

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. 1



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

69.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

6 - CPF:

69.214.092-34

7 - Profissão:

COUNHEIRA

8 - Endereço:

RUA NIARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVATINE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

IVANILDEDEALBUQUERQUE@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

17514169-3685

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:

☒ 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 abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ALI BANK

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

798604771

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

798604771

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 nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

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 - RR, 26/10/2020

x Ivanilde de Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 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 ESDD 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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

69.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

6 - CPF:

69.214.092-34

7 - Profissão:

COUNHEIRA

8 - Endereço:

RUA NIARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVATINE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

IVANILDEDEALBUQUERQUE@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

17514169-3685

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:

☒ 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 abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ALI BANK

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

798604771

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

798604771

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

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 - RR, 26/10/2020

x Ivanilde de Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAERR
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.306-610

ATENDEMENTO
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 - CAUAME 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
Y09S667195	09/04/2013	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 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 de 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.TOTAIS	E.COLI

22/09/2020 08:53:20



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Émílio Garças, 871 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.807.822-3

Nº DA NOTA FISCAL 6023737 FEMP*

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.436 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: 000622542981772
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 18/09/2020 Anterior: 19/08/2020 Próxima leitura: 26/10/2020
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 11ED001198 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	199h	199h	199h	199h	199h	199h	199h	199h
	TOT/PTA	INLETADO	TOT/PTA	INLETADO	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO	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 COSIP 1/24		8,07
CORR MONETARIA TCD CIG 1/24		2,00
PARCELAMENTO DE DEBITO 1/24		89,80
ILUMINACAO PUBLICA		30,26

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 298 - 6.517778

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

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

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

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

Pelo exposto, eu JOE SANTANA FEITOSA GIMRARRAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANILDE DE ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA GIDEAS</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>BOA CAMA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>SANTANAFEITOSA@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.344-406</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 99169-3685</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 04/11/2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR LPSFE		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
2001223405	22/02/2020 21:41:29	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 17	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
IVANILDE DE ALBUQUERQUE		22/09/1973		46 A 5 M 0 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
CPF		64921409234		Sexo		Estado Civil	
Mãe		MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE		Raça/Cor		Naturalidade	
Endereço		- RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 - - -		Pai		Contato	
		NI				(95) 99174-1485	
						Ocupação	
						NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedência		Pressão	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		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		anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)		GSC		TOTAL	
- nega alergias				AD: 1234 RV: 1234 MRV: 123456		15	
Paciente trazida pelo SAMU com história de acidente (moto vs Animais) no interior do estado. Status vitais estáveis. Imobilização do MTD Glasgow 15							
Exame Físico		Hipótese Diagnóstica		SADT - Exames Complementares			
Estável - Status vitais estáveis. Imobilização do MTD Glasgow 15		Ex Exposta de TÍBIA e FÍBULA		<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1) Dip. Bova 2 g IV							
2) Fenoxilina 40 mg EV							
3) Solicito radiografia de MTD							
4) Clonazepam 600 mg EV 6/6 h							
5) Gentamicina 80 mg EV 1x/dia							
Conduta		óbito		Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico	
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Dr. Daniel de M. Araújo	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				CRM-RR 2137	
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar							
<input type="checkbox"/> Transferência para: ortopedia							

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 22/02/2020 21:42:17

4-2020
SISTEMA - Sistema de Informação
RUA 1304 - F. 1304



2001223405

Formulário de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR).

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE: *Ismael de Albuquerque*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *178623*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *702403069898626*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *22/07/73*

9 - SEXO: *Masc. 1*

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Maria Carmo de Albuquerque*

11 - TELEFONE DE CONTATO: *915 919 1179 11485*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *BO*

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____

15 - UF: *RJ*

16 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *prate com febre e apatia ou pelo + prof. D.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Do Aluno*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Rx + laos fuz.*

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *Ex apatia pelo + prof. D.*

21 - CID 10 PRIMÁRIO: _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Internação + laos de fuzos e...*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

26 - CLÍNICA: _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

28 - DOCUMENTO: _____

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Fernando R. ...*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *23/02/2020*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Dr. Fernando R. ...*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS):

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - CNPJ EMPRESA: _____

38 - SÉRIE: _____

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNPJ DA EMPRESA: _____

41 - CBOR: _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO:

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0408050543*

46 - DOCUMENTO: _____

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *21/7/20*

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *5823*

50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: *1299*



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23.08.20 O.S. _____

Tronco de
Alumínio

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de pilão fémur
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: colocação de fixador em placa
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Dr. Fernando Rezende
CRA-RR 2207

URGIAÇÃO: _____ 1º AUXILIAR: Augusto
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: 23.08.20 14:00h
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: 11.400.000 mg
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: 1:42:16

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) paciente em DDA sob sedação leve
2) Anestesia e Analgesia
3) Colocação de campo estéril
4) LMC com SK 6,9% expansivo
5) Sutura de ferimento em região lateral
de TNE
6) Colocação de fixador externo em
fêmur com auxílio de intensifica-
dor de imagem + compressão de redução
7) Curativo
8) Ao RPA

Dr. Augusto Capicente
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRA-RR 1985

Dr. Marcelo Amadio
Ortopedista/Traumatologista
CRA-RR 1243 / RCE-SP

FICHA DE ANESTESIA

46c.

22/02/2020

"Voge" Klyuz
Voge Klyuz

Ob. Puntaje economiza Reflexa de Lica Turco, sanguinolenta (Anulado)
evidencia de possível HSA). ECG = LS
#CO: Solicito TC de crânio

Bruno Thiesen U.S. Patent
MEDICO
CIN 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 46A <i>Wandley de Albuquerque</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>22 / 02 / 2020</i>
CIRURGIA				
TIPO <i>Fixador Externo de Placa Exposta de Tornozelo direito.</i>		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO <i>23:30</i>	FIM <i>23:55</i>	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	<i>A. Fernando</i>			
1º AUXILIAR	<i>Dr. Augusto</i>			
2º AUXILIAR				
TIP DE ANESTESIA: <i>Raqui 20:57</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input type="checkbox"/>	<i>Enema de Sulfato</i>
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº <i>4.0</i>
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <i>P/M</i>			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº <i>15</i>			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			SURGICEL
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<i>+3cm</i>	<i>GERA-PROSSO Gynacodrapo</i>
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<i>+5ml</i>	<i>KIT CATARATA Nº cateter 02</i>
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<i>+20ml</i>	<i>GEODAM Alcool 70%</i>
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>FITA CARDIACA Pexidone Tópica</i>
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>OUTROS: Bisturi</i>
<i>+ Grupo Material P/ anestes</i>				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Alexandra</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Waniza / Valeria / Eliangela M.</i>	SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
TEL.: 55/11/59494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref. 4747/01 Lote 194001219
Registro ANVISA: 18223718095

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2014

Date: 22 / 02 / 2020

G1 Almondia
contents



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome

Responsável Cirurgião

Anestesista

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

☒ FOXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: Neve

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data

26.04.2020

Assinatura

[Assinatura]

Horas: 09:00h

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: _____ Horas: _____

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 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 e Carimbo

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Tranquilo de Albuquerque</i>					
AGNÓSTICO <i>fratura fechada do fêmur + fixação</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>23/12/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Monda</i>
3	<i>Dr. 0,9% 500ML EV S/N</i>				<i>SND</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>06h, 12h, 18h</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SND</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SND</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>04h, 12h, 20h</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SND</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>06h, 12h, 18h</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>08h, 20h</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S/N</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SND</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>NOTAR</i>
15	<i>Plad 20mg EV 12/12h</i>				<i>10h, 22h</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 MÉDICA:

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 2207

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h: 110x70 69 36°

13:20h

PA: 120x79

FC: 82

FR: 21

TAx: 36.9°C

118.2



1182

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM – SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR
DATA 23/02/2020

NOME DO PACIENTE: IVANILDE ALBUQUERQUE

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A
08:00	36.3	97	20	97%		14:00	36.9	80	25	97%		:					
:						:						:					
10:00	36.2	80	18	97%		:						:					
:						:						:					
12:00	36.1	88	19	96%		:						:					
:						:						:					

Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					13:00					20:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					00:00				
10:00					16:00					02:00				
11:00					17:00					04:00				
12:00					18:00					06:00				
13:00					19:00									

Enfermeiro Matutino
Enfermeiro Vespertino
Enfermeiro Vespertino



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



118-2

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	24/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				
3					
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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: 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, EM USO
DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/83	72	35.1	
18 H	130/76	68	36.1	
24 H	120/80	66	36	

Placenta materno: Realizado cuidados de enfermagem, após o
SSVV, administrado medicação prescrita. Tóco. Lucelina
Vincado AVI com sucesso, mantendo pelo R 22
TÓCO
OFERECIDO SSVV. REITOS CUIDADOS
Lucelina D. de A. da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.779-71

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					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	118-2	DATA	25/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				IND
3					manter
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				10
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12-18
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				10
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				10
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				10
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				10
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				10
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10
13	CURATIVO				10
14	SSVV + CCGG 6/6H				10
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS 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	120x40	75	36°C	
18 H	120x40	80	36°C	
24 H	124x69	68	35,2°C	

06 120x60 64 - 35,2°C



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



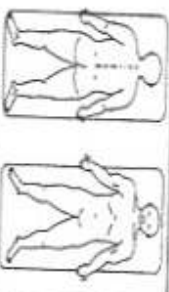
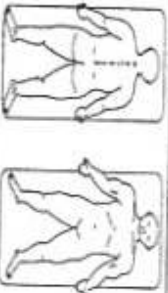
Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Paciente: FRANILDE DE OLIVEIRA
Leito: 484 1182

Elaborada: 02/2013
Atualizada: 2/2020

Versão: 08

Data: 25/02/20

Localização	 <div>Região: <u>M I D</u> Grau: I () II (X)</div>	 <div>Região: _____ Grau: I () II ()</div>
Etiologia	() LP I II III IV 7* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Molido () Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molido () Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Solução de Limpeza	() Molido () Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Cobertura primária	() Molido () Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Francielle de Oliveira Técnica em Enfermagem COREN RR - 533058 TEC Sulimar de Oliveira Técnica em Enfermagem COREN RR - 534.531	
Observações:		

118-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

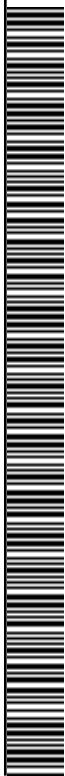
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/02/2020		DN	
PACIENTE		IVANILDE DE AMBUQUERQUE					
DIAGNOSTICO		FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO					
ALERGIAS		HAS					
IDADE		LEITO		DM2		DATA	
ITEM		118-2		26/02/2020			
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	AVP						
3							
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II						
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: 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, 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	130x70	80	22	
18 H				
24 H				

Paciente no leito estável
medicando conforme na prescrição
medicando apenas SSVV com braçadeira
torção com AVP com gesso nº 22.
e S/Sun com unidade da enfermeira
M 10/2/2020



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Neomilda Albuquerque</u> Leito: <u>118.2</u> Data: <u>10/21/2020</u>			

Localização	 	Região: <u>MED.</u> Grau: I () II (X)	 	Região: <u>MED.</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo (X) Ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros			
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido <u>pow</u> () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		Ana Daniela da Silva Garcia Técnica de Enfermagem COREN-RR 804.622	
Observações:	Adonilde Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.795/TE			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu JRanilde de oliveira CPF nº _____
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 médico 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, compreendo, 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, 26 de Febrero de 2020.

Assinatura do paciente: Juanilde de Albuquerque

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ 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 do Médico Regulador

CRM _____ / _____



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

DATA: 26/2/20
PACIENTE: Francisco Albuquerque DN: 229173
DIAGNOSTICO(S): Infecção crônica do sistema urinário

DIAGNOSTICO(S): padura suprapubica y lloso
fillo directo

DIH: 202/20
KANBAM: _____ Diera: _____

KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSORAIS (DATA: ____ / ____ / ____): Hb: ____ Ht: ____ Ur: ____ Cr: ____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: K: Ca: Cl:

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

EAS: _____

CULTURAS (/ /): / / /

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA ___/___/___): Hb: ___ Ht: ___ Ur: ___ Cr: ___

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

Cl: HCO₃⁻: PH: BE: PO₄³⁻: PCO₂:

EAS

IMAGEM

[illegible]

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIEMNTOSAGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA: _____

Ergonomics + Climatology

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Sen data para cirurgia

Boa Vista, 28 de Março de 2015. Hora: _____

CRM

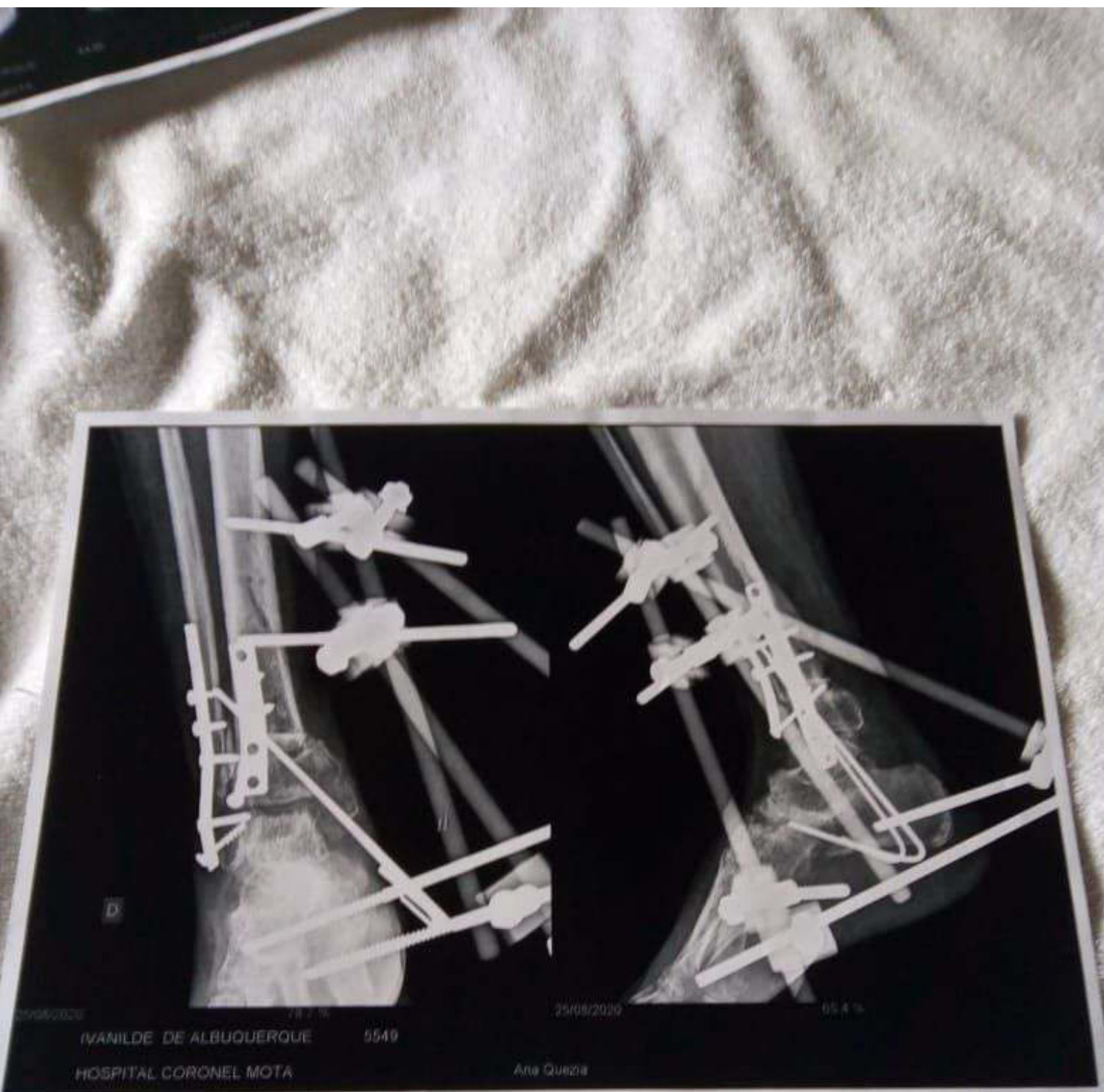
Assinatura/carimbo do Medico Assistente _____

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM _____/_____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador _____







IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

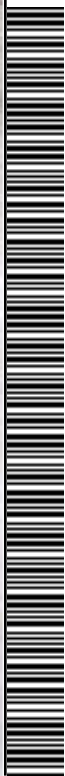






IVANILDE DE ALBUQUERQUE 7267
HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex





Tam. real
NILDE DE ALBUQUERQUE
TAL DAS CLÍNICAS

ID: 46
Data: 02/2020

Nr: 650
Tec:

79.4%







TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTRs, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, regulamentada pelo Decreto nº 23.039 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto de nº 5.453 de 01.05.1945, que aprova a CTE. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Não deverão ser registrados todos os atos do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho. Para isso, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantidos ainda, sua inscrição no tempo de serviço - TQS.

O conjunto de anotações, contido neste documento, a o seu estado de conservação, refletem a correta qualificação e as atividades profissionais por você exercidas.

Para sua importância, a sua deve ser protegida e conservada, pois além de garantir o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como Trabalhador e Cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo saúde, também, como elemento de identificação.

CONFECIONADA COM TECNICAS DO
INSTITUTO NACIONAL DE TRABALHO E EMPREGO

ÁREA GERENCIAL VIII - WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CRTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.36697.66-9



1046640

003-0

RR

João Alves Barbosa Filho



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
IVANILDE DE ALBUQUERQUE	
FILIAÇÃO	MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE
NASCIMENTO	22/09/1973
SEXO	FEMININO
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
NATURALIDADE	ALTO ALEGRE - RR
DOCUMENTO	C.N. 87976 LVA - A-130 FLS 158 - 26/04/1995 - DEUSDETE
COELHO - BOA VISTA - RR	
LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF: 649.214.592-34	CNH:
TIT. ELEITOR: 002282942607	SEÇÃO: 0029 ZONA: 003
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 26/01/2009	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
Nome	
Documento	
DATA DE NASCIMENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
NATURALIDADE	
DOCUMENTO	
CPF	
TIT. ELEITOR	
SEÇÃO	
ZONA	
LOCAL/DATA DE EMISSÃO	
ASSINATURA DO TITULAR	



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

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: IVANILDE DE ALBUQUERQUE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUX. COZINHA RG: 176915 SSP/RR
CPF: 649.214.092-34 ENDEREÇO: TV NICARAGUA DE N.º 10
BAIRRO: CAVAME CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.300-000

VÍTIMA: IVANILDE
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 23-02-2020
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 14486399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: _____
ENDEREÇO: RUA GIDEAO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, 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 20 20

Ivanilde de 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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

