

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:
2945486020201230101726

Processo 0831214-32.2020.8.23.0010 - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10433 - Indenização por Dano Moral

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)																																												
Realces 																																																	
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																	
Filtros 																																																	
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																																																	
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7																																																	
500 por pág.  1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td><td>7 30/12/2020 10:17:26</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAO01.pdf PÚBLICO</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAOAnexo02.pdf PÚBLICO</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf PÚBLICO</td></tr> <tr> <td>+</td><td>6 14/12/2020 12:44:34</td><td>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</td><td>PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado</td></tr> <tr> <td>5</td><td>04/12/2020 23:37:11</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr> <tr> <td>4</td><td>04/12/2020 23:37:11</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr> <tr> <td>3</td><td>04/12/2020 23:37:11</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr> <tr> <td>2</td><td>04/12/2020 23:37:10</td><td>PROCESSO ENCAMINHADO 6ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr> <tr> <td>+</td><td>1 04/12/2020 23:37:10</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>Igor Gustavo Macambira Dias Advogado</td></tr> </tbody> </table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	-	7 30/12/2020 10:17:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAO01.pdf PÚBLICO			7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAOAnexo02.pdf PÚBLICO			7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf PÚBLICO	+	6 14/12/2020 12:44:34	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado	5	04/12/2020 23:37:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	4	04/12/2020 23:37:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	3	04/12/2020 23:37:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	04/12/2020 23:37:10	PROCESSO ENCAMINHADO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	+	1 04/12/2020 23:37:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Igor Gustavo Macambira Dias Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																														
-	7 30/12/2020 10:17:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																														
		7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAO01.pdf PÚBLICO																																														
		7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775460CONTESTACAOAnexo02.pdf PÚBLICO																																														
		7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf PÚBLICO																																														
+	6 14/12/2020 12:44:34	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado																																														
5	04/12/2020 23:37:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																														
4	04/12/2020 23:37:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																														
3	04/12/2020 23:37:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																														
2	04/12/2020 23:37:10	PROCESSO ENCAMINHADO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																														
+	1 04/12/2020 23:37:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Igor Gustavo Macambira Dias Advogado																																														



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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200397640 Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 22/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000078604171-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

649.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

JUANILDE DE OLIVEIRA ROQUE

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

5 - Nome completo:

JUANILDE DE OLIVEIRA ROQUE

5 - CPF:

649.214.092-34

7 - Profissão:

COCINHEIRA

8 - Endereço:

RUA MARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVANÉ

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

juanilde.oliveira.roque@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 99169-3685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

78604171

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 78604171

8

(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 (vel/nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Supri. lily de oliveira

João Alves Barbosa Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

Ocorrência Nº: 13137/2020 - Registrado em: 26/10/2020 às 11h 17min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 22/02/2020 às 21h 10min

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE
Logradouro: VILA SÃO SILVESTRE
Bairro: CENTRO
Referência: VICINAL PRINCIPAL DA VILA SÃO SILVESTRE
Complemento: ÁREA RURAL

UF: RR

Nº: S/N CEP: 69300-000

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

IVANILDE DE ALBUQUERQUE(47), nascido(a) em 22/09/1973, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de COZINHEIRA, CPF Nº 649.214.092-34, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE e DESCONHECIDO, endereço: TRAVESSA NICARAGUA 01, cep: 69300-000, Nº: 10, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO A RUA NICARÁGUA, Telefone: (95) 99174-1485.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO, ACONTECEU O SEGUINTE FATO, QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/BROS ESD PLACA NAZ 4417ANO DE FABRICAÇÃO 2017 2017 RENAVAN01129015499 CHASSI 9C2KD0810HR445762 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ DA CONCEIÇÃO, QUA QUE TAVA SE DESLOCANDO DA VILA SÃO SILVESTRE PARA BOA VISTA NA REFERIDA VICINAL QUANDO DE REPENTE (UM ANIMAL BOI) ATRAVESSOU NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DE EVITAR O ACIDENTE, QUE COM O IMPACTO VEIO AO CHÃO, QUE POPULARES QUE PASSAVAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU DA REFERIDA VILA E A MESMA FOI REMOVIDA PARA BOA VISTA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Ivanilde de Albuquerque
IVANILDE DE ALBUQUERQUE
COMUNICANTE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

649.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

JUANILDE DE OLIVEIRA ROQUE

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

5 - Nome completo:

JUANILDE DE OLIVEIRA ROQUE

5 - CPF:

649.214.092-34

7 - Profissão:

COCINHEIRA

8 - Endereço:

RUA MARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVANÉ

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

juanilde.oliveira.roque@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(751) 99169-3685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 78604171

(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 (vel/nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Sup. Juani de Oliveira Roque

João Alves Barbosa Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000078604171-8

Nr. da Autenticação 9D366FA0C7D4FD0D





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 08.306-610

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

1065009

Setembro/2020

Dados do Cliente:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Endereço para entrega:

TRV NICARAGUA 01, NUM. 0010 - CAUAMÉ BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.532.0414.000	25	3065	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y095667195	09/04/2013	LIGADO	LIGADO
LEITURA FAT.	ANTERIOR ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
1048	1069	21	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA	21/08/2020	22/09/2020	

ULTIMOS CONSUMOS

202008	17-0
202007	14-0
202006	14-0

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALB	E.COLI

22/09/2020 08:53:23

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO** **0032588-0**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eze Górcas, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/12

Nº DA NOTA FISCAL: 0023737 FEMP+
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSETE é
atuada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	06/10/2020	398	614,24

JOAO ALCIDES COSTA
CPF: 000022542981272
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA					
Atual:	18/09/2020	Anterior:	19/08/2020	Próxima leitura:	20/10/2020
Emissão:	17/09/2020	Apresentação:	23/09/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA							
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED0001198	NORMAL	CONVÉN		

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	KW/H TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KW/H F.PONTAL	INJETADO F.PONTAL	KW/H INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KW/H RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	28858							
Leit. Anterior	28460							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	398							
Faturado:	398							

DESCRIÇÃO DA CONTA							
CONSUMO	398	A R\$	0,748099	=	297,74		
RELIGACAO					11,11		
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE					175,26		
PARCELAMENTO COSTIP 1/24					8,07		
CORR MONETARIA TCD CIG 1/24					2,00		
PARCELAMENTO DE DÉRITO 1/24					89,80		
ILLUMINACAO PÚBLICA					30,26		

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO	
TRIFÁSICO TRIBUTOS: 0,4 - 250 - 0,517770			398



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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, ed. *José Eustáquio Feitosa Gomesraci*

inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.972.903-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL DE ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092-34,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANOEL DE ALBUQUERQUE,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092 / 341, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro Profissão:

Recuso informar

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

Endereço:	RUA Gideão	Número:	312	Complemento:	CASA
Bairro:	NOVA CANAÃ	Cidade:	BOA VISTA	Estado:	RR
E-mail:	INTENSA.SANTANA@IMPERATRIZ.COM.BR	CEP:	69.304-406	Tel.(DDD):	(95) 99169-3685

Local e Data: Boa Vista - RR, 04/11/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação		
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR LPSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		
2001223405	22/02/2020 21:41:29	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 17		
Paciente	Ivanilde de Albuquerque	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	46 A 5 M 0 D	64921409234	
CPF	64921409234			Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
Mãe				F	PARDA	BRASILEIRA	
Maria Gesuino de Albuquerque						Contato (95) 99174-1485	
Endereço	- RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 -					Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plafio Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					Registrado por: LIDIANE OLIVEIRA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue DOR						
Anamnese de Enfermagem	 negA alergias Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
Exame Físico	 Paciente trazido pelo SAMU e instado de Acidente (moto vs animal), no interior do estalo - Sinais vitais estavam Imobilização do MID - gesso L5						
Hipótese Diagnóstica	 Ex Exposta de TIBIAL FIBULA						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS
Prescrição				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
(1) Dipirona 2 gr EV							
(2) Penoxilan 940 mg EV							
(3) solicito radiografia de MID							
(4) Dimetriptilina 600 mg EV 6/6							
(5) Gentamicina 80 mg EV 1x0/dia							
Conduta	 Ortopedia						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório						
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)						
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação						
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:						
Óbito	 Dr. Daniel de M. Araújo						
Antes do 1 ^a Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	 Médico CRM-RB 2137					
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico						



Page : 26/02/20



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23/02/20

O.S. _____

Tumores de
Alveolar

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

NÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2067

1º auxiliar:

Augusto

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

Anestesistas:

ANESTÉSICO:

Início:

FIM:

DURAÇÃO: 1h20' 10"

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Mário Augusto
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1243 / RCE 18

- ① paciente em IIA sob sedoanalgésico
② Anfetínicos e Alucinógenos
③ coloridos de corpo estranhos
④ LNC com SR 0,5% exoesofágico
⑤ Suturas de ferimento em região lateral
de TNEI
⑥ coloridos de fluidos sanguíneos em
fundo) com auxílio de intensifica-
do, allíngagem + conformação de redução aspira-
ção
⑦ curativo
⑧ Ao RPA

L.º Augusto Crispinante
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1243 / RCE 18





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

T. Vaneide Pe Abreu Pinto		46.	22/12/2020		
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO			Noge Ativida Noge HPP		
A LÍQUIDOS VENOSOS DA X ULC ● ANES X OP - O TEMP □ ASPIR. A RESP O Export Assist Contro SÍMBOLOS 3 5 6 7 8 9 0	99 15 30 45 99 15 30 45 15 30 45 15 30 45 N 20 92				
AGENTES A Fentanil 100 µg DOSES TÉCNICA B Midazolam 5 µg C Cípriverina 10 µg D E F G GLICOSE Liquidos NOCO SANGUE					MONITORES: SpO ₂ , f _c , PBW, t _{tr} O2NP@ N 20 20m @ Sedação: f _{TNTB} 60m _g MTL 2,5m _g Observ - BIPAP: 15m _g @ venturi che 200-600 @ Imedicarne 600-800m _g @ Imparona 30m _g @ Metabisolap
SP0.92 1500 R TOTAL 1400 m					ANOTACOES: 1 - CHICK 1257 AM37 - OT Lanango - Exposto - Excesso Secreto Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito Hemorragia - Anemia Brad Taquicardia - Choque
OPERAÇÃO Osteosintese de fratura de fêmur Tibial (frasco estéril)					
ANESTESIA 1 - Fades / R. Brancal DR Fernando					PERDA SANGUÍNEA

Oo. Punyia autorizou abertura de liga turva, sanguinolenta (anulada)
evidenciando possivel HSA). ECG = LS
HCD: solicito fc de chance

Bruno Thiago O.C. Pinto
NETTO
CRM-RR 1025
Bruno Thiago O.C. Pinto
MEDICO
CRM-RR 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46 A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Ismael de Albuquerque					22 / 02 / 2020
		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixador Externo de Fratura Exposta de Tornozelo direito.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:10	23:55		
CIRURGIÃO Dr. Fernando		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR Dr. Augusto		ANESTESISTA:			
		RES. ANESTESIA:	Dr. Bruno		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TIP DE ANESTESIA: Raque 21:57		CIRCULANTE	Wanessa / Valeria / Elenangela M.		
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml Frascos de Anestesia	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		7	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 50	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS P/M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML	+30ml		GERA PLASSTO Gastroenterologico	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		1	XII CATARATA Nº catitum 02	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		± 15 ml	GEOFOAM ALcool a 70%	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		± 20ml	FITA CARDIACA Residene Tópico	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: Blisterdol , órgão maior P/angiotensin					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A) * Alessandra		MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR	
FUNCIONARIO/CALCULOS Circulante de sala Wanessa / Valeria / Elenangela M.		SUB- TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTOSINTSE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55 11 36949000
Fixador Lay Fix C/ Barra 250
Ref. 4747/01 Lote 19/001219
Registro ANVISA: 10223718295



ESTADO DE RORAIMA
*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ortopedia</i>	Procedimento Realizado: Fixação Externo de Fratura do Tornozelo direito - Escola de Fisioterapia		
Nome do Paciente: <i>Jeanide da Albuquerque</i>	IDADE: 46	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 22/02/2020
Bloco: .	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Cir.

CAIXAS / EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO
Ex: Pequena energia :
Poderá

Dados dos materiais/Serviços

MÉDICO CIRURGIANO:

INSTRUMENTADOR

CRM-PR 1544
Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTSE () / QUANTUM () / ATHENA () / MACON () Marca:

MÉDICO CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

² OPME/CME

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



Name: Evan Poirier Date: 10/25/2018

Data de Nasc: 22/09/1993 Idade: 46 Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

RMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPAP

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA AJ

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Data: 22 / 02 / 2020



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome _____	Anestesista _____
Responsável Cirurgião _____	_____

Nome _____	Anestesista _____
Responsável Cirurgião _____	_____

Nome _____	Anestesista _____
Responsável Cirurgião _____	_____

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

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 Sim Não

OXIGENAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO Sim Não

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

ALERGIA CONHECIDA

() Não Sim, Qual: Negam

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos L. Bluno

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. Não se aplica

() Sim, Qual: _____ **Hora:** _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. Sim Não se aplica

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 Aplica
- 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 J. Alves Barbosa Filho
Hora: 14:00h

Assinatura e Carimbo

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	Logo
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	<i>Trompilole de Muquugoreli Alval</i>				
AGNÓSTICO	<i>Isotensão</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	<i>23/12/2020</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Monta
-	<i>S: 0,9% 500ML EV 2/24</i>				<i>SNO</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>06.12.18</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06.</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SNO</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SNO</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>04.12.20</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SNO</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>04.12.18</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>08.20</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SNO</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SNO</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>NOTAS</i>
15	<i>Tludol 20mg EV 12/12h</i>				<i>10.22</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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 MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RS 2007

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	122/81	73	-	
24 H	100/60	74	-	36°

14:30
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h: PA 110x70 FC 82 FR 21 T 36°

113:20h
PA: 130x79

FC: 82

FR: 21

TAX 36.9 °C

118-2



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM – SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 23/12/2020

NOME DO PACIENTE: João de Almeida Alquimique

SINAIS VITais

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A.
07:00	36,3	97	20	97%		14:00	36,9	80	25	97%							
08:00																	
09:00																	
10:00	36,2	80	18	97%													
11:00																	
12:00	36	88	19	96%													
13:00																	

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Int. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Int. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Int. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
13:00					20:00									
14:00					22:00									
15:00					00:00									
16:00					02:00									
17:00					04:00									
18:00					06:00									
19:00														

Assinatura e Carimbo

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino

118-2

GDH HGR de Roraima
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	118-2	DATA
ITEM				24/02/2020
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			<i>SC</i>
3				<i>10:00</i>
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			<i>10:00</i>
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			<i>10:00</i>
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			<i>10:00</i>
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			<i>10:00</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			<i>10:00</i>
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			<i>10:00</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>10:00</i>
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			<i>10:00</i>
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			<i>10:00</i>
13	CURATIVO			<i>08:20</i>
14	SSVV + CCGG 6/6H			<i>10:00</i>
15				
16				
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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO
DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122/83	72	35.1	
18 H	132/76	68	36.0	
24 H	120/80	66	36	

Plaquetas normais. Bld. Bdo. Anibolos de eferme. gen., aferio
SSVV, administrado medicamento prescrito. Téc. fialha
injetado AVT com sucesso, mantendo p/lo n° 22. *Luzelina Dr. de A. da Silva*
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 775.TS-11

tos. Téc. em Enfermagem
COREN-RR 775.TS-11

UOL/UFSC/PROJUDI
máscara 292.394-42



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	118-2	DATA
ITEM				25/02/2020
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP.			J/N
3				Manten
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			
6	OMÉPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			
13	CURATIVO			
14	SSVV + CCGG 6/6H			
15				
16				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: BUI; ≥ 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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO
DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO .

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	75		36°-
18 H	120x70	80		36°
24 H	120x69	68	-	35°+

06 130x60 64 - 35,2°C

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral Regional de Rio Grande	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas -	Protocolo n° 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	- HGR	Paciente: IRANI LIMA DE OLIVEIRA			

1182

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE			
DIAGNOSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	HAS	DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	26/02/2020
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO	
2	AVP		6am Noite	
3			100 22 12 18 26	
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		06	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		16	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		08 26	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		20	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		08	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		20	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		08	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		20	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H		08 26	
13	CURATIVO		20	
14	SSVV + CCGG 6/6H		20	
15			20	
16			20	
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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.				
SINAIS VITAIS		FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
6 H	PA	80		
12 H	130/80	80		
18 H				
24 H				

Paixão no limite estando
medicado conforme na prescrição
medicou apenado SSVV com baixa diurisa.
Tfor trocado AVP com gelo n.º 22.
& Si sum aer. evitadorda de cintura.
(mto 1/27)



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>Joanilda Alves da Silva</u>	Leito: <u>148.2</u>	Data: <u>1/02/2020</u>	

Localização	Região:	Região:		
	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(A) Soro Fisiológico 0,9% (P) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>Atadura telpacofaga</u>		
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araujo Ass. Cundi de São Geraldo Tec. em Enfermagem CORPORR 504.622	Adonildes Vieira Araujo Ass. Cundi de São Geraldo Tec. em Enfermagem CORPORR 504.522		
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu J.Ranilde de Oliveira CPFn° _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 24 de Fevereiro de 2020.

Assinatura do paciente: J.Ranilde de Oliveira

Responsável:

1) Assinatura:

Nome _____

CPFn°: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura Selo do Medico Regulador CRM _____ / _____

118-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 26/12/20 PACIENTE: Tony Vale Almeida DN: 229-73

DIAGNOSTICO(S): infarto agudo do miocárdio
bloco direito

DIH: 22/12/20

KANBAM: _____ Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO³: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____

EAS: _____

CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO³: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____

EAS: _____

IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO: _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

Ciprofloxacin + clindamycin

EVOLUÇÃO CLINICA:

Sem dor, sono tranquilo

Boa Vista, 26 de dezembro de 2020. Hora: _____

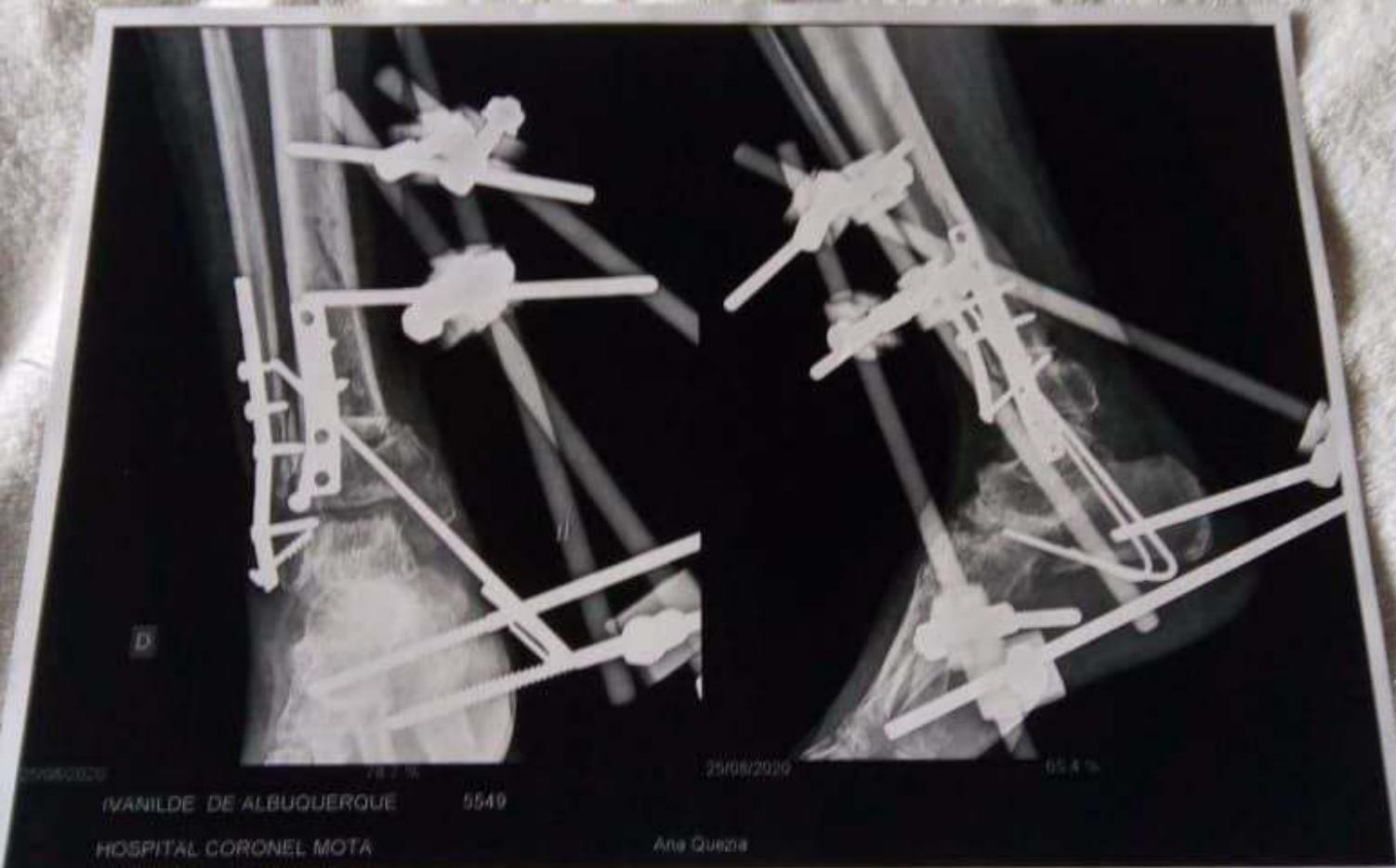
Dr. Augusto Cypriano
Medico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN: 864

Assinatura/carimbo do Medico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM: _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM: _____ / _____









IVANILDE DE ALBUQUERQUE

7267

HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex

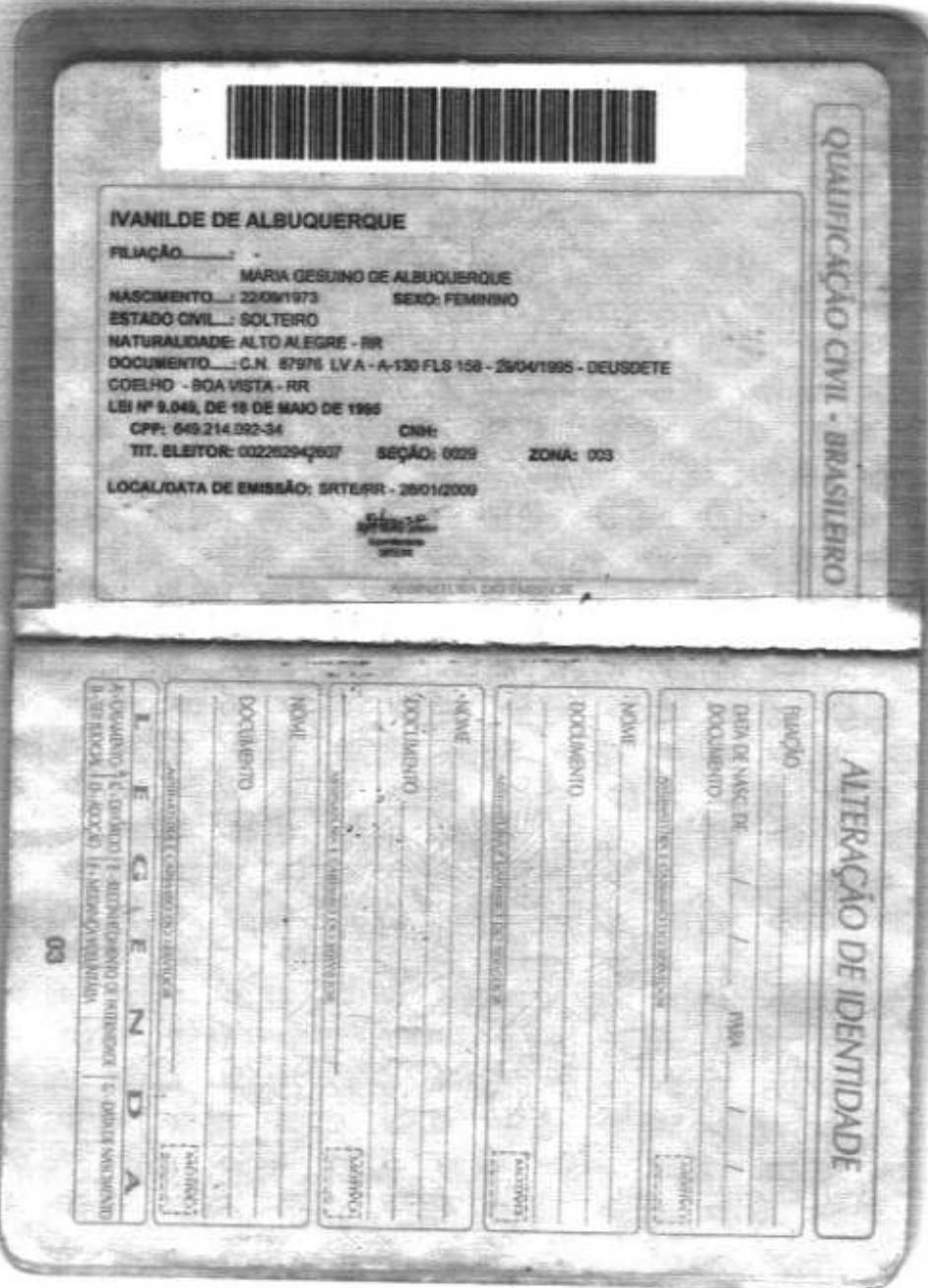












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200397640 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/OSTEOSSÍNTESE - PAG 3,20,21) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 INTENSO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

- 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: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JUANILDE DE ALBUQUERQUE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AVX. COZINHA RG: 176915 SSP/RR
CPF: 649.214.097-34 ENDEREÇO: TV NICARAGUA OL N° 10
BAIRRO: CANAMÉ CIDADE: BOA VISTA- RORAIMA
CEP 69.300-000

VÍTIMA: JUANILDE
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 23-02-2020
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: Jose SANTANA Feitosa Grimonnes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 14816399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: _____
ENDEREÇO: RUA CIDADE N° 312 BAIRRO: Nova Canaã

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por JUANILDE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 13 de maio de 2020

Juanilde Albuquerque
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

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: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO