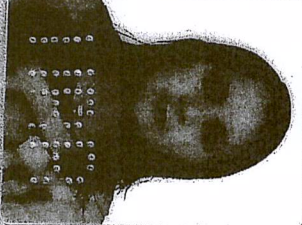
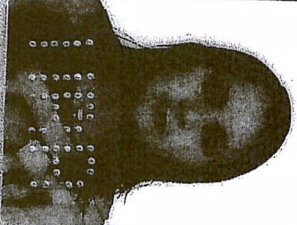


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
	
POLÍCIA DELEGADA	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
	
POLÍCIA DELEGADA	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001235775

09/04/2020 21:49:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

12

Paciente **IVAN LIMA DE SOUSA** Data Nascimento **11/11/1982** Idade **37 A 4 M 28 D** CNS **703506048395730** CPF **88175979372** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 224702 SSP/RR 05/07/2018 M PARDA BRASILEIRA
Mãe Pai Contato
JOSEFA LIMA DE SOUSA NI (99) 99142-1626
Endereço Ocupação
RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL ADAO

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente trazido pelo SAMU após vítima de acidente de moto com suspeita de FX de fêmur

Exame Físico

BEB, LORE, SUPLENCO. Glasgow 15.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Diminua 2g IV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 09/04/2020 21:51:00

© 2000
SOTEC - Soluções em Tecnologia
LTD - Desenvolvida em C++
Vers. 4.2.55 - 01.03.20



2001235775



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA (A)

DATA DE ADMISSÃO	09/04/20	DIH	09/04/20	DN	11/11/82
PACIENTE	JUAN LIMA DE JESUS				
DIAGNÓSTICO	FX fratura do antebraço esquerdo (D)				
ALERGIAS		HAS	N	DM2	N
IDADE	37	LEITO		DATA	09/04/20
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				06 12.7C 24
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				06
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				06
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				06 7C
10					
11					
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

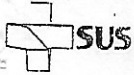
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS...

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

BDA TRANSF: 09/04/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

IVAN LIMA DE SOUSA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

178939

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703506048395730

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/11/1982

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOSIA LIMA DE SOUSA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Rua Manoel do Silveira - 1787 - (Alameda)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

312

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença aguda de início súbito com febre e dor abdominal. Paciente em uso de medicação para dor e febre. Exames laboratoriais e de imagem em andamento.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Morte de alto risco

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

Rx e Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Enferma subaguda de febre

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Quadrante

Externo

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor Paracat

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/04/2020

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

Bruno Vieira

CRM 1231 RR

Médico Residente

Hepatologia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

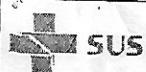
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

178939



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231965-9	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			
IVAN LIMA DE SOUSA			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - Nº. DO PRONTUÁRIO	
703506048395730		00178939	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
11/11/1982		1 - Masculino	
10 - RAÇA / COR		10.1 - ETNIA	
PARDA			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
JOSEFA LIMA DE SOUSA		(95) 99122-4350	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
IVAN LIMA DE SOUSA		(95) 99122-4350	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
RUA: FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 - - ALVORADA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
BOA VISTA			
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
140010		RR	
19 - CEP		69.317-286	

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
	paciente com fr. Submenstrua Fam @ ha 5 meses
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
	CHURRO

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

27 - DSCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Cirurgia Geral Eletiva			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIRURGIA GERAL	ELETIVO	C. N. S.	201561850530005
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
CARLOS ENRIQUE LA ROSA RODRIGUEZ		16/07/2020	Carlos Enrique La Rosa Médico CRM 1188

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 DA EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO	49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
☐ CNS ☐ CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)				
16/07/2020		0408050616 5772 W499			



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/07/2020 O.S.

Tuam Juc

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Incisão lateral + 25 cm

Disco + Placa

Encontro - 50 Fx em massa consolidada

Retirada de calo ósseo

Redução

Estabilização com placa DES 12 Fx

+ 07 pontos

Fechamento + Placa

Carlos Enrique La Rosa
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Juan Lima de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº Boa Vista - RR	
15:00 16:00 17:00 18:00 * Fentanil 50mcg EV * Diazepam 2.5mg EV		16.07.2020	
AGENTES	N 20 02 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
LIQUIDOS VENOSOS	A V P H S E PIR 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 304ml		
DA X	240		
ULSO	38 220		
ANES.	36 200		
X	34 180		
OP	32 160		
O	30 140		
TEMP	120		
ASPIR.	100		
A	80		
RESP.	60		
O	40		
	20		
Exposit			
Assist			
Contro			
SÍMBOLOS	1 2 3 4 5 5 8 9 Δ 0		

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Supravacúneo 20mg SA		Respiratória lombar	# Check list + monitorizações (SPO ₂ + ECG + PNI)
B. morfina 80mcg SA		hipobarica similes com ventilação espontânea	1) Previsão + Anticipação da região lombar com álcool a 30% + colocação de campos estéril feretrados.
C.			2) Função lombar L4/L5 com agulha ECG (Omnik) saída de líquido claro, normotenso + injeção de bupivacaína 0.5% + morfina 80mcg
D.			
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro-Faríngea	
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE 304 ml		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
70.9% 2500 ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL 2804 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Ostronútese de natureza de feixe direito		Laringe - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
Dr. Michel I Residue - Prohemar		Dr. Carlos Henrique V. Jesus	

Dr. Michel Moraes Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106 / RQE-124

3) Hemotransfusão 1CH
304 ml

Ostronútese posi este sem

3) Amoxicilina + clavulanato
1g + 200 mg EV

4) ketoprofeno 100 mg EV

5) Etidrina 10 mg EV

6) Diazepam 2.5 mg EV

7) Fentanil 75 mcg EV

8) F. morfina 50 mg EV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Ivan Lima de Sousa				16 / 07 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Fratura do Fêmur Direito		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:54	15:26		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	De Carlos Enrique		ANESTESISTA:	Dr Michel + Anderson	
1º AUXILIAR	De Luis		RES. ANESTESIA:	Dr Anderson	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Bahia	
			CIRCULANTE	Ronaldo + Raimundo	
TIPO DE ANESTESIA: Raquia			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
05	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
01	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		01	FIO VICRYL Nº 0,	
	LUVA ESTERIL 8.0		01	FIO MONONYLON Nº 2/0	
01	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº Balsa coletora 2000ml	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL SUB Nº 24	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO Alcor 200ml	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
01	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
01	Botão de		01	OUTROS: catadura de cefalopom	
1	cateter FLO3		1	Dragermante 200ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rebeca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Carlos	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO: Carlos Enrique La Rosa 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: Médico
CRM-RR 482

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

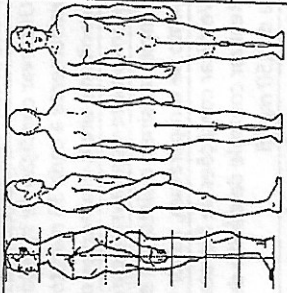
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son-me-har@gmail.com

Nome: Adonir de Souza

Data de Nascimento: 25/11/88 Idade: 38 Setor/Leito: H11

Data: 06/07/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA					
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala		Início da Anestesia		Término da Cirurgia		Término da Anestesia		Anestesia		Sinais Vitais	
1. Informações: Doi: <u>Pat. Femur</u> Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>Alérgico</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros:		15:17 15:33 15:54 16:26 Cirurgia Realizada: <u>OST. fratura femur</u> Anestesia: <u>Raquel</u> Posicionamento: <u>Dorsal</u> Antibioprofilaxia: <u>Nome: Amoxilina + Clavulato 1g + 100mg</u> Dose: <u>1g + 100mg</u> Hora: <u>16:00</u> N° de Compressas oferecidas: <u>21</u> N° de Compressas recolhidas: <u>21</u> Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros:		1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:		Localização: 		Anestesia: <u>Raquel</u> Cirurgia: <u>Pat. Femur</u> Horário: <u>0'</u> 15' 30' 45' 1h 01:30h 2h Observações:		FC PA SPO2 Aldre-te Dor 0/10			
Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				Entrada				Saída					
Medicamento	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	Medicamento	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	
2800 ml	304 ml			16:00	2800 ml	304 ml			16:00	100ml ombel			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) Pós de Osteossíntese fratura fêmur. Sob efeito de analgésicos de curta duração. Segue com boa evolução. Ferimentos de tração fechados e drenos de hematomas. Sem complicações pela evolução da osteossíntese plástica da RRs.													

Rebeca Magalhães
 Enfermeira
 Curitiba-PR 28/11/2019

Enfermeiro (a): Carlos

Hora: 15:30 Data: 16/07/2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECAGEM
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
(☒) Risco de Queda Prevenir queda		(☒) Manter grades elevada na RPA		
(☒) Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração		(☒) Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA		
(☒) Risco de Infecção Prevenir infecção evitável		(☒) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos (☒) Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia) (☒) Monitorar temperatura e comunicar alterações		
(☒) Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico		(☒) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)		
(☒) Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia		(☒) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) (☒) Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl		
(☒) Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele		(☒) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações (☒) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções		
(☒) Mobilidade Física prejudicada		(☒) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente		
(☒) Risco de Alergia		(☒) Observar, anotar e comunicar queixas de alergia		
() Dor aguda Controle da dor e promover conforto		() Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) () Administrar medicação conforme prescrição médica		
() Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas		() Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar () Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica		
() Náuseas Controle / Ausência de náusea		() Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição		
() Ansiedade Controle de ansiedade		() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente		
() Confusão Aguda / Crônica				
() Comunicação Verbal prejudicada		() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente () Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Adm na 504 p/ procedimento ortopédico de mão, pulso e orientação, sem queixas,
submetido a Registraresia c/ Dr. Michel e Anabela, procedimento realizado c/ Dr. Carlos.

No 16/07/2020, p/ a verificação à SRPA

Responsável: Carlos

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Ademir Oliveira de Sousa
Responsável Cirurgião Dr. Carlos + Dr. José

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Assinatura

Data 16/07/2020 Hora: 18:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Michel + Anderson

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
() Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura Assinatura

Assinatura e Carimbo

BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 15/07/2020

RECEPTOR

Nome: IVAN LIMA DE SOUZA

Solicitação: 034527

Data da Solicitação: 15/07/2020

Dt. Nasc.: 25/11/1981

Nº da RT:

EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

Prontuário: 17916

Leito: 06 HLI

P.A.I. N

Ident. de Anticorpos:

Enfermaria: BL E Apto. CC HG

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocom- ponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
0114200623051		CH	O(+)	N		COMPATIVEL	N	304 ml	C

Reação.....

Data/Hora Início.....

Data/Hora Fim.....

Unidade Solicitante : CC

Responsável:

Lama CNF 122.280



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0111533-2

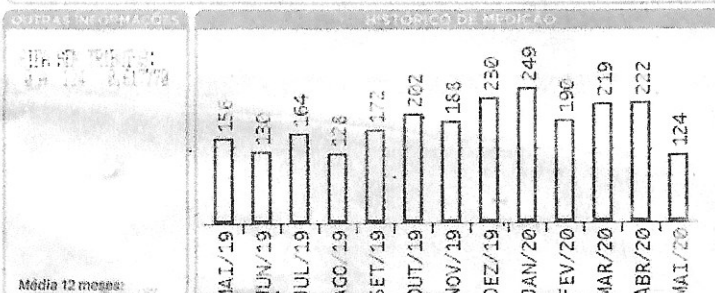
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 5139103
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002. CAM

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR
MAIO/2020	01/06/2020	124	124,68
ZILZA LIMA DE SOUSA			CPF: 000.755.959.15315
R. ORG. DIAS CARNEIRO 1034 - ALVORADA			
Cidade: 69.517-232 - BOA VISTA			

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 124	Atual: 01/06/2020	Grupo/Subgrupo: RESIDENCIAL
Anterior: 1572	Anterior: 01/05/2020	Classe/Subclasse: ENERGIA
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 01/07/2020	Ligação: 11110004
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 01/06/2020	Número Medidor: 11110004
Consumo medido: 124	Apresentação: 01/06/2020	Forma de Faturamento: 11110004
Consumo Faturado: 124		Modalidade: 11110004

DESCRIÇÃO DA DESPESA	VALOR
CONSUMO 124 A R\$ 0,753650 =	93,45
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 01/20 00	0,05
MULTA POR ATRASO DE 1 03/20 00	0,75
JUROS DE MORA POR ATR 03/20 00	0,22
MULTA POR ATRASO 03/20 00	2,44
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20 00	1,54
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23/06/2020, caso não pagamento. Poderá cancelar o cancelamento de parte do consumidor na SEFOP.

Para ter acesso ao pagamento favor desconsiderar este aviso.

Valor R\$ 124,68

Para maiores informações consulte o site da Roraima Energia ou a SEFOP.

RESERVADO AO FISCO			
SA44-9791-1-ADO-5727-7EL2-2058-FASA-9BAA			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 93,45	Encargos: 0,00	Base de Cálculo: 93,45	Alíquota: 1,75%
Transmissão: 0,00	Tributos: 16,83	ICMS: 1,63	Valor: 1,52
		PIS: 0,17%	Valor: 0,16
		COFINS: 0,85%	Valor: 0,79
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIO			PIOR
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46
Realizado: 0,54	2,00	0,07	
Conjunto FLORESTA			Período de aplicação: 03/2020
			Valor: 66,00

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44

Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0111533-2

TOTAL A PAGAR - R\$: 124,68

MÊS FATURADO: 05/2020

VENCIMENTO: 01/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 5139103

FCAM

000000000000 0 24660075000 1 0000000111 5 53320520008 2

0000 UC: 011533-2 DT. FISC.: 08/05/2020 T. ENP.: 04

TIPO: NORMAL TOTAL: 124,68 CARGA: 008

DT. VENC.: 01/06/2020 IRREG.: 0000 COLETOR: 4151

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 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.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA NOPES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
IVAN LIMA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 72,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVAN LIMA DE SOUSA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 72, 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>R: SDPM. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BARANÃ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZ2A71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel. (DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 26/10/2020.

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

**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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 1141	VENCIMENTO 17-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19

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 539180	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 88175979372 4 - Nome completo da vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: IVAN LIMA DE SOUSA 6 - CPF: 88175979372
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. JORGE DIAS CARNEIRO 1084 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANTORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69317232
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA73@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00034816
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/04/2020 22:33:44 Data/Hora Fim: 11/04/2020 22:33:43
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 812065 Data: 11/04/2020
Delegado de Polícia: Darlinda de Moura Santos Viana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Leite
Logradouro: Rua Exedito Francisco da Silva com Marieta de M. Maques
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN LIMA DE SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 37
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 224702
CPF: 881.759.793-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jorge Dias Cameiro
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99141-7638 (Celular)

Nº: 1084

Nome Civil: ALEX BAMBERG DOURADO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 41
Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG: 163747
CPF: 700.243.672-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Afonso dos Santos Pereira
Bairro: Alvorada

Nº: 34



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 1 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

Telefone: (95) 99132-2539 (Celular)

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição Veículo Palio	CPF/CNPJ do Proprietário 149.921.322-00
Placa JXS0327	Renavam 00893762423
Número do Motor 178F1011*7151143*	Número do Chassi 9BD17164G72809171
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Número da Carroceria 78975315
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/12/2010	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex Bamberg Dourado	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Motocicleta Honda Biz	CPF/CNPJ do Proprietário 104.541.103-59
Placa NAW7019	Renavam 00180574639
Número do Motor JC42E2A116860	Número do Chassi 9C2JC4220AR116860
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 14/12/2009
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivan Lima de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) delegao(a) segundo o ROP 812065, acionados via CIOPS, para atendimento de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local foi constatado os fatos, onde segundo os envolvidos, o item 1 (Ivan) transitava conduzindo seu V1 (Honda Biz) pela rua Expedito Francisco da Silva, sentido bairro/Centro quando fez conversão à esquerda para entrar na rua Marieta de Melo Marques, quando houve a colisão com o item 2 (Alex), que transitava na mesma rua, em sentido contrário Centro/bairro, conduzindo seu V2 (Fiat/Palio). Informo que o item 1 foi atendido por uma equipe do Samu e conduzido em seguida ao pronto socorro estadual com possível fratura, segundo informações repassadas pelos socorristas. Informo ainda que compareceu ao local o perito Cleydson, que fez o levantamento pericial e liberou o local em seguida. Informo ainda que em seguida, ambos os veículos foram autuados por estarem com documentações em atraso (SE00303327 e SE00303303), segundo o item 1, autuado por não possuir CNH (SE 00303238), e o item 2 autuado por estar com sua CNH vencida, há mais de 30 dias (SE 00303328), informo ainda que por não haver guincho disponível, o V2 foi



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

liberado a um condutor habilitado, sendo o item 2 devidamente orientado e liberado no local, já o V 1 foi recolhido ao pátio do Detran na carroceria da viatura policial, por não haver nenhum responsável/parente do item 1 no local para ficar com a sua motoneta, conforme DRR (D153030910). Informo ainda que não foi possível fazer a apresentação do item 1 (pelo crime de trânsito previsto no CTB) em virtude do estado de saúde do mesmo, que se encontra em atendimento médico especializado.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva

Agente de Polícia

Matricula 42000144

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 88175979372 4 - Nome completo da vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: IVAN LIMA DE SOUSA 6 - CPF: 88175979372
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. JORGE DIAS CARNEIRO 1084 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANTORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69317232
15 - E-mail: LUANNA.SOUZA73@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00034816
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200395853

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVAN LIMA DE SOUSA

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: IVAN LIMA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000034816-2

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVAN LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000034816-2

Nr. da Autenticação AF93C0BC6C3EB109

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

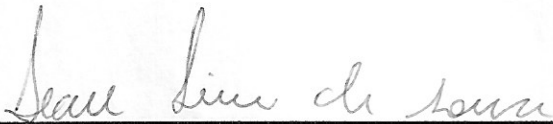
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.


Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[BRHgmwh0]-IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho da verdade Boa Vista, 20/08/2020

Emol 2,56 FUNDEJURR 0,26 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 Tr Selo 1,50

Selo REC FIR 158345K1NAHMBG2N6RP149 Nº Ticket: 00018

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorn.com.br>

CPF Solicitante: 88175979372

André G. Sabi
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

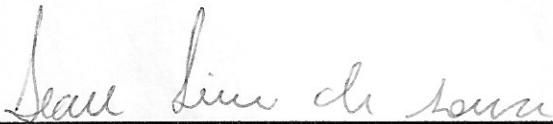
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.


Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[BRHgmwh0]-IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho da verdade Boa Vista, 20/08/2020

Emol 2,56 FUNDEJURR 0,26 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 Tr Selo 1,50

Selo REC FIR 158345K1NAHMBG2N6RP149 Nº Ticket: 00018

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorn.com.br>

CPF Solicitante: 88175979372

André G. Sabi
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

CPF: 881.759.793-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN LIMA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

CPF: 881.759.793-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN LIMA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

01943

Série

0012 MA



João Lima de Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *João Lima de Sousa*

Loc. Nasc. *B. Pinda Maranhão* Est. *MA* Data *11.11.57*

Filiação *Paulino de Sousa*

Doc. n.º *6555P/MA-35196895-5 rec. 27.08.95*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... Estado.....

Obs.

Data Emissão *09.03.99* DRT *Bianca de Pinda*

Darcina Cavalcanti de Oliveira
Aux. Soter CTPS

