

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

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

| | |
|------------------------------|---|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável. |
|------------------------------|---|

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Data do Acidente: 29/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

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: **852 823.592-00** 3 - CPF da vítima: **852 823.592-00** 4 - Nome completo da vítima: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA**

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

5 - Nome completo: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA** 6 - CPF: **852 823.592-00**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA 359** 9 - Número: **359** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **CENTENÁRIO** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **ROR** 14 - CEP: **69.312-634**
 15 - E-mail: **carlos.raphael.silva.rece@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **(69) 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:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3906** CONTA: **20.684** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (todos os bancos): _____
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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 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 nascituro)? 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 - Imprensa 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 18/05/2020** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 187 - Assinatura do Procurador (se houver)

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 191 - Assinatura do Procurador (se houver)

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 193 - Assinatura do Procurador (se houver)

194 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 195 - Assinatura do Procurador (se houver)

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 197 - Assinatura do Procurador (se houver)

198 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 199 - Assinatura do Procurador (se houver)

200 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 201 - Assinatura do Procurador (se houver)

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 203 - Assinatura do Procurador (se houver)

204 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 205 - Assinatura do Procurador (se houver)

206 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 207 - Assinatura do Procurador (se houver)

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 209 - Assinatura do Procurador (se houver)

210 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 211 - Assinatura do Procurador (se houver)

212 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 213 - Assinatura do Procurador (se houver)

214 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 215 - Assinatura do Procurador (se houver)

216 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 217 - Assinatura do Procurador (se houver)

218 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 219 - Assinatura do Procurador (se houver)

220 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 221 - Assinatura do Procurador (se houver)

222 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 223 - Assinatura do Procurador (se houver)

224 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 225 - Assinatura do Procurador (se houver)

226 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 227 - Assinatura do Procurador (se houver)

228 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 229 - Assinatura do Procurador (se houver)

230 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 231 - Assinatura do Procurador (se houver)

232 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 233 - Assinatura do Procurador (se houver)

234 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 235 - Assinatura do Procurador (se houver)

236 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 237 - Assinatura do Procurador (se houver)

238 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 239 - Assinatura do Procurador (se houver)

240 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 241 - Assinatura do Procurador (se houver)

242 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 243 - Assinatura do Procurador (se houver)

244 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 245 - Assinatura do Procurador (se houver)

246 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 247 - Assinatura do Procurador (se houver)

248 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 249 - Assinatura do Procurador (se houver)

250 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 251 - Assinatura do Procurador (se houver)

252 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 253 - Assinatura do Procurador (se houver)

254 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 255 - Assinatura do Procurador (se houver)

256 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 257 - Assinatura do Procurador (se houver)

258 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 259 - Assinatura do Procurador (se houver)

260 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 261 - Assinatura do Procurador (se houver)

262 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 263 - Assinatura do Procurador (se houver)

264 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 265 - Assinatura do Procurador (se houver)

266 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 267 - Assinatura do Procurador (se houver)

268 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 269 - Assinatura do Procurador (se houver)

270 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 271 - Assinatura do Procurador (se houver)

272 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 273 - Assinatura do Procurador (se houver)

274 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 275 - Assinatura do Procurador (se houver)

276 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 277 - Assinatura do Procurador (se houver)

278 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 279 - Assinatura do Procurador (se houver)

280 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 281 - Assinatura do Procurador (se houver)

282 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 283 - Assinatura do Procurador (se houver)

284 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 285 - Assinatura do Procurador (se houver)

286 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 287 - Assinatura do Procurador (se houver)

288 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 289 - Assinatura do Procurador (se houver)

290 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 291 - Assinatura do Procurador (se houver)

292 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 293 - Assinatura do Procurador (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 N°: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF N° 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, N°: 359, bairro: CENTENÁRIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

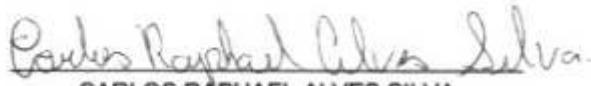
| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|-------------------|-----------------------------------|
| Objeto | 1 | APOLICE DE SEGURO | ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI: 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA Perna, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

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

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


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE

DECLARAÇÃO

Eu, CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ENTREGADOR, INSCrito NO CPF SOB N° 852.823.592-00, PORTADOR DA CEDULA DE IDENTIDADE SOB N° 539422198 SSP/SP, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA RAMIRO DANTAS CERQUEIRA DA SILVA N° 359 BAIRRO: CENTENÁRIO CEP: 69.312-634. NESTA CAPITAL BOA VISTA - ESTADO: RORAIMA.

VENHO INFORMAR A SEGURODORA Líder DOS CONSOcIOS DPUAT OU A QUEM POSSA INTERESSAR.

QUE FIZ O REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ON LINE EM RAZÃO DE TODAS OS DELEGACIAS DA CAPITAL ESTAREM SEM FUNCIONAMENTO PARA ESSE PIM DEVIDO A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS. EM ESPECIAL A DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT).

NO REFERIDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 8222/2020 NA DATA 05/08/2020 às 18:01 min. RELATA TODAS AS INFORMAÇÕES Tais como:

PLACA, ANO DE FABRICAÇÃO, MODELO, CHASSI, RENAVAN, NOME DO PROPRIETÁRIO, e COR, ASSIM COMO TODAS AS INFORMAÇÕES DO OCORRIDO NO REFERIDO ACIDENTE, DIANTE DO EXPOSTO IMPOSSIBILITA UM NOVO REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

A DEMais ESSE DOCUMENTO É ASSINADO ELETRONICAMENTE PELA DELEGACIA VIRTUAL POR SEU DELEGADO TITULAR NESTE LOTADO.

CONFORME B.O. ANEXO.

É O RELATO.

Boa Vista - RR, 16. DE SETEMBRO DE 2020.

Carlos Raphael Alves Silva
Assinatura do Declarante



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: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

UF: RR

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Tipo de local: SUPERMERCADO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, Nº: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA Perna, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO

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

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


DAT
ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
CONFERIDOR


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 08/10/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário: 352823592-00

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 607942903-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 97167-5685

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: karina.santana.gimaraes20@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: B.O. com CARIMBO e MATERIAIS NO AGENTE
(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO DEZER REANALISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NOME FUSCO E MATERIAIS DO AGENTE DE POLÍCIA NÃO HAVENDO MOTIVOS PARA TÁS EXIGÊNCIAS, UMA VEZ QUE ESSE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-LINE PELA SEU DELEGADO TITULAR.

BOA VISTA - PR, 08/10/2020

Local e Data:

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 N°: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF N° 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, N°: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

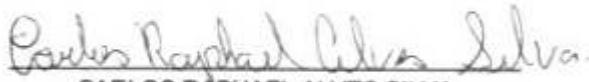
| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|-------------------|-----------------------------------|
| Objeto | 1 | APOLICE DE SEGURO | ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA Perna, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POL'C'A
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POL'CIAL CIV'L
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200324076 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA **Data do acidente:** 29/04/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2,8,9,10,21,22,25,28,30,31)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR N°3190570204 EM 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 joelho | 25 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

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: **852 823.592-00** 3 - CPF da vítima: **852 823.592-00** 4 - Nome completo da vítima: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA**

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

5 - Nome completo: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA** 6 - CPF: **852 823.592-00**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA 359** 9 - Número: **359** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **CENTENÁRIO** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **ROR** 14 - CEP: **69.312-634**
 15 - E-mail: **carlosraphael.silva99@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **(69) 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:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3906** CONTA: **20.684** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (todos os bancos): _____
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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 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 nascituro)? 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 - Imprensa 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: _____

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

40 - Local e Data: **BOA VISTA - RR 18/05/2020** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**RORAIMA
ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02 341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

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

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0128446-0

Nº DA NOTA FISCAL 5641381 FCAM*

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2020 | 06/08/2020 | 114 | 111,67 |

LENARA LUCY WOTTRICH
CPF: 00078612454204
R. RAMIRO DAMASCENO DA SILVA 359 1 - CENTENARIO
CEP: 69.312-634 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 22/07/2020 Anterior: 19/06/2020 Próxima leitura: 20/08/2020
Emissão: 21/07/2020 Apresentação: 22/07/2020 Dias de consumo: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligações | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
|----------------|------------------|----------|----------------|-------------|------------|
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 14EDB08332 | NORMAL | CONVENC |

DADOS DA LEITURA (kWh)

| Leit. Atual | kWh | INJETADO | kWh | INJETADO | kWh | INJETADO | kWh | INJETADO |
|-------------|---------|----------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | TOT/PTA | TOT/PTA | F.PONTA | F.PONTA | INTERMED. | INTERMED. | RESERVADO | RESERVADO |
| | 6812 | | | | | | | |



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gomes, 491 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.311.476/0001-44 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SERAZ/368/01

Para contato com
a Roraima Energia
informe este número:

0832588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAN*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | DEBITO | VALOR |
|------------|------------|--------|--------|
| JUNHO/2020 | 11/07/2020 | 298 | 254,97 |

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 8986768658249

| DATAS DA LEITURA | | | |
|------------------|------------|---------------|-----------------------------|
| Atual: | 18/06/2020 | Anterior: | 19/05/2020 |
| Emissão: | 17/06/2020 | Apresentação: | 18/06/2020 |
| | | | Próxima leitura: 21/07/2020 |
| | | | Dias de consumo: 30 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligaçao | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 11ED0881196 | NORMAL | CONVENC |

| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Min. | MAX. | ULTADO | Min. | MAX. | ULTADO | Min. |
| Leit. Atual | 27842 | 27544 | TOTPIA | FPONTA | FPONTA | ULTPIA | ULTPIA |
| Leit. Anterior | 27544 | | | | | | |
| Constante | 1.000 | | | | | | |
| Resíduos | | | | | | | |
| Medido | 298 | | | | | | |
| Faturado: | 298 | | | | | | |

| CONSUMO | DESCRITIVO | VALOR |
|--------------------|------------------|--------|
| ILUMINACAO PUBLICA | 298 A R\$ 0,5744 | 225,95 |
| | | 29,92 |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | HISTÓRICO |
|---|-----------------------------------|
| TARIFA DE TRABALHO: R\$ 298 - R\$ 0,57778 | 0 52 5 60 194 239 280 323 298 298 |

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI/IOTECAWEB/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 falsa 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 José SANTANA FEITOZINHO MARCELO inscrito (a) no CPF 627.942.803-68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS RAPHAEL ALVES SICILY inscrito
(a) no CPF sob o Nº 852.823.592-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
CARLOS RAPHAEL ALVES SICILY inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.823.592-00, 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 | RUA CRIDEAO | Número | 312 | Complemento | CASA |
| Bairro | NOVA CARNAU | Cidade | Boa Vista | Estado | RR |
| Email | SANTANA.GUIMARAOESRRR@gmail.com | Telefone comercial(DDD) | 195199169-3685 | Telefone celular (DDD) | |

Boa Vista 19 de AGOSTO de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante



| | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---------------|-------------------|-------------------|---------------|-------------------------|
| 2001238688 | 29/04/2020 01:41:52 | FICHA DE ATENDIMENTO | | | TRAUMATOLOGIA | NOTURNO 19- | 2 |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF ⁰⁷ | Prontuário | |
| CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | 10/10/1984 | 35 A 6 M 19 D | 706907148055739 | 85282359200 | 00044407 | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Nacionalidade |
| | | | | M | NAO | PARDA | BRASILEIRA |
| Mãe | | | | | INFORMADO | | Contato |
| MARIA DO SOCORRO ALVE SDA SILVA | | | | | COSMO SILVA | | (95) 99172-9580 |
| Endereço | | | | | | | Ocupação |
| RUA - DAS ACACIAS - 426 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR | | | | | | | NÃO INFORMADA |
| Class. de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | | | Validade | Autorização | Sis Prenatal |
| SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | | | Procedência | Temp. | Pressão |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | | | |
| Setor | Tipo de Chegada | | | Procedimento Sol. | | | Registrado por: |
| GRANDE TRAUMA | SAMU CAPITAL | | | | | | WALDEMAR STOCKER |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | |
| Aneis de Enfermagem | | | | | GSC | TOTAL | |
| | | | | | AO: 1 2 3 4 | RV: 1 2 3 4 5 | MRV: 1 2 3 4 5 6 |

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente velho. Minha de. joelho E queixa de

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

trauma de joelho E / fratura.

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dipano 0g ev

Tomou 70g ev

comprida

Fratura placa metálica
junto ev
h fratura

Emalio J. H. Perez
DR. EMALIO J. H. PEREZ / CRM: 176
CIRURGIA / URG / FGE: 176
Cirurgia Geral

Conduita

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para



- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim NãoDestino: Família IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARLOS RAPPASCI ALVES DA RIVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

44407

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

206907 648055739

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/10/1984

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Socorro Alves da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO
95991429580

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Praça das Acácias 426 Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fisica acidental, queixas de
e mantém funcional todos os

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

Rx perna esq

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura plato tibial/2021

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortez plato plato tibial hcr

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Clínica

Unidade

() CNS () CPF

5159506828

/

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tereza Lopes Aguiar 29/04/20

Assinatura
Tereza Lopes Aguiar
Carimbo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

/

0308010019

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/

5021 1068

/

19/04/20

/

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA | | | | |
|--|---|------|-----|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | | DN | |
| PACIENTE AGNÓSTICO ALERGIAS | Fábio, 21 ANOS DE IDADE, NOVO NA SAÚDE FRACTURA PLATE TIBIAL N.º | | | |
| IDADE | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| ITEM | PREScriÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND. |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | Mantener |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | S/N |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | 06 - 12 - 18 |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | 06 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | S/N |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h | | | NTf |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | S/N |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | Afirman |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | Anotar |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | Aconselhamento pre cirurgia | | | |
| 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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

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

extro

extro 06:00h
84 mg/dl

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

90mg/dl

ENCAMINHAR AO

CONTINUAR.



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANOTACOES DE ENFERMAGEM - S/A
NOME DO PACIENTE: Carlos Rafael Alves

DATA 29/09/20

SIGNALS VITTAIS

Assinatura e Garimbo

Assinatura e Carmo

REALIZAÇÃO DE DEXTER

Assinatura e Cartório

| HORA | Resultado | Ins. Regular | Cilíaco 50% | Alc. 50% | HORA | Resultado | Ins. Regular | Cilíaco 50% | Alc. 50% | HORA | Resultado | Ins. Regular | Cilíaco 50% | Alc. 50% |
|-------|-----------|--------------|-------------|----------|-------|-----------|--------------|-------------|----------|-------|-----------|--------------|-------------|----------|
| 07:00 | | | | | 07:00 | | | | | 07:00 | | | | |
| 08:00 | | | | | 08:00 | | | | | 08:00 | | | | |
| 09:00 | | | | | 09:00 | | | | | 09:00 | | | | |
| 10:00 | | | | | 10:00 | | | | | 10:00 | | | | |
| 11:00 | | | | | 11:00 | | | | | 11:00 | | | | |
| 12:00 | | | | | 12:00 | | | | | 12:00 | | | | |
| 13:00 | | | | | 13:00 | | | | | 13:00 | | | | |

Determinants 100

Entremereio Vespertino

Entremos a Vespertino



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29/04/2020

NOME DO PACIENTE: Carlos Rondon Alves da Silva

SINAIS VITais

| HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | PA | HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | PA | HORA | TAX | FC | FR | SpO ₂ | PA |
|-------|-----|----|----|------------------|----|-------|-------|----|----|------------------|----|------|-----|----|----|------------------|----|
| 08:00 | | | | | | 08:00 | 36,0 | 81 | 21 | 35x80 | ; | | | | | | |
| : | | | | | | 08:00 | 36,5 | 80 | 24 | 38x86 | ; | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | 10:00 | 36,7 | 82 | 25 | 35x85 | ; | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | 12:00 | 34,85 | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

06:00 36° 68 22 - MSX68

Caracteres: Cores Vidas
Cor: RR 247,764-1E

Adriano 666.169

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

| HORA | Resultado | Ins. Regular | Glicose 50% | Act. Regul | HORA | Resultado | Ins. Regular | Glicose 50% | Act. Regul | HORA | Resultado | Ins. Regular | Glicose 50% | Act. Regul | HORA | Resultado | Ins. Regular |
|-------|-----------|--------------|-------------|------------|-------|-----------|--------------|-------------|------------|-------|-----------|--------------|-------------|------------|-------|-----------|--------------|
| 07:00 | | | | | 07:00 | | | | | 07:00 | | | | | 07:00 | | |
| 08:00 | | | | | 08:00 | | | | | 08:00 | | | | | 08:00 | | |
| 09:00 | | | | | 09:00 | | | | | 09:00 | | | | | 09:00 | | |
| 10:00 | | | | | 10:00 | | | | | 10:00 | | | | | 10:00 | | |
| 11:00 | | | | | 11:00 | | | | | 11:00 | | | | | 11:00 | | |
| 12:00 | 87 | - | - | - | 12:00 | 87 | - | - | - | 12:00 | 87 | - | - | - | 12:00 | 87 | - |
| 13:00 | | | | | 13:00 | | | | | 13:00 | | | | | 13:00 | | |

Enfermeiro Vespertino
Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino
Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

**HOSPITAL DE CAMPANHA
CANARINHO**

quinta-feira, 30 de abril de 2020

ADMISSÃO - CLÍNICA MÉDICA

Paciente: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

Data de Nascimento: 10/10/84

CNS: 706907148055739

Data da Internação Hospitalar: 29/04/2020

Data da Internação no Canarinho: 30/04/2020

Comorbidades: nega

Medicações de uso contínuo:

Cirurgias prévias:

Alergias: nega

Hipótese Diagnóstica: fratura de platô tibial

História da Doença Atual: Paciente vítima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo com fratura de platô tibial. Hoje admito paciente para programação cirúrgica.

Ao exame: BEG, vigil, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação.

EXT: BPP, panturrilhas livres, sem edemas.

CD: interno paciente aos cuidados da ortopedia

Marco Shimmi
Médico
CRM-RR 2042

LT 28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

706907148055739

10/10/1984

(95) 99172-9580

Masculino

MARIA DO SOCORRO ALVE SDA SIL

RUA - DAS ACACIAS

426

JARDIM PRIMAVERA

BOA VISTA

140010

RR

69.314-186

ORTOPEDIA

Eletivo

X

980016282482793

ILDERSON PEREIRA

128

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--------------------------------------|-----|------------|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 20/04/2020 | DIH | 29/04/2020 | DN | 10/10/1984 |
| PACIENTE | CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | |

| | |
|-------------|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO | FRATURA DE PLATO TIBIAL |
|-------------|-------------------------|

| | | | | | |
|----------|---|------------|------|------|----------------|
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 30/4/2020 |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV SN | | | | SN |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA | | | | 18 21 06 12 |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | SIMETICONA 40GTS VO 8/8H | | | NTT | (1422) 06) NTF |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | ROTINA |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 23 | 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:

M. A.

Marcos Shimiti
Médico CRM-R 12
CRM-R

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|-----|----|--------|--|
| 6 H | 101/80 | 89 | | 35,8°C | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | 130x81 | SL | | 35,8°C | |
| 24 H | 150/90 | 103 | | 36,4°C | |

Administrado medicamentos via venosa 19/04.
+ Omeprazol 40mg ev. paciente n/queixas,
exames realizados no período. Não foi adm.
med. simeticona, porque a farmacia não
disponibilizou.

Lucineide A. L...
Téc. em Enfermagem
CREN-RR 866.940 TF
Lucineide

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|
| BLOCO – GT | ESQUEMA DE INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | |
| NOME DO PACIENTE: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | | | | | | | | |
| HD: FX PLATO TIBIAL. | | | | | | | | | | | | |
| DATA/HORA | PREScriÇÃO | | | | | | HORÁRIO | | | | | |
| 30/04/2020 | 1. Dieta oral livre | | | | | | | | | | | |
| | 2. AVP | | | | | | | | | | | |
| | 3. SF 0,9% 50ml EV S/N | | | | | | | | | | | |
| | 4. Dipirona 500mg EV 6/6h | | | | | | | | | | | |
| | 5. Omeprazol 40mg EV 1x/dia | | | | | | | | | | | |
| | 6. Tramal 100mg + SF 0,9% 1000ml EV 8/8h se dor intensa | | | | | | | | | | | |
| | 7. Simeticona gotas 40 gotas VO 8/8h | | | | | | | | | | | |
| | 8. Metoclopramida 10mg EV 8/8h SN | | | | | | | | | | | |
| | 9. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg | | | | | | | | | | | |
| | 10. SSV + CCGG 6/6h | | | | | | | | | | | |
| | 11. Curativo diário | | | | | | | | | | | |
| | 12. Transferir ao Hospital Canarinho e realizar programação cirúrgica com a equipe da Ortopedia. | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----|-----|-----|--|--|
| REGISTRO DE ENFERMAGEM | SINAIS VITAIS | | | | | |
| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h | | |
| PA | | | | | | |
| FC | | | | | | |
| Tax | | | | | | |
| FR | | | | | | |
| Evacuação | | | | | | |
| Diurese | | | | | | |
| Destro | | | | | | |
| Insulina | | | | | | |
| Regular | | | | | | |
| SNG | | | | | | |
| Dreno | | | | | | |

Dr. André Pedroso Moraes
Ortopedia
Ortopedia

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA**BLOCO - GT****NOME DO PACIENTE:** CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA**HD:** FX PLATO TIBIAL.

| DATA/HORA | PREScrição | HORÁRIO |
|------------------|--|----------------|
| 30/04/2020 | 1. Dieta oral livre | |
| | 2. AVP | |
| | 3. SF 0,9% 50ml EV S/N | |
| | 4. Dipirona 500mg EV 6/6h | |
| | 5. Omeprazol 40mg EV 1x/dia | |
| | 6. Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h se dor intensa | |
| | 7. Simeticona gotas 40 gotas VO 8/8h | |
| | 8. Metoclopramida 10mg EV 8/8h SN | |
| | 9. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg | |
| | 10. SSV + CCCGG 6/6h | |
| | 11. Curativo diário | |
| | 12. Trasferir ao Hospital Canarinho e realizar programação cirúrgica com a equipe da Ortopedia | |

28

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

| | | | |
|------------|------------------|------------------|--------------------|
| Até 200: 0 | 201 - 250: 02 UI | 251 - 300: 04 UI | > 301 - 350: 06 UI |
| | | | |
| | | | |

REGISTRO DE ENFERMAGEM**SINAIS VITAIS**

| | | | | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h |
| PA | | | | |
| FC | | | | |
| Tax | | | | |
| FR | | | | |
| Evacuação | | | | |
| Diurese | | | | |
| Destro | | | | |
| Insulina | | | | |
| Regular | | | | |
| SNG | | | | |
| Dreno | | | | |

Dr. André Santas Morello
CRF-ES 1004
30/04/2020

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____

PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

DIAGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL**

ALERGIAS

1 HAS

DATA

LEITU 28

ITEM

2

DM2

| | | | | | |
|------|------------|-------|----|------|----------|
| BASE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 1/5/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | |

| PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|---|------------------------|
| 1 DIETA ORAL LIVRE | SND |
| 2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | MANTER |
| 3 SF 0,9% 500ml EV ACM | ACM |
| 4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | 6 |
| 5 DIPIRONA 1G EV 6/6H | 06 12 18 24 |
| 6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | SN |
| 7 ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | SN |
| 8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | SN |
| 9 SSVV + CCGG 6/6 H | ROTINA |
| 10 CURATIVO DIÁRIO | MANHÃ |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 22 | |
| 23 | |

23

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESGUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DM/UL. GLICOSE 50%: 40 MI EV + AMAR PLANTONISTA.

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁGICIAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

Lael Silva (Res. Orton)

CBCT 31100

CRM/RR 2013

COURTIER VIE
CRM/RS 2124

CRM/RR 2124

Don Maran

CRM 2008

Bruno Vieira

18hs: Paciente no leito orientado em bom estado geral, aferido sinais vitais realizado medicamento conforme prescrição. 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|---|-------|-----|------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE | CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX PLATO TIBIAL | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | DM2 | | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 2/5/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | 6h |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 08/21(18:24) |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |

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.

RISCO OK

AG CIRURGIA

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP |
|-------------|---------------|----|-------|-------|
| 6 H | 120x80 | 61 | 19 | 36,3c |
| 12 H | 140x60 | 69 | 36,5c | |
| 18 H | Fora do leito | | | |
| 24 H | 110x70 | 70 | 20 | 36c |

12h - 18h = 94 mg/dl

07as 19hs -> paciente mede de cpm, mas administrado o item "5" das 18hs e seu 01 SSVV das 18hs, paciente não estava no leito, segue aos cuidados da enfermagem. Tcc: Genivalda

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

| | | | | |
|---|---|------------------------|-----|-------------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA 3/5/2020 |
| ÍTEM | PREScriÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | 06 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | MANHÃ |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML. GLUCOSE 50% #0 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.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|--------|----|----|------|---|
| 6 H | | | | | Lael Siva (Res Ortop) CRM/RR 2015 |
| 12 H | 130/70 | ~ | - | 36,1 | Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 |
| 18 H | 120x80 | - | - | 36,5 | Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 |
| 24 H | 140/81 | 85 | - | 36°C | Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231 |

bito joh fatto auf em msd com oho n° 18

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|-----------------|----|---------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 4/5/2020 |
| ÍTEM | PREScrição | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER | |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | ACM | |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | X6 | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | 12/18 | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | SN | |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | SN | |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | SN | |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | ROTINA | |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | MANHÃ | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | MANHÃ | |
| 12 | TRANSFUSÃO DE SANGUE - GESSO | | | MANHÃ | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 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.

| | | | | | |
|------------|---------|-----|----|--------|---|
| | | | | | Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 |
| | | | | | Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 |
| | | | | | Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 |
| | | | | | Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231 |
| SINAIS VIT | PA | FC | FR | TEMP | |
| 6 H | 125x77 | 78 | - | 36,4°C | |
| 12 H | 150/100 | 330 | - | 36,4°C | |
| 18 H | - | - | - | - | |
| 24 H | 121x80 | 91 | - | 37,1°C | |

PACIENTE HGR

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScriÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|-----|------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 5/5/2020 |
| ITEM | PREScriÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Den Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VIT | PA | FC | FR | TEMP |
|------------|--------|----|----|------|
| 6 H | 120/80 | 82 | | 36,8 |
| 12 H | 140/80 | 87 | | 36,9 |
| 18 H | 130/80 | 89 | | 36,8 |
| 24 H | 110/70 | 87 | | 36,3 |

05/05/2020 - LOTE, CAREN, Localiza-se em CR, Acrem, Vlem, CRAN, Difusor e Funerar. Presenç. PRC no humor.

Jetro ~~216.843-8~~
COREN/RR 216.843-8

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE **CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA**

DIAGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL**

ALERGIAS

HAS
LEITO
DATA
14/5/2020

IDADE

25

28

ITEM

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SND

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

MANTER

3 SF 0,9% 500ml EV ACM

ACM

4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

6

5 DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

06 12 18 24

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN

SN

7 ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN

SN

8 NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG

SN

9 SSVV + CCGG 6/6 H

ROTINA

10 CURATIVO DIÁRIO

MANHÃ

11 ALTA HOSPITALAR

12

13

14

15

16

17

19

20

22

23

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 16 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 .

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP |
|-------------|----|----|----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|---|-------------------------------|----|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE | | CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 14/5/2020 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 06 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | ALTA HOSPITALAR | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | 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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | |
|---------------|----|----|----|------|--|
| 6 H | | | | | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | | | | | |

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--|-------------------------------|----|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE | | CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 13/5/2020 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | 6 AM |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 06 12 18:24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | 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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | 90/60 | 64 | | 36.2 |
| 12 H | 121x62 | 75 | | 35.8 |
| 18 H | 140x80 | 77 | | 34.98 |
| 24 H | 140x60 | 75 | | 36.5 |

13/05-12:00 - HOTE, JEJUNUM C/
náusea, cefaleia, febre, perna
CRN, dor no tórax e dor no abdômen
paciente, AVI no Q em uso
BV

Jeferson Nunes
CRM/RR 216.845-TE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DN _____

PACIENTE **CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA**

DIAGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL**

ALERGIAS HAS DM2 _____

IDADE 25 LEITO 28 DATA 11/5/2020

| ÍTEM | PREScriÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | 6 N |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | 6 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | MANHÃ |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#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.

| | | | | | |
|------------|--------|----|----|------|---|
| SINAIS VIT | PA | FC | FR | TEMP | Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 |
| 6 H | | | | | Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 |
| 12 H | 121/72 | 83 | - | 36.2 | Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 |
| 18 H | 126/76 | 74 | | 36.4 | Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1731 |
| 24 H | | | | | |

19as 07hr → Paciente medicado cpm,
 Tcc Benivalda

28

| | | | | |
|--|--|-----------------|----|-------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA 12/5/2020 |
| ÍTEM | PREScrição | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | NTF 6) |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | 08 12/18 20-06 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | MANHÃ |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | |
| <p>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</p> | | | | |

#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.

| | | | | | |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 |
| 6 H | | | | | Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 |
| 12 H | | | | | Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 |
| 18 H | 100/65 | 68 | 26 | 36,2°C | Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231 |
| 24 H | 100/65 | 77 | 26 | 36,2°C | |

Lucineide
Lucineide A. Leme
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 866.340 TE

12h Paciente para exame no HM
18hs paciente no reum
fazendo exame
-55/100 g/cm² no
antecubital superior ob estra 010007945

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE **CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA**

DIAGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL**

ALERGIAS

HAS
DM2
DATA
10/5/2020

IDADE

25

LEITO

28

ITEM

PREScriÇÃO

HORÁRIO

| | | |
|----|--|-------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | 6x |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | 06-12-18-24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | MANHÃ |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |

SE DIABÉTICO CORRÉCÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 16 UI E OU GLICOSE > 70 DM/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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir ~~Yana~~ (Res Ortop)

CRM/RR 2114

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | 110x70 | 95 | | 36.0 |
| 12 H | 140x90 | 95 | | 36.2 |
| 18 H | 120x75 | 92 | | 36.0 |
| 24 H | 120x70 | 82 | | 36.2 |

Planteiro diurrolo e paciente no leito sem queixas, idm.

medicamentos prescritas, aferido SSVV ~~Francenilda P. da Silva~~

Francenilda P. da Silva

COREN-RR 355.767 AE

01/05/2020 Paciente no leito

aferido SSVV adm. medicas

Maria Jesus Silva ~~CRM/RR 2015~~
 Téc em Enfermagem
 COREN-RR 5949-555

l Pm

28

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----|------|----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 9/5/2020 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 10 06/12/18/24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 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.

| | | | | | |
|------------|--------|----|----|------|---|
| SINAIS VIT | PA | FC | FR | TEMP | Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 |
| 6 H | 122/90 | 77 | | 36.3 | Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 |
| 12 H | 130/90 | 80 | | 36.1 | Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 |
| 18 H | 120/80 | 82 | | 36 | Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1731 |
| 24 H | 90/54 | 89 | | 36.8 | |

06/05/2020 (07 as 19. Aferido SSW e futos item (5) paciente referiu dor. Segue aos cuidados da enfermagem.

Loedir C. Messchmidt
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527801-AUX

28

| | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PREScriÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | HAS | | DM2 | | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 8/5/2020 |
| ITEM | PREScriÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | (6 PM) |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 06 17 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 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 GLUCOSE ≤ 70 DM/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.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------|
| | | | | | Lael Silva (Res Ortop) |
| | | | | | CRM/RR 2015 |
| | | | | | Loamir Viana (Res Ortop) |
| | | | | | CRM/RR 2124 |
| | | | | | Don Martins (Res Ortop) |
| | | | | | CRM/RR 2038 |
| | | | | | Bruno Vieira (Res Ortop) |
| | | | | | CRM/RR 1231 |

11-5 paciente no leito veneciosas ssvv ser intravenosas ou: Riva.

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-----|---------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE | | CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 7/5/2020 |
| ITEM | PREScrição | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | MANTER | |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | ACM | |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | 5 | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | (06/11/18/24) | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | SN | |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | SN | |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | SN | |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | ROTINA | |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | MANHÃ | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| <small>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</small> | | | | | |

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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

| SINAIS VIT | PA | FC | FR | TEMP | |
|------------|--------|----|----|--------|--------------------------|
| 6 H | 114x80 | 73 | | 35,8°C | Loamir Viana (Res Ortop) |
| 12 H | 107x59 | 82 | | 36,7°C | CRM/RR 2124 |
| 18 H | 110x80 | 80 | | 36,5°C | Den Martins (Res Ortop) |
| 24 H | 110x60 | 89 | | 36,8°C | CRM/RR 2038 |
| | | | | | Bruno Vieira (Res Ortop) |
| | | | | | CRM/RR 1231 |

12:00h. Re causa ite s.
SSVV, nri d'cardos
Reina Marcella de S. Campello
Tec. Enfermagem
CORESP/RR/203-02-TE

28

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----|------|----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | | | DN | |
| PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | FX PLATO TIBIAL | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 28 | DATA | 6/5/2020 |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | | | (6) |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H SN | | | | 06 12 18 24 06 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 9 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | MANHÃ |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 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.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Dem Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

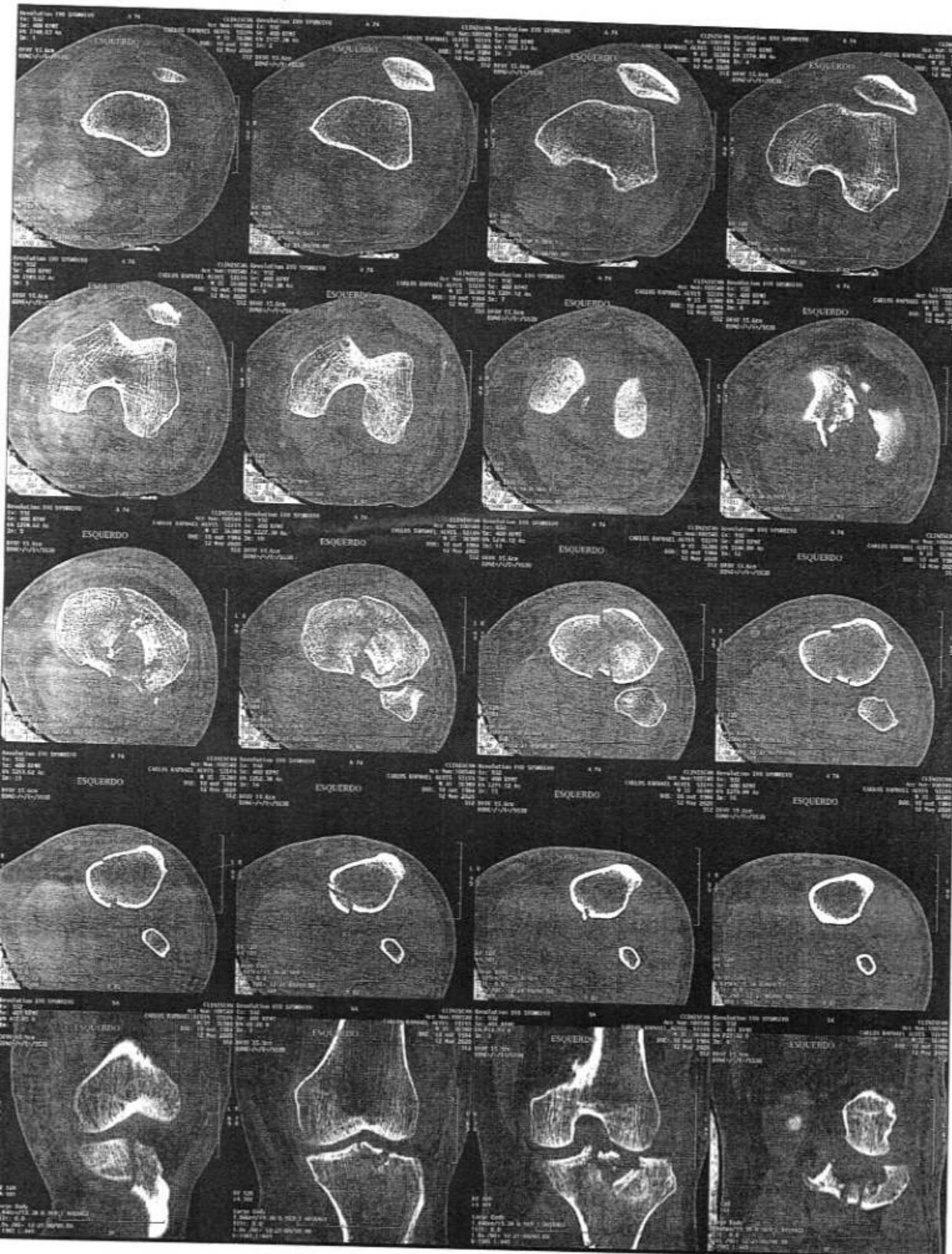
Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP | |
|-------------|--------|----|----|------|--|
| 6 H | 111/72 | 70 | | 36,2 | |
| 12 H | 110x70 | - | - | 36,2 | |
| 18 H | 130x70 | 73 | | 36,3 | |
| 24 H | 103 65 | 70 | | 36,6 | |

12h Reabrigado medicado e SSVV matutino
de matutino

19/05/07 paciente noto
si queixa.
Mariana Pereira da Silva
Assistente de Enfermagem
Coren-RR 461.069 AE



Nome: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
 Data: 12/05/2020 Idade: 35A Procedência: HGR
 Médico Solicitante: DOMINGOS SAVIO

Cód. Pac.: 56380

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO ESQUERDO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação

- Fratura de platô tibial.

Relatório

- Estudo realizado em aparelho engessado.
- Fratura cominutiva, com múltiplas linhas de fratura envolvendo os platôs tibiais medial, lateral e central, destacando extensão intra-articular, com acentuada fragmentação / cominuição das espinhas tibiais.
- Intenso infradesnível da região mais interna do platô tibial lateral (infradesnível de até 1,5 cm em relação a superfície articular).
- Múltiplas linhas de fratura envolvendo a cortical interna da metadiáfise, com discreto desalinhamento.
- Fratura lineariforme alinhada, estendendo-se junto a cortical posterior da tibia inferiormente, até porções que não foram incluídas no estudo. Correlacionar com radiografia / TC da perna distal.
- Edema difuso subcutâneo, predominando na região anterior do joelho.
- Discreto derrame articular / hemartrose.
- Demais estruturas ósseas sem particularidades de nota.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
 Responsável Técnico

Dr Daniel Lopes Azevedo
 Membro titular do CBR

CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

RADIOGRAFIA DIGITAL

Nome: Carlos Raphael Alves Silva
Data: 10.06.2020

Idade: 35 anos

Radiografia do Joelho Esquerdo (AP / Perfil)

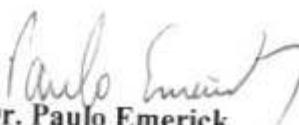
Fratura complexa na região meta-epifisária proximal da tibia, com extensão articular, destacando-se infradesnívelamento do platô tibial lateral.

Restante da estrutura óssea visibilizada com transparência habitual.

Partes moles periarticulares com transparência conservada.

Como todo exame complementar, deve ser interpretado juntamente com os demais achados clínicos e laboratoriais para que haja valorização dos achados.

Com os cumprimentos,


Dr. Paulo Emerick
CRM (RR) 2091 /RQE 778
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio
Brasileiro de Radiologia

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO

Av. Mário Homem de Melo 5435 – Bairro Tancredo Neves – Tel: 3625-1108 (CLÍNICA EXAMME)

3D Volume 2
Ext: 932Set:5
Volume Rendering No cutDFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image FilterCARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
H 35 56390
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

I 120

3D Volume 2
Ext: 932Set:5
Volume Rendering No cutDFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image FilterCARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
H 35 56390
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

S

501/1

No VOI
KV 120
mA Mod.
Rot 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 3453D Volume 2
Ext: 932Set:5
Volume Rendering No cutDFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image FilterCARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
H 35 56390
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

I 317

501/1

No VOI
KV 120
mA Mod.
Rot 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

3D Volume 2

Ext: 932
Set:5
Volume Rendering No cutDFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image FilterCARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
H 35 56390
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

I

501/2

No VOI
KV 120
mA Mod.
Rot 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

3D Volume 2

Ext: 932

Set:5

Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm

SOFT/SS50 No Image Filter

No VOI
KV 120
mA Mod.
Rot 1.00s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.62sp
Tilt: 0.0
12:21:00
M = 1990 L = 345

501/3

3D Volume 2

Ext: 932

Set:5

Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm

SOFT/SS50 No Image Filter

3D Volume 2

Ext: 932

Set:5

Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm

SOFT/SS50 No Image Filter



PERFIL E

49.64

E

49.97

CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA ID:79082
Data: 10-06-2020 D.N: 10-10-1984 M
EXAMIME SERVICOS DE DIAGNOSTICOS





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254968/20

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF: 852.823.592-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2020

Titular do CPF: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA : 852.823.592-00

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 08/10/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

352823592-00

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

607942903-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 97167-5685

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANA.Guimaraes20@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: B.O. com CARIMBO e MATERIAIS NO AGENTE
(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO DEZER REANALISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGIACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO (PAT) ASSIM COMO TAMBÉM NOME FUSCO E MATERIAIS NO AGENTE DE POLÍCIA NÃO HAVENDO MOTIVOS PARA TAL EXIGÊNCIA, UMA VEZ QUE ESSE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGIACIA ON-LINE POR SEU DELEGADO TITULAR.

Local e Data:

BOA VISTA - PI, 08/10/2020

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 N°: 8222/2020 - Registrado em: 05/08/2020 às 18h 01min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/04/2020 às 12h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local: SUPERMERCADO

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA (35), nascido(a) em 10/10/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF N° 852 823 592-00, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA e COSMO SILVA, endereço: RAMIRO DAMASCENO DA SILVA, cep: 69312-634, N°: 359, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO AMBEV, Telefone: (95) 99163-5424.

OBJETOS

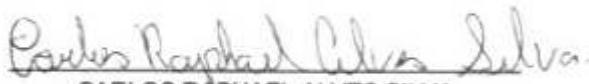
| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|-------------------|-----------------------------------|
| Objeto | 1 | APOLICE DE SEGURO | ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT |

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: SENHOR DELEGADO, O COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ACONTECEU O SEGUINTE FATO. QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/NXR BROS 160 PLACA NAW 3096 CHASSI 9C2KD0810KR209513 RENAVAM 01194793999 DE COR VERMELHA ANO DE FABRICAÇÃO 2019/2019 DE PROPRIEDADE DE MARIA DO SOCORRO ALVES SILVA, QUE TRABALHA DE ENTREGADOR DE PIZZAS, PAROU PARA FAZER UMA ENTREGA E AO ACELERAR PARA SAIR DERRAPOU O PNEU DIANTEIRO SE DESEQUILIBROU CAIU E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DA SUA Perna, COM O PESO DA MOTO VEIO OCASIONAR UMA FRATURA NO JOELHO ESQUERDO, INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CAPITAL AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POL'C'A
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POL'CIAL CIV'L
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: MOTORISTA RG: 539422198 SSP/SP.
CPF: 852.823.592-00 ENDEREÇO: RUA RAMIRO DANTAS, 359
BAIRRO: CENTENÁRIO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP 69.312-626

VÍTIMA: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CPF: 852.823.592-00 DATA DO ACIDENTE: 29-04-2020
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSÉ SANTANA PEIXOTO GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AVÔ
Nº DO RG: 114.876.399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDERECO: RUA Onze de Novembro, 312 BAIRRO: NOVA CANÁO

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 - RR, 18 de MAIO de 2020

Carlos Raphael Alves Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254968/20

Número do Sinistro: 3200324076

Vítima: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF: 852.823.592-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2020

Titular do CPF: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 23/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO