

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2945498020201230103416

Processo 0831963-49.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16115024



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.

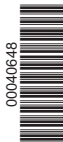
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16122326

Pag. 01295/01296 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYY3 CRMX8 LSSV3 CN4FD





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

Pag. 00225/00226 - carta_05 - INVALIDEZ

00040113



Carta nº 16226119

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYY3 CRMX8 LSSV3 CN4FD





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

MOTOCICLISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-634

15 - E-mail:

SANTAGLIA@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 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:

☐

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 20-684

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 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 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 RENAVAL 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 ELETRONICAMENTE

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


CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
COMUNICANTE

DECLARAÇÃO

EU, CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ENTREGADOR, INSCrito NO CPF SOB Nº 852.823.592-00, FORTABOR DA CédULA DE IDENTIDADE SOB Nº 539422198 SSP/SP, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA Nº 359 BAIRRO: CENTENÁRIO CEP: 69.312-634. NESTA CAPITAL BOA VISTA - ESTADO: RORAIMA.

VENHO INFORMAR A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT OU A QUEM POSSA INTERESSAR.

QUE FIZ O REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ON LINE EM RAZÃO DE TODAS OS DETECAGIAS DA CAPITAL ESTAREM SEM FUNCIONAMENTO PARA ESSE FIM DEVIDO A PANDEMIA DO COVID-19. EM ESPECIAL A DETECAGIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT.)

NO REFERIDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 DETECAGIA VIRTUAL POR SEU DETECADO TITULAR NESTE LOTADO. CONFORME B.O. ANEXO. É O RELATO.

BOA VISTA - RR, 10. 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

ENDEREÇO: 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

Bairro: CIDADE SATELITE

Referência: NA FRENTE DO SUPERMERCADO 3 IRMÃOS

Complemento: VIA PÚBLICA

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: SUPERMERCADO

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 ELETRONICAMENTE

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



Carlos Raphael Alves Silva
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: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF do beneficiário: 852.823.592-00

Nome do solicitante: JESSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES

CPF do solicitante: 527.942.903-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9167-8685 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail: SANTANA@GUIMARAESRAC.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) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: B.O. COM CARIMBO E MATRÍCULA DO AGENTE (DESCREVER)

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

VENHO PEDIR REANÁLISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÁFICO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NOSSA FURCA E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA NÃO HAVENDO MOTIVOS PARA TÁIS EXIGÊNCIA, UMA VEZ QUE OBL RECURSO FOI ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-LINE POR SEU DELEGADO TITULAR.

JOAO VISTA-PR, 08/10/2020

Lócal e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 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 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: 69312-834, 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 RENAVAL 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 ELETRONICAMENTE

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



Carlos Raphael Alves Silva
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

Valoração 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 Nº3190570204 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:

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:

MOTOCICLISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-634

15 - E-mail:

SANTAGLIA@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 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:

☐

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 20-684

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐

Sim

☐

Não

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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO »

SEU CÓDIGO
0128446-0

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

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

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	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	14EDB08332	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

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

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.430/0001-64 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Para contato com a Roraima Energia informe este número: 0032588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAM
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Instituída pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR

CONTA MÊS	VENCIMENTO	VALOR	VALOR
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87

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

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/06/2020	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	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	MRB TOTAL	MRB TOTAL	MRB F.PONTO	MRB EPONTO	MRB INTERMED.	MRB INTERMED.	MRB RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 298 A R\$ 254,87

OUTRAS INFORMAÇÕES: DATA DE LEITURA: 15/06/2020

0 12 13 10 1239 194 206 280 323 208 208



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/lootecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARAES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 852.823.592/00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
(MORTO) RAPHAEL ALVES SILVA 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	<u>RUA GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARAESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195194169-3685</u>	

BOA VISTA 19 de AGOSTO de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante

29/04/2020

Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

Visto
NOT
FT

2001238688 29/04/2020 01:41:52 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 2

Paciente: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA Data Nascimento: 10/10/1984 Idade: 35 A 6 M 19 D CNS: 706907148055739 CPF: 85282359200 Prontuário: 00044407
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVE SDA SILVA Contato: (95) 99172-9580 Ocupação: NÃO INFORMADA
Endereço: RUA - DAS ACACIAS - 426 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR

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

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

Queixa de dor

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 11:00h) Paciente relato dor no joelho e queixa de dor.

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica: trauma de joelho e/ou fratura.

SADT - Exames Complementares: ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Diprino 500 mg EV		
Torax 70 mg EV		
COMPLEMENTO		
Fratura platis ilíaca		
Joelho		
h. hemostático		

Dr. Arnaldo J. H. Perez
CRM 155422 / RQE 176
Cirurgia Geral

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker
Data Hora: 29/04/2020 01:45:37



2001238688

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYY3 CRMX8 LSSV3 CN4FD

HCC

data 14.08.2020

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE											
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES					
Identificação do Paciente						5 - Nº DO PRONTUÁRIO					
5 - NOME DO PACIENTE						44407					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO					
206907148055739						10/10/1984					
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						9 - SEXO					
maria do Socorro Alves da Silva						Masculino 1 Feminino 3					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						11 - TELEFONE DE CONTATO					
Rua das Acaias 426 Jardim Primavera						95991729580					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO					
BV						RR					
15 - UF						16 - CEP					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL						21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO						23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA						27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO						29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE						31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA						37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA						39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CNPJ EMPRESA						41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR						45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	CARLOS RAIMA ALVES DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA PLATO TIBIAL L2				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	25	LEITO	DATA	29/04/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06-18 2H
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NIF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				Surpovo
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				Surpovo
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16	Atenção 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

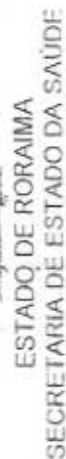
EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Joao Alves Barbosa Filho
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

deixo
deixo 06:00h
84 mg/dl
90mg/dl

ENCAMINHAR AO
CAMARIMHO.



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

DATA 29, 04, 20

NOME DO PACIENTE: _____

Carlos Rafael Alves

SINAIS VITAIS

[illegible]

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Insc. Regular	Clicoseq 50%	Ass. Resp.	HORA	Resultado	Insc. Regular	Clicoseq 50%	Ass. Resp.	HORA	Resultado	Insc. Regular	Clicoseq 50%	Ass. Resp.
07:00					22:00					22:00				
08:00					23:00					23:00				
09:00					00:00					00:00				
10:00					01:00					01:00				
11:00					02:00					02:00				
12:00					03:00					03:00				
13:00					04:00					04:00				
					05:00					05:00				
					06:00					06:00				
					07:00					07:00				
					08:00					08:00				
					09:00					09:00				
					10:00					10:00				
					11:00					11:00				
					12:00					12:00				
					13:00					13:00				

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino





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

DATA 29/04/20

NOME DO PACIENTE: Carlos Raphael Alves da Silva

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A
08:00					135x80	08:00	36,0	81	21								
					138x86	08:00	34,5	80	24								
10:00					135x85	10:00	34,7	82	25								
12:00		76			137x85							06:00	36"	68	22	-	115x68

Glennys Gomes Vales
COREN-RR 247.764-TE

Adriana 666.369
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Are. Perp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Are. Perp
07:30					07:30				
08:00					14:00				
09:00					15:00	90mg/dl			Supna
10:00					15:00				
11:00					17:00				
12:00	87	-		Adrenaline	18:00	92mg/dl			Supna
13:00					19:00				

Enfermeiro
Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro



UT

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu CARLOS RABUCCI ALVES SILVA CPF nº _____

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

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 29 de 04 de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, 29 de 04 de 20 20. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

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 vitima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo com fratura de platô tibial. Hoje admito paciente para programação cirúrgica.

Ao exame: BEG, vígil, 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



Marcos Shimizu
Médico
CRM-RR 2042



... Laudo de Internação SG ...

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

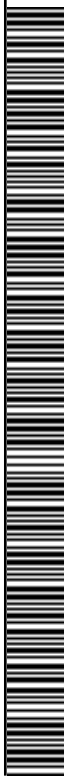
ORTOPEDIA

Eletivo

X

980016282482793

ILDERSON PEREIRA



228

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
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SF 0,9% 500ml EV SN				MANTER
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				SN
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18 24 06 12
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				NTF
11	CURATIVO DIÁRIO				NTF
12					ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
M. A.					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	10/80	69		35.8°C	
12 H					
18 H	130x81	52		35.8°C	
24 H	150/90	103		36.4°C	

Administrado medicações dipirona 1g ev.
+ Omeprazol 40mg ev. paciente s/ queixas,
ssvv realizado no período. não foi adm.
med. simeticona, porque a farmácia não
disponibilizou.

Lucineide A. L...
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.540 TF

NOME DO PACIENTE: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
-----------	------------	---------

Dr. Andrew J. Nathan
Ph.D. 1984

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

BLOCO - GT

NOME DO PACIENTE: CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

HD; FX PLATO TIBIAL,

[illegible]

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI

GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dl

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

Dr. Andrés Santos Marcellino
Médico
CRM 28.190



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	1/5/2020
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				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				06 12 18 24
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	124/84	70		36,1
12 H	110/80	75	-	36,1
18 H	110/70	77	-	36,1
24 H	120/80	74		36,1

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

18hs: Paciente no leito orientado em bom estado geral, aferido sinais vitais realizado medicação 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
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				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
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;
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.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	61	19	36,3
12 H	140x60	69		36,5
18 H	Fora do leito			
24 H	110x70	70	20	36,0

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

12h - 120x80 = 94 mg/dl

07 as 19hs - O paciente medicado com CPN, não administrado o item (5) das 18h e nem os SSVV das 18h, paciente não estava no leito, segue aos cuidados da enfermagem. Tec: 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					
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% 10 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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130/70	-	-	36,1
18 H	120x80	-	-	36,5
24 H	140/81	85	-	36°C

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

→ 12h 30h feito AUP em MSD com gelo 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				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				12/18/2020
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
12	TRANSFUSÃO DE HEMÁCIAS - Gesso				
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.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H	125x77	78	-	36,4°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	150/100	110	-	36,4°C	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	-	-	-	-	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
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				
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					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80	82		36,2
12 H	140/80	87		36,9
18 H	130/70	80		36,2
24 H	113/69	87		36,3

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 1731

05/05 - 12:00 - LOTE CANO, Localizado em CR, Acima Vieta Can, Diminui e Genuíno Imobiliária, Não no momento.

José Antônio
COREN/RB 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	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.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H					Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H					Brundo Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

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.

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

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

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	92/67	64		36,4
12 H	121/62	75		35,8
18 H	140/80	77		34,8
24 H	140/60	75		35,5

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

13/05-12:00- LOTE, DEAMBULAM C/
MURTA, CATIVO, ACUM MURTA
CRM, MURTA E ENCONTRO
PACIENTE, AVI MURTA EM USO
BV
Jetro Nunes
CRM/RR 216.845-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	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 NTR
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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML,
GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SINAIS VITAIS	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	-	36,3	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	136/76	74		36,4	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1731
24 H					

19as 07hs -> Paciente medicada com,
Ter. Benicvalda

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
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				08/12/2020
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; 21U; 251-300; 40U; 301-350;
6U; 351-400; 8U; 2-400; 10 U E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA PA	FC	FR	TEMP
6 H			
12 H			
18 H	102/65	68	36.1
24 H	110/70	77	36.2

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 2231

Adm. medica
dipirona 1g e
nao foi adm.
prazol, porque
farmacia nao
disponibiliza
pet. o medico
nao realizou
no periodo.

Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 066.340 TE

12h Paciente para exame no HMT
18hs paciente no HMT
para exame com
SSVU 3g e
antibiotico 1g e 0.5g
de Euphrasia

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	10/5/2020
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
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 DU/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	95		36,6
12 H	140x90	95		36,2
18 H	120x75	92		36,1
24 H	120x70	82		36,2

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamiriana (Res Ortop)

CRM/RR 2114

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Paciente deitado no leito sem queixas, adm. medicação prescrita, aferido SSVV.
10/05/2020 Paciente no leito
aferido SSVV adm. medicação
C.P.M.
Maria Jesus Silva Dias
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 5043-555

Francenilda P. da Silva
COREN-RR 356.767 AE

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				
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; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

SOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	122/90	77		36.5	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	130/90	80		36.4	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	120/80	82		36	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	90/54	89		36.8	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

07 as 19. Aféido SSV e feto item (5) paciente
refere dor. Segue aos cuidados da enfermagem.

Loedi 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				6h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				08:12:18:24 20:35
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	119x75	85		36.4	Lael Silva (Res Ortop)
12 H	13x8	82	-	36.0	CRM/RR 2015
18 H	122/74	109		36.5	Loamir Viana (Res Ortop)
24 H	125x72	91		36.2	CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

11:55 Paciente no leito. Vencendo SSVV
sem intercorrências aux. Buca.



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
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				06/17/18/24
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:
5UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	114x80	73		35,8°C
12 H	107x59	82		36,7°C
18 H	110x80	80		36,5°C
24 H	110x60	89		36,8°C

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

12:00h Recusou ite S.
SSVV, não ficou os
Raima Marcelle de S. Campello
Téc. Enfermagem
COREM 003.002 - TE

28

não tem na farmácia
relaxar
sem dor.

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		LEITO		DATA	
25		28		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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

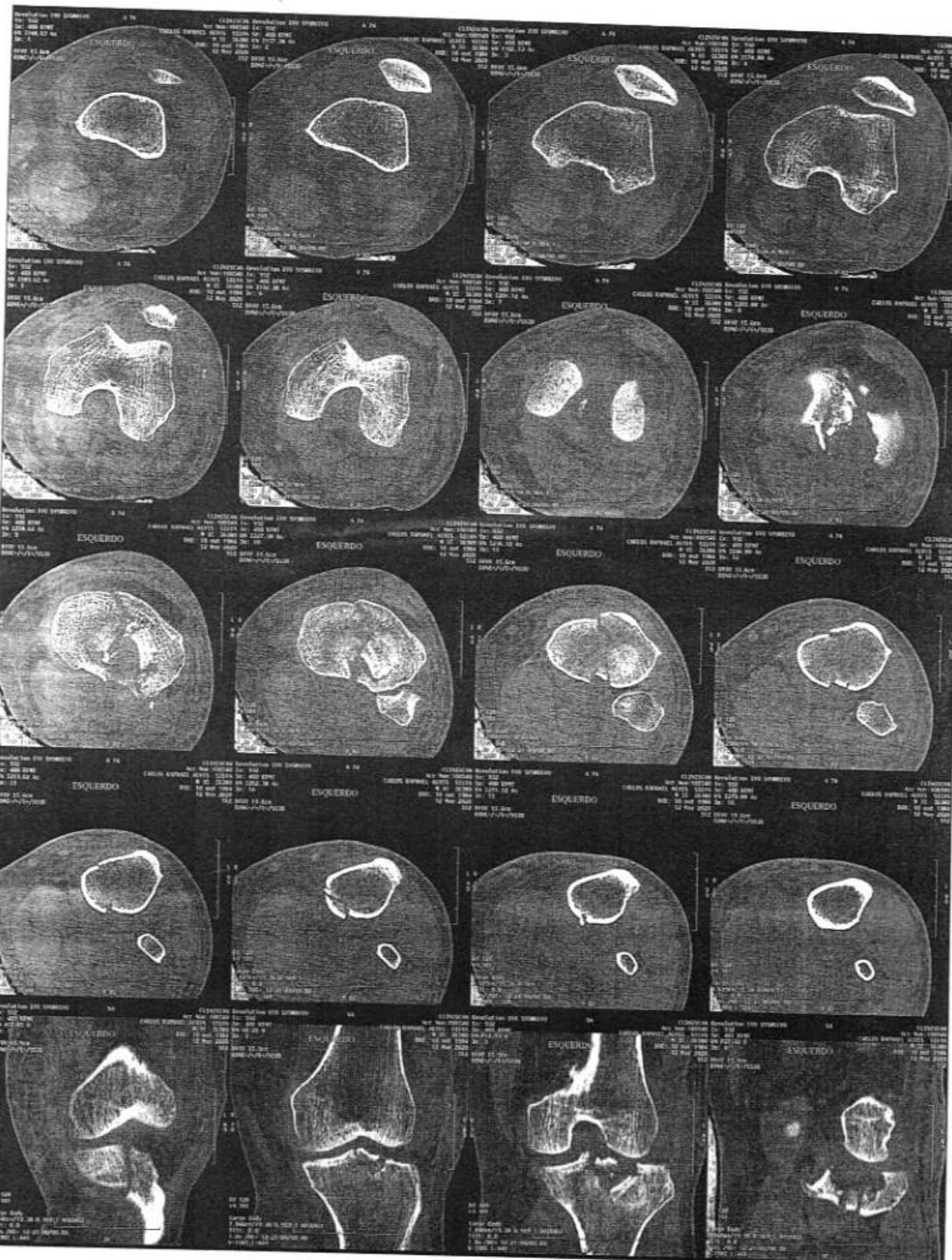
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H	111/72	70		36,2	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	110x70	-	-	36,2	Den Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	130x70	73		36,3	Brúno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	103/65	70		36,6	

12h Realizado medicação e SSVV matutino
e noturno

19 is of paciente notado
Siquieros.

Maurício Pereira da Silva
Atendente de Enfermagem
Copen-RX 461.069 AE

cliniscan



Nome: **CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA**

Data: 12/05/2020 Idade: 35A Procedência: HGR

Cód. Pac.: 56380

Médico Solicitante: DOMINGOS SAVIO

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 representa 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,

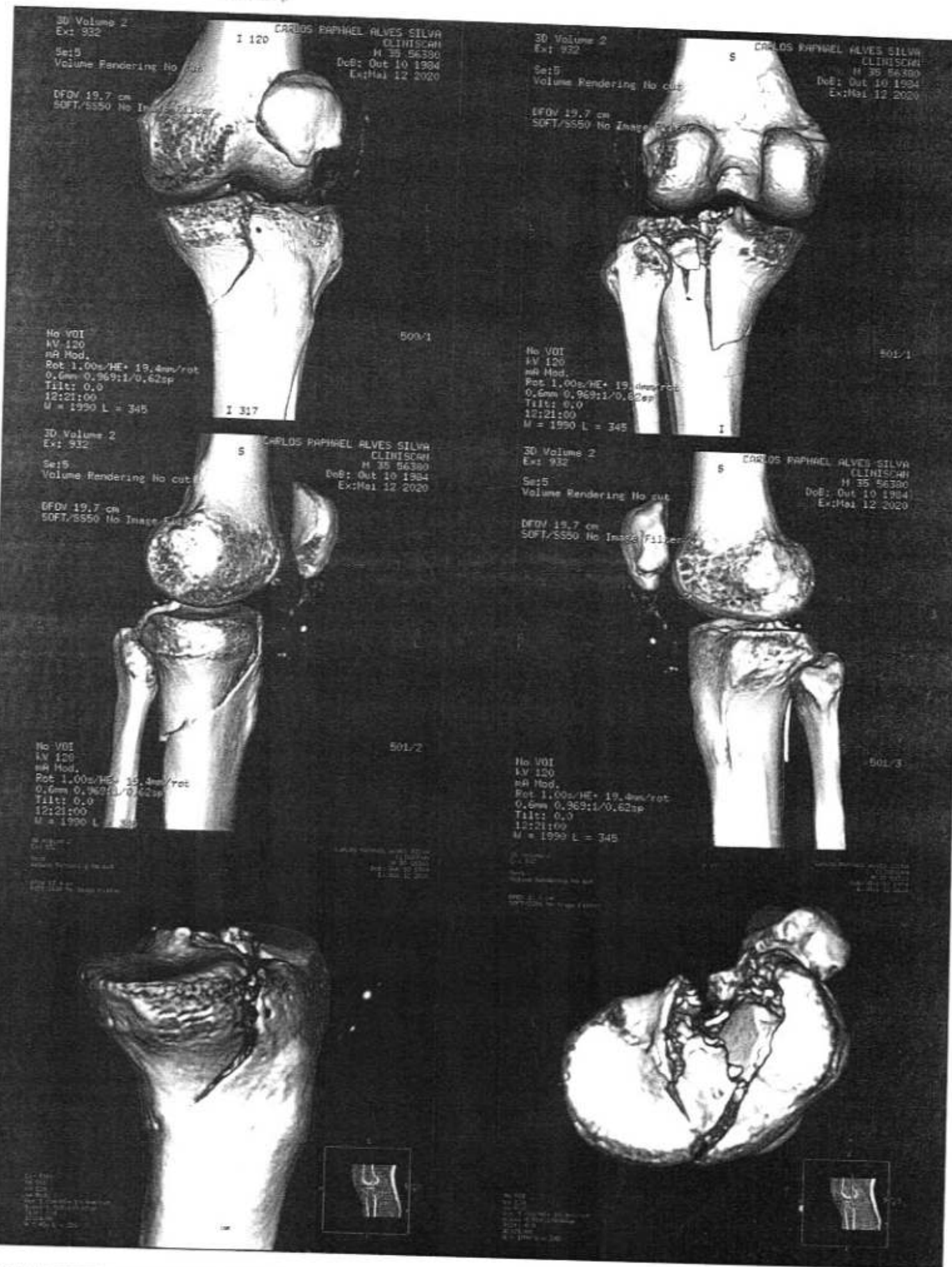

Dr. Paulo Emerick
CRM (RR) 2091 /RQE 778
Médico Radiologista
Membro Titular do Colégio
Brasileiro de Radiologia

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO

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



CLINIScan





49.97

49.64

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR		Nº 013774944856	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		RR Nº 013774944856 BILHETE DE SEGURO DE	
PLACA	01194793999	ESTES E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
HONDA/NXR150 BROS ESDD		www.seguradoralider.com.br	
2019		SAC DPVAT 0800 022 1204	
293.101.983-15		EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/06/2019	
HONDA/NXR150 BROS ESDD		MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESDD	
2019		Nº CHASSI 9C2KD0810KR209513	
2019		PRÊMIO TARIFARIO	
2019		FMS (R\$) R\$21.03	
2019		DENATRAM (R\$) R\$2.84	
2019		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$23.37	
2019		CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	
2019		TOTAL A SER PAGO (R\$) R\$51.07	
2019		PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	
2019		DATA DE OUTORGAS 14/06/2019	
2019		SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
2019		CNPJ 09.248.606/0001-04	

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA

CPF do beneficiário: 852.823.592-00

Nome do solicitante: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

CPF do solicitante: 527.942.903-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9167-8685 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail: SANTANAGUIMARAESRAC@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 MATRÍCULA DO AGENTE
(DESCREVER)

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

VENHO PEDIR REANÁLISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA
CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÁFICO (DAT)
ASSIM COMO TAMBÉM NOVA FURCA E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA
NÃO HAVENDO MOTIVOS PARA TÁIS EXIGÊNCIA, UMA VEZ QUE O
REGISTRO JÁ FICOU ASSINADO ELETRONICAMENTE NO SISTEMA DA
DELEGACIA ON-LINE POR SEU DELEGADO TITULAR.

JOAO VISTA-PR, 08/10/2020

Lócal e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 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 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: 69312-834, 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 RENAVAL 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 ELETRONICAMENTE

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



Carlos Raphael Alves Silva
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 CAMILO DAMASCENO, 359
BAIRRO: CENTENARIO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.312-634

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

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 114876399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GULBERG Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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

