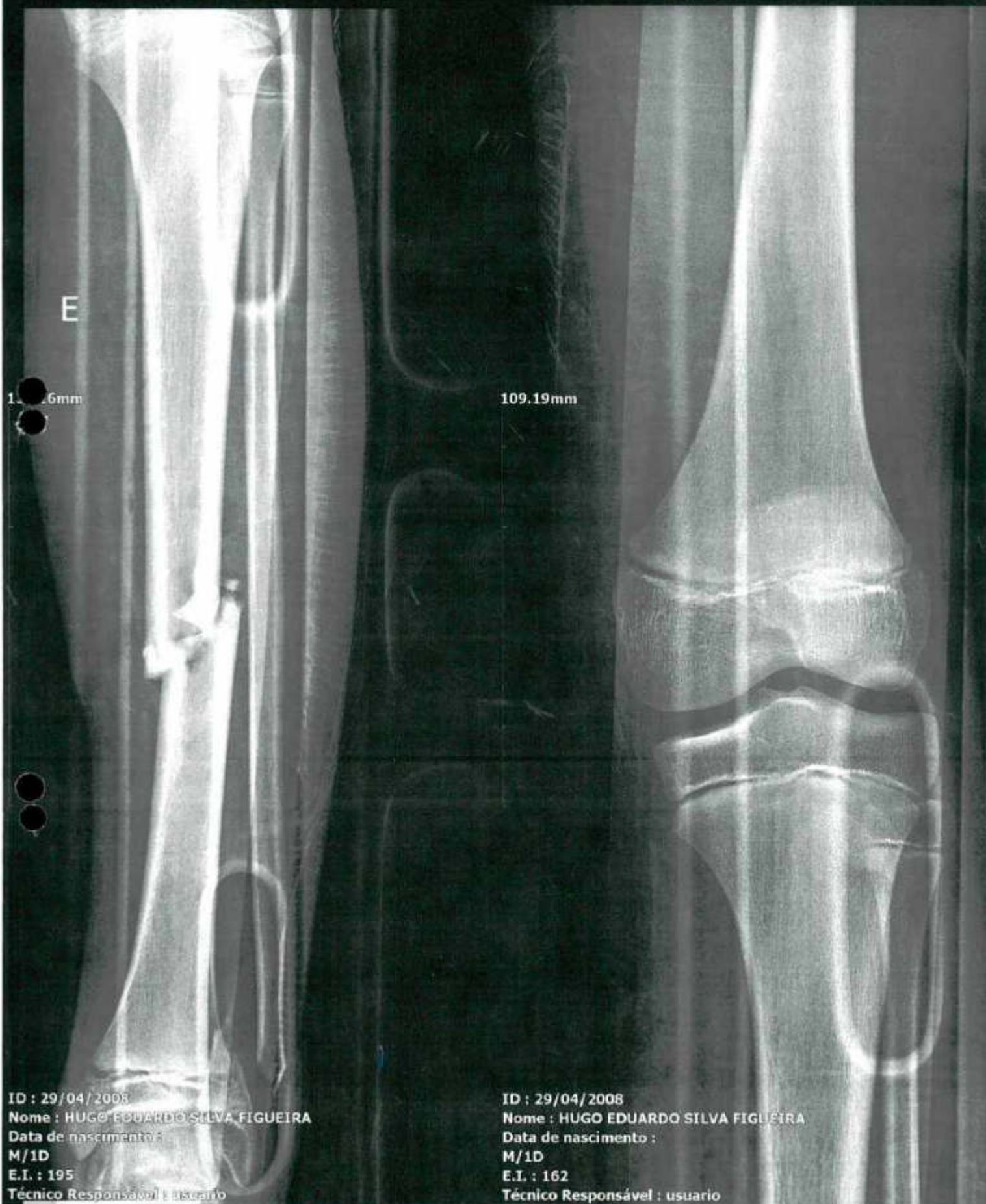


ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/10
E.L. : 862
Técnico Responsável : usuário

ID : 29/04/2008
Nome : HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA
Data de nascimento :
M/10
E.L. : 643
Técnico Responsável : usuário

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA





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	Sector: 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

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

15.6 seg

Referência

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 22:37

(*) Retificado

Página: 5 de 5

Paciente: Hugo Eduardo Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 29/04/2008	Idade: 11 ANO
Solicitação: 30075475	Número Interno:	Solicitante: CLEWTON CARVALHO 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	Resultado	Referência
Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino		
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	Resultado	Referência
Metodologia: M13 - Cinético Uv		
CPK	318,48 U/L	24,0 - 195,0 U/L

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)

Material: SORO	Resultado	Referência
Metodologia: M13 - Cinético Uv		
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 Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE GLICOSE

Material: SORO	Resultado	Referência
Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)		
GLICOSE BASAL	102,34 mg/dL	Sem Referência

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO	Resultado	Referência
Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)		
URÉIA	22,51 mg/dL	Sem Referência

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO	Resultado	Referência
Metodologia: M22 - Imunoturbidimetria		
PROTEÍNA C REATIVA	0,15 mg/L	Sem Referência



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

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

Crit: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Retilcado
Página 3 de 6

Paciente: Hugo Eduardo Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 29/04/2008	Idade: 11 ANO
Solicitação: 30075475	Número Interno:	Solicitante: CLEWTON CARVALHO 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

Métodologia: M25 - Automatizado (bc-5380)

Resultado

Referência

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16,92 x10 ³ /uL	4,0 - 10,0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	71,00 %	50,0 - 70,0 %
LINFÓCITOS	20,00 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	6,00 %	3,0 - 12,0 %
EOSINÓFILOS	3,00 %	0,5 - 5,0 %
TSÓFILOS	0,00 %	0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,40 x10 ⁶ /uL	Sem Referência
HEMOGLOBINA	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 x10 ³ /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 %

TERMINAÇÃO DO GRUPO SANGÜÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Aglutinação

Resultado

Referência

GRUPO SANGÜÍNEO

ABO	O	Sem Referência
RH	Positivo (+)	Sem Referência

Dr. Leonardo Mariucci
Biomédico
CRBM-4/ RR 2165

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

20/04/2020 22:57

(*) Retornado

Página 1 de 5

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 ENFERMAGEM

21.04.2019 - Paciente admitido para cirurgia com fratura. No momento da avaliação, apresentando lesão de fratura, fratura exposta de tíbia e fêmur, apresentando lesão de fratura de tíbia e fêmur. Segue aos cuidados da equipe.

Lucimar Aires da Silva
 Enfermeira
 Esp. Saúde da Família
 COREN-RR 349.353

22.50h para avaliação no CC, realiza-
 do proc. de fratura. Exposto tíbia e fêmur
 e fratura de tíbia e fêmur. Termina realizada
 RPA e encaminhado ao Bloco F.

[illegible]

10:00 Lianna encontra-se em uma mesa, conversando, brindando e cumprimentando, com escoriações em face, acutou dente ferecido. RVP em MB, mantendo fixador externo em MIE, realizando análise no local de uso do Tivore P Super em desmembrado e cuidadoso Pafire



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 21 / 04 / 2020 Peso

Diagnóstico: Fratura exposta fêmur

Nome: Hugo Eduardo Silva
Registro: 6720650
Idade: 11 A
Leito: 10-F
Data da internação na UTIP: / /

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

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

Juvenil

Juvenil

Kelly

Kelly

Higiene

Exames e/ou recomendações:

Hora do banho

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with vertical ruling lines. The lines are evenly spaced and run from top to bottom across the entire page. There are no margins, text, or other markings present.

[illegible][illegible]



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 25 / 04 / 2020 Peso

Diagnóstico: Infecção respiratória devida

Nome: Huan Luciano Silva
Registro: 12a
Idade: 12a
Data da internação na UTIP: 1 / 1

Leito: 10

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

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

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

[illegible][illegible]



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Data: 26 / 4 / 2020 Peso

Diagnóstico:

Nome: Jhonatan Eduardo Silva
Registro: 673260
Idade: 35 anos
Leito: 30
Data da internação na UTIP: 21/4/2020

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

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

Angela

07h 36 - 76 19 - 60 - C P M - 010

08h 36 - 76 19 - 60 - C P M - 010

09h 36 - 76 19 - 60 - C P M - 010

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

Higiene

Hora do banho

Exames e/ou recomendações:



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Professora Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: HUGO EDUARDO SILVA

PESO: 14,0 kg

PRONTUÁRIO: _____

HD: _____

IDADE: 11a

BLOCO: TRAUMATOLOGIA

POLITRAUMA

10

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
<u>20</u>	① DIETA <u>q</u>	
<u>04</u>	② R. LACTATA 500ml EV em 1h	<u>SNID</u>
<u>20</u>	③ DIPIRONA 2ml EV 4/4h	<u>21</u> <u>NTF</u>
	④ TRANAL 100mg EV 12/12h	<u>24</u> <u>08</u> <u>10</u> <u>14</u> <u>18</u> <u>20</u>
	⑤ SG5X 500ml	<u>24</u> <u>12</u>
	NaCl 10ml 10ml EV 8/8h	<u>22</u> <u>06</u> <u>14</u>
	KCl 10ml 10ml	
	⑥ Rx	
	⑦ HEMOGRAFIAS + PCR	
	⑧ PARACETOL ORTODONTIA	<u>COLHEIX</u>
	⑨ Ceftriaxone 1g EV 12/12h	<u>24</u> <u>12</u>
	⑩ AO BLOCO F	

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1517
Título Especialista TEOT - 12503

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	HUGO EDUARDO SILVA					
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA TIBIA E (DR ALBERTO)					
ALERGIAS					PESO	40KG
IDADE			LEITO			DATA
					22/4/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL P IDADE					SND
2	AVP					manhã
3	IBUPROFENO 40 GTS VO 8/8H S/N					S/N 16:00
4	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H S/N					S/N 17:00
6	PLASIL 2 ML EV 8/8H SN					S/N 18:00
7	SSVV + CCGG					Kahna
8	CURATIVO DIARIO					18:00
9	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12H					18:00
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						

F 10

manhã

16:00

17:00

18:00

18:00



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

1ª ETAPA

Água Destilada		
Heparina sódica		
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ac. Potássio		
Lípidios	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 Seringas _____ ml
ml Frascos _____ ml
ml Luvas estéreis/Agulhas 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

2ª ETAPA

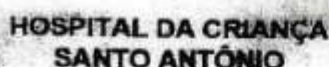
Água Destilada		
Heparina sódica		
Aminoped	10%	
SG	5%	
Glicose	50%	
NACL	10%	
KCL	10%	
Sulf. MG	10%	
Oligoped		
Gluconato Ca	10%	
Fost. Ac. Potássio		
Lípidios	20%	

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

Gotejamento: _____ ml/h

Ass. Médico: _____ Ass. RT: _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Augusto E. Silva IDADE: 54

PESO: 40 kg PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 10

Ex expose Nitro B (4 cells)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
2x 1x/ 2x	1. Dolo oral lin 2. Aftroxian 1g EV 6/14h (da) 3. Depiron 2- EV 6/6h 4. Tramadol 100g + SF 9% 100ml EV 8/8h 5. Plonil 10g - EV SIN 6. Urostat Glau 7- SS VU + CC 6L	SND 12 24 10 24 14 22 SN M rotina
	Rx Deixa (€)	

Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA
Av. das Guirlandas, N.º 1000, 19 de Setembro - CEP: 69305-130
PABX: 3606 1584 - Boa Vista/RR

U18 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/04/2012		DN
PACIENTE HUGO EDUARDO SILVA						
DIAGNÓSTICO 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					GN D
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 H:50h 24' 08
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					11h 24'
10	Tramal 3mg + 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, isp de fixador externo em perna esquerda.						
Dr. Odinachi Okelima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia						
SINAIS VIT.	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						

F10

24' 08

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

40 F

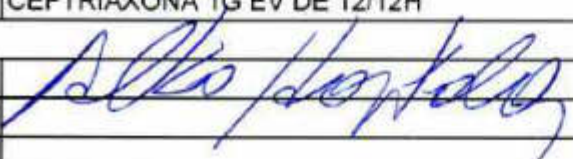
DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/04/2012		DN	
PACIENTE		HUGO EDUARDO SILVA					
IAGNÓSTIC		fx EXPOSTA TIBIA ESQUERDA (DR ALBERTO)					
ALERGIAS		NEGA		PESO		28	
IDADE		LEITO		10		DATA	
						25/4/2020	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL P IDADE					SW
2		AVP					SW
3		IBUPROFENO 28 GOTAS VO 8/8H S/N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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Stampa: 1944

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					
DIAGNÓSTICO		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							
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 VITAIS	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							
DIAGNÓSTICO 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							
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.

*primeira sem
 sinais de infecção, ferida
 aberta, muito perfurada
 por pontos.*

SINAIS VITAIS	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: four

LEITO: 02

Nº do Registro: _____ Data de Nascimento: _____

Nome: HUGO EDUARDO SILVA Sexo: _____

A Clínica

ORTOPEDISTA

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

VITIMAS ACIDENTE CARRO X MOTO
GLASGOW 15.

FRATURA EXPOSTA TÍBIA (E)

PÉ E: PP: 3"

SOLICITO RX. E CONSULTA

Data

2 / 04 / 20

Dr. Cleuton Carvalho
Pediatra
CRM-RR 698

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

Ortopedia

FRATURA EXPOSTA DE

TÍBIA (E)

NO CC P/
TR CURA

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1457
Título Especialista 15/07 - 1999



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CAUTELA DE ORTOPEDIA

TIPO DE CIRURGIA:

Fratura Exposta da Tibia G

Data: 20 / 04 / 20

PRONTUÁRIO Nº 67260

PACIENTE: Hugo Romano Silva Figueira

IDADE: 11c 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



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA



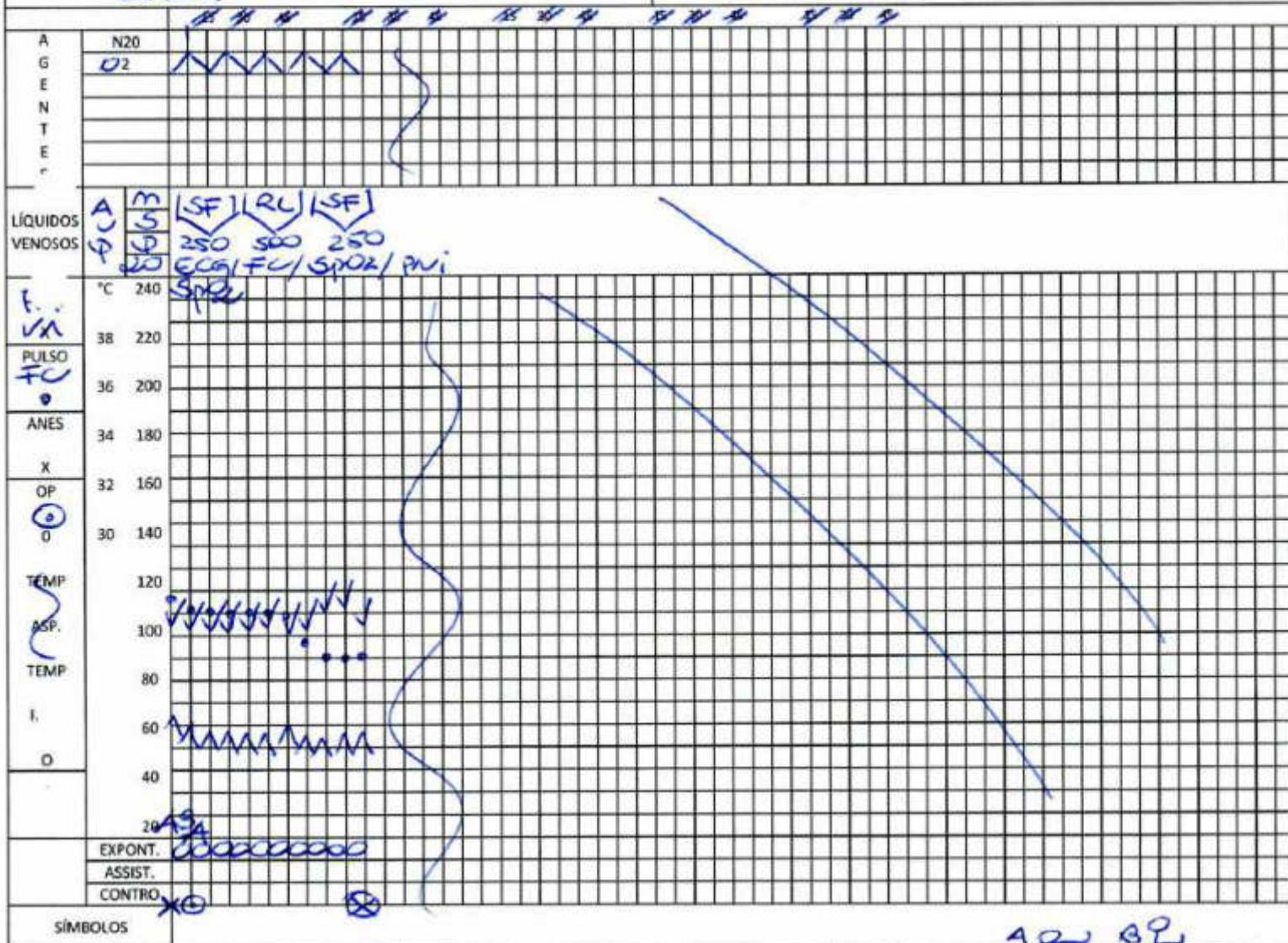
20.04.2020
Oto Midia

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

Midazolam 2mg
Urticária 20mg
22h55.

Nome:

Hugo Eduardo Silva Figueira
Prontuário 67260 MA



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Bupivacaína	12mg	BSA	x check list monitorização
Ceftriaxona	1g		- BSA: paraneurótica D, 1364, 276, 276, 276, 276, pneumonia, 6h de inj. bupivacaína 0,5% 12mg. sem intubação
Dexametasona	4mg		x Ao bloco F após RPA / despierto / intubado sem quimio.
Dipirone	1,5g		
Gtramadol	30mg		
GLUCOSE			
INDCO			
SANGUE			
TOTAL	1000ml		
OPERAÇÃO	Hto cirúrgico de fratura exposta em tíbia (E)		
ANESTESISTAS	Dr. Evelynne F. Andrade Anestesiologista CRMORR 1424	COD	CIRURGIÃO Alberto F. / Pedro (R)
		PERDA SANGÜINEA	



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 20/11/20 O.S. _____

HUGO SANTANA

Diagnóstico Pré- Operatório _____

Indicação Terapêutica _____

Tipo de intervenção _____

Medicações e Acidentes _____

Cirurgião _____

Instrumentadora _____

Anestesistas _____

Anestesia _____

Início _____

Fim _____

Duração _____

1º Auxiliar _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) LMC + OSTEOMAS com Afixação externa
- 2) Placa no ombro dorsal sob a pele
- 3) OSTEOMAS + OSTEOMAS + COMP.
- 4) Ombro de Função
- 5) LMC com SF.
- 6) Afixação com Afixação externa

Data

Assinatura

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Cirurgião e Traumatologista
Título Especialista TEOT - 12003



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE	<i>Hugo Bonamundo Silva</i>	APTº/LEITO		Nº PRONTUÁRIO	<i>67260</i>	DATA	<i>20/04/20</i>
CIRURGIA/TIPO	<i>Inat. Exposta Tibial E.</i>	TEMPO DE DURAÇÃO		INÍCIO	<i>23:00</i>	FIM	<i>23:50</i>
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO	<i>Dr. Alberto</i>	ANESTESISTA <i>Dr. Bueline</i>					
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Rodrigo / Luizman</i>					

DE ANESTESIA <i>laqui 22:56</i>			TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		<i>1</i>	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	<i>250ml</i>
	VICRYL		<i>1</i>	FRASCO SORO <i>SFO, 91.500ml</i>	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº		<i>1</i>	FRASCO SORO GLICOSA % CC	<i>lingueta 1500mg</i>
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº		<i>1</i>	PVP ALCÓOL <i>clorex 30ml</i>	
	FIOS DE ALGODÃO Nº		<i>1</i>	POLVIDINE DEGERMANTE <i>clorex 30ml</i>	
	MONONYLON C/ AGULHA		<i>1</i>	ÁLCOOL 70% <i>30ml</i>	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
<i>1</i>	UNIDADE DE GAZE <i>pet</i>			GLICOSE %	
	PARES DE LUVA Nº <i>5, 8, 10, 11, 8, 5, 11</i>			ATADURA DE CREPOM Nº <i>30 cm</i>	
<i>1</i>	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
<i>1</i>	ROLOS DE ESPARADRAPO <i>30cm</i>			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº <i>10</i>		<i>1</i>	eletrolito	
<i>1</i>	AGULHAS <i>20x12 p/laqui Nº 27 11</i>			<i>Seringa 3ml 1ml 5ml 10ml</i>	
<i>1</i>	COMPRESSAS <i>pet</i>		<i>1</i>	<i>calente de 2</i>	
<i>1</i>	LÂMINAS P/ BISTURI <i>Nº 15</i>			<i>tubo otoliquial c/ cuff Nº</i>	

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		
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO(A)/C.C. DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO		

MATERIAL/MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA/E ANESTESIA

SOMA

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO





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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIA

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 34 - ASSINATURA E CARIMBO (Módulo de Registro do Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº 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 SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente com x moto
Glasgow 15
Provável fratura exposta

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Q. clínico

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

politrauma

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-PR 598

Dr. Cleiton Carvalho
Pediatra
CRM-PR 598

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº 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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



PREFEITURA
BOA VISTA

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 Carneiro	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

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Responsável
Pádua Roberta de Pontes Moreira
Enfermeira
Coden: 57.200/ENF



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

Solicitação de Prontuário

Eu Sebastião Eduardo do S. Figueira responsável
menor HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA data de nascimento 29/04/2008

venho solicitar dessa instituição cópia:

☒ Prontuário nº _____

☐ Ficha de emergência da data de ____/____/____

Obs.: dia do acidente 20 Abril

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

Sebastião Eduardo do S. Figueira
Assinatura do Responsável

DPVAT.

67260

Abril.

✓ Entrou no
faturamento
pelo (a)

clwa 29/04/20

01 Simang

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1291949102

NOME
SEBASTIAO EDUARDO DA SILVA FIGUEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
244407 SSP RR

CPF
644.691.312-53

DATA NASCIMENTO
10/05/1980

FILIAÇÃO
RAIMUNDO EDIL FIGUEIRA
JOANA DA SILVA
FIGUEIRA

PERMISSAO
ACC
CAT. A/B

Nº REGISTRO
01466841275

VALIDADE
07/07/2021

1ª HABILITACAO
21/09/2000

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
18/07/2016

15433415180
RR208905499

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

PROBIO PLASTIFICAR
1291949102

agencia: 6953
conta: 24239-5
corrente

ITAU

05/2020



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. JMB
AB

Nº REGISTRO
01101952304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

980151096

1096

750009.000000001081.917005200055





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabellão: 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

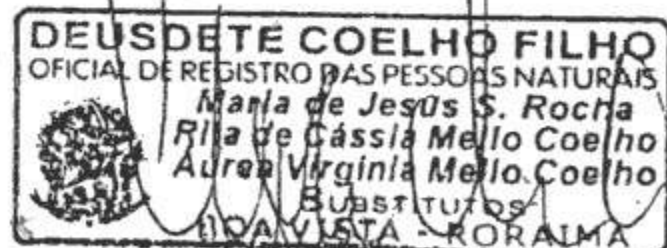
Avós maternos: **JOSÉ BATISTA DE AQUINO**
COSMA MAGALHÃES DA SILVA

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 tornará
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

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 Figueira
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	jucauio
IDENTIDADE:	244407
ENDEREÇO:	Alameda dos Tatuz N° 715 Silvio Lute

OUTORGADO

NOME:	João Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	111807
ENDEREÇO:	Rua Antonio 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 Invalidez, vítima: Hugo Eduardo Silva Figueira.

Boa Vista 01-07-2020

LOCAL E DATA

* Sebastião Eduardo da S. Figueira.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

HUGO EDUARDO SILVA FIGUEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA