

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 12	30/12/2020 10:34:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776795CONTESTACAO01.pdf	Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2776795CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
11	22/12/2020 12:38:53	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
 10	22/12/2020 12:38:43	JUNTADA DE ANÁLISE DE PREVENÇÃO	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
9	18/12/2020 15:34:32	RENÚNCIA DE PRAZO DE CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/12/2020) LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		
8	18/12/2020 15:34:26	(Pelo advogado/curador/defensor de CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA) em 18/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7. EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		
7	18/12/2020 13:26:39	Para advogados/curador/defensor de CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/12/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
 6	18/12/2020 10:39:11	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado		
5	15/12/2020 17:15:58	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	15/12/2020 17:15:58	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	15/12/2020 17:15:58	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	15/12/2020 17:15:58	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
 1	15/12/2020 17:15:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		



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

Rio de Janeiro, 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





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



Carta nº 162226119

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:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.312-631

15 - E-mail:

SANTANAGUIMARAESRE@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(85) 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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 20 681 0

(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)

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 (na 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

29 - Se tinha filhos, informar

Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

nascer?

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Não

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

pais/avós vivos?

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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 18/05/2020

Carlos Raphael Alves Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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 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	A POLICE 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 ACCELERAR 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° 852.923.592-00, PORTADOR DA CEDULA DE IDENTI-
Dade SOB N° 539422198 SSP/SP, RESIDENTE e DOMICILIADO NA RUA
RAMIRO DANTAS CERVO DA SILVA N° 359 BAIRRO: CENTENÁRIO CEP. -
69.312-634. NESTA CAPITAL BOA VISTA - ESTADO: RORAIMA.

VENHO INFORMAR A SEGURODORA LIBER DOS CONSOcIOS DPVAT
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 COVID.
19. 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 TAMBÉM AS INFORMAçõES TAIS
COMO:

PLACA, ANO DE FABRICACãO, MODELO, CHASSI, RENAVAN, NOME DO PROPRIETÁ-
RIO, COR, ASSIM COMO TAMBÉM AS INFORMAçõES DO OCORRIDO NO
REFERIDO ACIDENTE, DIANTE DO EXPOSTO IMPossIBILITA UM NOVO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

A DEMais ESSE DOCUMENTO É ASSINADO ELECTRONICAMENTE PELA
DELEGACIA VIRTUAL PELA SEU DELEGADO TITULAR NESTE LOTES.

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: V/A 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 POL'CIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POL'C'AL C'V'L
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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: 852823592-00

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 627-942-693-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (15) 97167-9665

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANA.GUIMARAES88@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
(DESCRIVER)

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

VENHO Requer REANALISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NAME FORNECEU E MATRICULOU AO AGENTE DE POLÍCIA NAO HAVENDO MOTIVOS PARA TAL EXIGENCIA, UMA VEZ QUE ESSE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELECTRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-Line POR SEU DELEGADO TITULAR.

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 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, 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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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



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:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA RAMIRO DAMASCENO DA SILVA

9 - Número:

359

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTENÁRIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

69.312-631

15 - E-mail:

SANTANAGUIMARAESRE@GMAIL.COM

16 - Tel (DDD):
1931 99169-3685

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: 20 681 0

(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 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 (na 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

29 - Se tinha filhos, informar

Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

nascer?

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 18/05/2020

Carlos Raphael Alves Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

RORAIMA ENERGIA

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

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 DANASCENO 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 6812

kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este número:
0832588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.436/0001-44 | Istr. Estadual: 24.000.022-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-I
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 366/T3

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 **FCAN***
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 16.436 de 25 de abril de 2002.

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

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

CPF: 00087606658249

DADOS DA LEITURA							
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	23/07/2020	Dias de consumo:	30
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020				
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA							
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1. 1. 1. 2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001196	NORMAL	CONVENC		
DADOS DA LEITURA (kWh)							
	TOT/PTA	INMETAD	NBB	INMETAD	INR	INMETAD	UVW
Leit. Atual	27842		FPONTA	FPONTA	INTERNET	INTERNET	RESERVADO
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduos							
Medido	298						
Faturado:	298						
CONSUMO DESCRIÇÃO DO CONSUMO							
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 298 A R\$ 25,95 29,82							
OUTRAS INFORMAÇÕES							
TAXA DE TRIBUTO: R\$ 298 - 0,0777%							
0	12	13	14	1239	194	106	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 Feijó Grinheiros, 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 ACIO 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	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Novo Caná	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.Grinheiros@gmail.com	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	195199169-3685

Boa Vista 19 de Agosto de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante

29/04/2020

cancelado Guia de Atendimento 17

Voto
NOTA
PT

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSPE Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo
Verde Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2001238688	29/04/2020 01:41:52	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	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	Naturalidade
				M	NAO	PARDA	BRASILEIRA
Mãe	MARIA DO SOCORRO ALVE SDA SILVA			INFORMADO		Contato	
Endereço				COSMO SILVA		(95) 99172-9580	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.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Type 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						
<i>Queda de moto</i>							

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente caiu de moto. Dáns de joelho e queixa se de dor.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

trauma de joelho e fratura.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

Diprano 0g en

Tomografia 70g en

Tomografia

França placa 16x

*Analaldo J. H. Pereira
CRM-R/RR / RCE-116
Cirurgião Geral
Cirurgião Plástico*

litho

litho

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para *dr. rego*

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

100% de identidade garantida
versão 2.1.0.0 - 2019/04/23



2001238688

HCC

Válida 14.02.2020

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

JGh
JGh

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
44407

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

406907648055739

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/10/1984

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição Alves da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991729580

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua das Acacias 426 bairro Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

foche acidente, quedou de
e hantase funcional jodão co

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Churro

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVIAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Pé ferido e/

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRACTURA PLATO TIBIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01001000 PLATO TIBIAL hcr

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

CINASC

URGÊNCIA

CNS

CPF

51595062217

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

Tereza Lopes Aguiar 29/04/20

CONSELHO
LOPES AGUIAR
CRF-SP

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 SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

0308010019

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

5021 1068
V799

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE <i>Carlos Ribeiro Alves da Silva</i>				
AGNÓSTICO <i>Pronto Plano Tibial</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE 25	LEITO		DATA 29/09/10	
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 1XDIÁ			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 8/8 h			Ntf
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			(Suspens)
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (Suspens)			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			Afiricar
14	CURATIVO DIÁRIO			Anotar
15				
16	<i>Policlínica p/ cirurgia</i>			
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, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORDADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

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

*deixar 06:00 en
84mg/dl*

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ENLAZINAR AO

CONTINUO.

DATA 29/09/20

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTACÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HIGR

NOME DO PACIENTE: *João Rafael Alves*

SINAIS VITais											P.A
:						:					
:						:					
:						:					
:						:					
:						:					
:						16:00					
:											
:											
:											
:											
:											

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEX'TRO

HORA	Resultado	Ins. Regulat.	Cilíaco 50%	Alpha 1gip	HORA	Resultado	Ins. Regulat.	Cilíaco 50%	Alpha 1gip	HORA	Resultado	Ins. Regulat.	Cilíaco 50%	Alpha 1gip
07:30					13:30					22:00				
08:00					14:00					01:00				
09:00					15:00					02:00				
10:00					15:30					04:00				
11:00					17:00					06:00				
12:00					18:00									
13:00					19:30									

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro

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



卷之三

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANEXAÇÕES DE INFERNAGEM - SALA DE RCP /

rules Raphael Nunes da Silve

MODÈLE DE PREDICTION

SINAIS VITais										P.A	
HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A
08:00						08:00	34,0	81	21	135x80	:
:						08:00	34,5	80	24	138x86	:
09:00						09:00	34,7	82	25	135x85	:
:						:				:	
09:00						09:00	34,85			136x85	
:											
09:00						09:00	36*	68	22	-	135x68

GEMALDE: WEGEN
CO-A-FR 247.764-TE

Assinatura e Carimbo

Assinatura P Cambo

REALIZAÇÃO DE DEXTRÔ

G. E. M. BROWN

Entfernung Versortung

Enfrentando Vespaferino



UT

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

Eu CARLOS PAULINO ALVES FILHO CPFnº _____

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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 29 de 04 de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 2020. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico _____
Jesus A. Lopez Aguirre
CRM 806

Assinatura/carimbo do Medico 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 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

Marcos Shimati
Médico
CRM-RR 2042

... Laudo de Internação SG ...

LT28

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
PACIENTE	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	25	LEITO	28	DATA
ÍTEM	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			18/04/2020
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18/04/2020
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			SN
10	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H			ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO			NTF (14/04/2020) 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 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<p style="text-align: right;">M. A.</p> <p>Marcos Shimmi Médico - 12 CRM-R 103</p>				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	101/80	69		35,8°C
12 H				
18 H	130x81	SL		35,8°C
24 H	150/90	103		36,4°C

Administrado medicamentos via venosa 1g IV.
+ Omeprazol 40mg IV. paciente se queixou,
exsuv realizados no período. Não foi adm.
med. simeticona, porque a farmacia não
disponibilizou.

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

Lucineide

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

MICO-GT

SOME DO PACIENTE: CABLOS RAPHAEL ALVES DASILVA

HD-EQUIPMENT

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 + CCGG 6/6h	
	11. Curativo diário	
	12. Transferir ao Hospital Canarinho e realizar programação cirúrgica com a equipe da Ortopedia.	

L. B. A. J. P. Montes
1904

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

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
GHI 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				

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

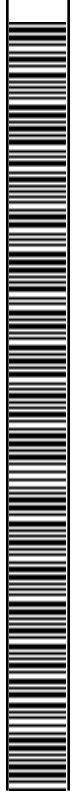
BLOCO - GT	28											
NOME DO PACIENTE:	CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA											
HD: FX PLATO TIBIAL												
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO										
30/04/2020	1. Dieta oral livre											
	2. AVP											
	3. SF 0,9% 50ml EV S/N											
	4. Dipirona 500mg EV 6/6h											
	5. Omeprazol 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 S/N											
	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.											

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
PA	
FC	
Tax	
FR	
Evacuação	
Diurese	
Dextro	
Insulina Regular	
SNG	
Dreno	

*Dr. André Henrique Marçal
Médico
CRM-ES 1904*



20

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
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				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: 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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITÁPA	FC	FR	TEMP	
6 H	127/82	X0	36°	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	110/80	75	-	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	110/70	77	-	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	126/80	X4	36°c	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

18hs: Paciente no leito orientado em bom estado
geral, aferido sinais vitais realizado medica-
ção 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				6/18h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				08/20/18/24
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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	61	19	36,3	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	140x60	69	20	36,5c	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	Força do leito				Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	110x70	70	20	36,1	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

$$12h - 10extro = 94 \text{ mg/dl}$$

07as 19hs - Paciente mediu os CPs, mas administrado o item "5" das 18hs e seu SSVV das 18hs, paciente não estava no leito, segue aos cuidados da enfermagem. Ter: 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					
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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML.
GLUCOSE 50% ID 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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

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

— 30/05/2020 10:45 AM em MSB com celo nº 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			X	
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 X	
9	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA	
10	CURATIVO DIÁRIO			MANHÃ	
11	CURATIVO DIÁRIO			MANHÃ	
12	TRANSPORTE P/ HGR - GESSO			MANHÃ	
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: 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 .

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	125x77	78	-	36,4°C	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	150/160	330	-	36,4°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	-	-	-	-	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	121x80	91	-	37,1°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

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 CORRECÃO 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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H	120/80	82		36,8	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	140/80	87		36,9	Den Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	130/80	89		36,9	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	130/80	87		36,9	

05/05 - 10:00 - LOTE CANO, Localizado em CR, Aceite viável óptimo, Diluir e恩特里 suspiro não no humor.

Jetro ^{análises}
COREN/RR 216.645 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
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA: 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					

#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					Bruno-Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
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
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: 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 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					Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
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)
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 CORRECÃO 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 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				

13/05-12:00 - HSTE, JEANINIUM C/
muita, calmo, acom. nenh
CRM, durec e endame
paciente, AVI juz em uso
BV
Jetra 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
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) NTF
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			ROTTINA
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; 2-400: 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					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	121/72	83	-	36.2	Dan Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	136/76	74		36.7	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H					

19/05/2020 07hr → Paciente medicado cpm,
Tec: Benivaldo

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				RTF 6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12/16/2020
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					
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 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	36,6		Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 2231
24 H	110/70	77	36,2		

12h Paciente para exame no HMf
18hs paciente no reum
peso muito baixo
ressaca severa
entoracal respir obstrutiva (41007945)

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				(6x)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06-N 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					
18					
19					
20					
21					
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 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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x70	95		36,6	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	140x90	95		36,2	Loamiriana (Res Ortop) CRM/RR 2114
18 H	120x75	92		36,0	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	120x70	82		36,2	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Pronto Diáriamente paciente no leito sem queixas, adm. medicos prescritas, período SSVV fixado
10/05/2020 Paciente no leito

Francenilda P. da Silva
COREN-RR 355.767 AE

Maria Jesus Silva Doutor
Tec. em Enfermagem
COREN-RR 355.755

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				21 AD 06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CП 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 VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	122/90	77		36,5	
12 H	130/90	80		36,1	
18 H	120/80	82		36	
24 H	90/54	89		36,8	

OAB (07 as 19. Apendo ssw e foto item (5) paciente
referiu dor. Segue aos cuidados da enfermagem.

Loedit 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)
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 GICOSÉ ≤ 70 DL/ML. GLICOSÉ 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	119x85	85		36,4
12 H	13x8	82	-	36,0
18 H	120/79	104		36,5
24 H	125x72	91		36,2

11-5 paciente no leito. Vençando 55000
sem intercorrências. ass: Biulha.

2.8

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		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					
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 90% 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 .

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 VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	114x80	73		35,8°C	
12 H	107x59	81	2	36,1°C	
18 H	110x80	80		36,5°C	
24 H	110x60	89		36,8°C	

12:00h Reasons it is S.
SSVV, nojicosos

Joana Manoel de S. Cunha
Téc-Enfermagem
COREME/RR/2012-TE

23

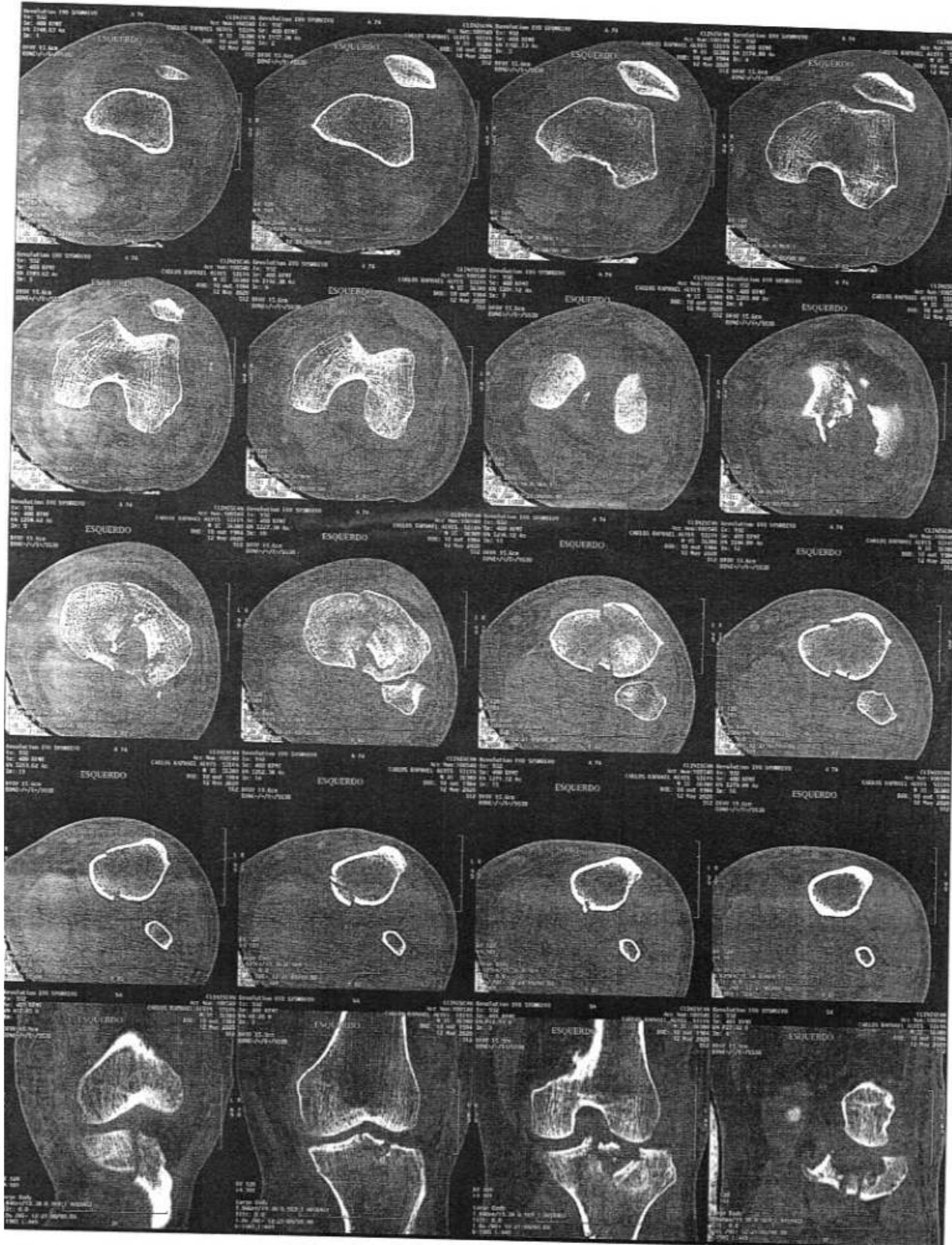
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE CARLOS RAPHAEL ALVES DA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX PLATO TIBIAL			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	28	DATA	6/5/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
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 .

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	Dem Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	130x70	73		36,3	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	103 65	75		36,6	

12h Realizado medicão e SSVV matutina
taran

19/07 paciente norte
si queiroz. *Marcos Pereira da Silva*
Assessor de Enfermagem
Coren-RR 461.069 AE



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjoiudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJYY3 CRM/XB LSS/V3 CN4FD





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 / cominuação 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 tíbia 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)

CLINISCAN
A New Dimension

3D Volume 2
Ext: 932

Set:5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56300
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

3D Volume 2
Ext: 932

Set:5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56300
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

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

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

I

501/1

3D Volume 2
Ext: 932

Set:5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56300
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

3D Volume 2
Ext: 932

Set:5
Volume Rendering No cut

DFOV: 19.7 cm
SOFT/SS50 No Image Filter

S CARLOS RAPHAEL ALVES SILVA
CLINISCAN
M 35 56300
DoB: Out 10 1984
Ex: Mai 12 2020

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

501/2

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

501/3

501/2

501/3

11/4/2006

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYY3 CRMX8LSSV3 CN42D

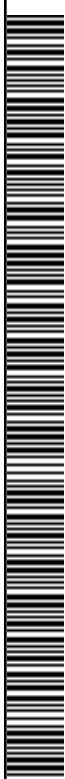




49.64

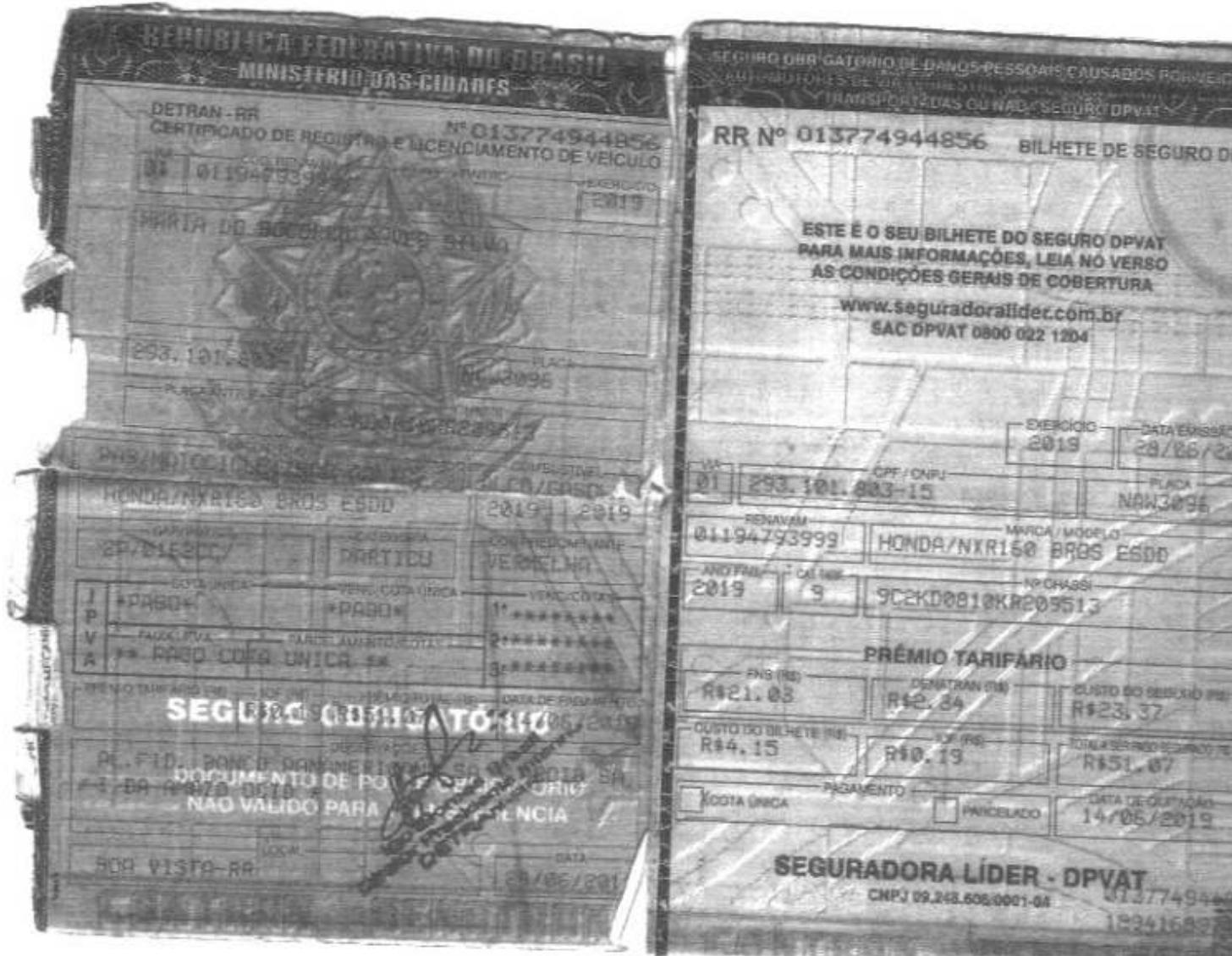
49.97

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



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





RECEBIMENTO 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: 852823592-00

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 627-942-693-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (15) 97167-9665

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: SANTANA.GUIMARAES88@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
(DESCRIVER)

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

VENHO Requer REANALISE EM VIRTUDE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA CONSTAR CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (DAT) ASSIM COMO TAMBÉM NAME FORNECEU E MATRICULOU AO AGENTE DE POLÍCIA NAO HAVENDO MOTIVOS PARA TAL EXIGENCIA, UMA VEZ QUE ESSE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELECTRONICAMENTE NO SISTEMA DA DELEGACIA ON-Line POR SEU DELEGADO TITULAR.

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 POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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



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 RAMIRO DANTASCEAO, 359
BAIRRO: CENTENARIO CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP 69.312-624.

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

OUTORGADA:

NOME: JOSÉ SANTANA PEREIRA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ATONOMO
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 N° 312 BAIRRO: Nova Campina

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/09/2020

Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

CPF: 627.942.803-68

Data do cadastramento: 23/09/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

