

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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366947

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

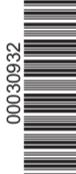
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.705.762-08 4 - Nome completo da vítima: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 008.705.762-08

7 - Profissão: ECONOMISTA 8 - Endereço: RUA FESTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CONCEIÇÃO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048

15 - E-mail: SANTAFAGIAGV1.MARAEIRRP@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (951) 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 comprovação anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 28958719 (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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não efetivado 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)

40 - Local e Data, 10/08/2020

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/07/2020 05:58:58 Data/Hora Fim: 05/07/2020 05:58:58
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 019510 Data: 05/07/2020
 Delegado de Policia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/07/2020 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caçari

Logradouro: AV. VILLE ROY

Ponto de Referência: CORUJA BURG

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ FELIPE DA SILVA BEZERRA (TESTEMUNHA)	Sexo: Masculino	Idade: 22
Nacionalidade: Brasileira		
Profissão: Fisioterapeuta		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 108009

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MARIA ALVES DA CUNHA

Bairro: Caçari

Telefone: (95) 99112-1984 (Celular)

Nº: 532

Nome Civil: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA (ENVOLVIDO)	Sexo: Masculino	Idade: 22
Nacionalidade: Brasileira		

Naturalidade: Boa Vista - RR

Documento(s)

RG: 373057-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA POSTAL

Bairro: Jóquei Clube

Telefone: (95) 99147-4180 (Celular)

Nº: 78

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)	Representante: Denys Barbosa
Ramo de Atuação: Órgão público	

Fis: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição AUTOMÓVEL	CPF/CNPJ do Proprietário 292.769.932-15
Placa OAM4592	Renavam 00996722033
Número do Motor CGY130974	Número do Chassi 9BGKS69L0EG320005
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor AZUL
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo CHEV/PRISMA 1.4MT LT	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 26/09/2019
Situação do Veículo RENAINFO - RESTRIÇÃO_JUDICIALFILEVEICULOS - ALIENACAO_FIDUCIARIAFILEVEICULOS - RENAJUD - RECALL	

Nome Envolvido

Ivan Gerson Freitas Ferreira

Envolvidos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O ROP PM EM ANEXO:

SENHOR DELEGADO:

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ACIMA, ONDE O ITEM 02 (LUIZ FELIPE) INFORMOU QUE VINHA EM SEU VEÍCULO QUANDO VISUALIZOU O ITEM 01 (IVAN GERSON) DIRIGINDO UM VEÍCULO PRISMA, NA COR AZUL, PLACA OAM 4592 (AM), ONDE O MESMO AFIRMA QUE O ITEM 01 IAVA NA SUA FRENTES QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A COLIDIR EM UM POSTE DE ENERGIA ELÉTRICA, QUE DEVIDO AO FORTE IMPACTO O VEÍCULO FICOU TOTALMENTE DESTRUIDO E O MOTOR DO VEÍCULO FOI PARAR EM UM TERRENO BALDIO, QUE O POSTE FICOU SENDO SUSTENTADO SOMENTE PELOS FIOS DE ALTA TENSÃO, QUE A EQUIPE DO SAMU ESTEVE NO LOCAL E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS, CONDUZINDO O ITEM 01, PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, QUE FEITO CONTATO COM O POLICIAL MILITAR DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL, O MESMO INFORMOU QUE A EQUIPE MÉDICA DISSE QUE O ITEM 01 ESTAVA COM MÚLTIPLAS FRATURAS E SEU ESTADO ERA GRAVE, QUE ESTA GUARNIÇÃO CONSEGUIU FAZER CONTATO COM O PAI DO ENVOLVIDO, SENHOR GERSANIAS FERREIRA, 59 ANOS (99111-1839) DO ACIDENTE, ONDE FORAM REPASSADOS OS PERTENCES DO MESMO QUE ESTAVA NO VEÍCULO, QUE INFORMO QUE DEVIDO AO ENVOLVIMENTO NO ACIDENTE ESTÁ EM ESTADO GRAVE, E NÃO CONSEGUI REPASSAR NENHUMA INFORMAÇÃO, FOI POSSÍVEL CONSTATAR QUE O VEÍCULO NÃO ERA DE SUA PROPRIEDADE E DE QUE FOI TENTADO POR DIVERSAS VEZES A LOCALIZAÇÃO DO PROPRIETÁRIO CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO DO VEÍCULO EM ANEXO, QUE O VEÍCULO FICOU NO LOCAL E O PAI DO ENVOLVIDO INFORMADO PARA QUE TOMASSE AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS PARA GUINCHÁ-LO, ERA O QUE TINHA A RELATAR.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019137/2020

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha

Agente Carcerário

Matrícula 42000372

Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (me) (não) responsável pelas informações acima essentadas e certe que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo origem, conforme previsto nos Artigos 335-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro".

DATA
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.705.762-08 4 - Nome completo da vítima: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA

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

5 - Nome completo: JUAN GERSON FREITAS FERREIRA 6 - CPF: 008.705.762-08

7 - Profissão: ECONOMISTA 8 - Endereço: RUA FESTAL 9 - Número: 78 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CONCEIÇÃO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-048

15 - E-mail: SANTAFAGIAGV1.MARAEIRRP@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (951) 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 comprovação anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU BANK

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 28958719 (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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não efetivado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 10/08/2020

JUAN GERSON FREITAS FERREIRA



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Barreto, 671 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Para contatar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO:

0032588-0

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 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
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA
CPF: 00087608650249

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh
	TOT/PTA	TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

DESCRICAÇÃO DA CONTA					
CONSUMO	298	A R\$ 0,755234 =	225,05		
ILUMINACAO PUBLICA			29,02		

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE METRAGEM
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 298 - 0,617770	0 62 75 89 1239 194 1 206 289 323 296 298

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

1^ª Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	
0001254275	05/07/2020 01:56:51	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	IVAN GERSON FREITAS FERREIRA	05/07/1997	23 A 0 M 0 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE				M	NAO	PARDA	BRASILEIRA
Mãe					INFORMADO	NI	Contato 99111-1837
NI							Ocupação PAT
Endereço	RUA -- SN -- BOA VISTA - RR						
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 CARRO	URGÊNCIA						
Selar	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Vendo p/ o Samu feriu muito forte + cobra cerval. Danos fratura cervical. Danos fratura cervical. Sintoma em MS e engorgo ex. MUITO.						
Exame Físico	Pode Colocar no de Velocidade (Corre x post) Cae ojo só do meu para o de Vaca.						
Hipótese Diagnóstica	TC Infarto Myocárdio Sintomas Palpitações (coração e pulmões) + febre forte de 100						
SADT - Exames Complementares	Rx de címbalo de fatorado PT: 116x63						
(<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:	SP02: 98%						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
ISEQ 94. 1000 ml EV (gab) Transtal 100 mg IM				8:00 30h.		Farto	
ENVIAR PARA CENTRO CARDIOLÓGICO							
Conduta	Dr. Max Sampaio Medeiros Cirurgião Geral Consulta: 673 Data e Hora da Saída/Alta:						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica)						
Assinatura do Paciente ou Responsável Dr. Edson M. Vaz Cirurgião Geral Consulta: 673 Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: rosivan.barros Data Hora: 05/07/2020 02:00:03							
 2001254275							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/07/2010 O.S. _____

M. J. M. G. S. S.
N. M. M. P. D. S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

Dr. Mário Souto Maior
Ortopedista e Traumatologista
Médico do Trabalho
CRM 434 - PSC 023

Auxiliar:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Acesso + anti-inflamatório
- curados expêndis:
- resecção expurgo granul convérto
① cura + lúpula granul infelido
- feridas desinfecções + pez de gás
- issostase ótima desvascularização
e laringotomia - inalável 01
- elevação da face:
- pez de gás + lúpula granul infelido
- curado expurgo granul infelido



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE: <i>WAN GESSON FELIXES FERREIRA</i>				
AGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>Saúd</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>Monta</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>Sn</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>Sn</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>Sn</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>at m</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>18 24 06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>Sn</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>24 06 12 13</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>18 06</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15	<i>Dr. Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Médico de Plantão CRM-RR 694 RG 194-RCB-926</i>			
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORÓDÓ, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



CC-MLI

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDADATA: 05/07/2020PACIENTE: WILSON LIMA VASCONCELOS PEDROZI DN: / /DIAGNÓSTICOS: DOENÇA DE LEBER

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: VIA ORAL () SNE () OUTRA _____4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM NÃO
() AGUARDANDO _____8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
~~Tratamento com ceto dietoterápica~~
~~Medicação para controles de crises~~
~~Controle da glicose~~

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

~~Evolução estável~~
~~Continua com controle das crises~~
~~Continua com controle da glicose~~Boa Vista, 05 de 07 de 2020. Hora: _____

Dr. Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____

NIR

Anexo I

Atividade: 03 - 04 - 2023

NIR

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		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
GENEVIM DE JESUS FERREIRA		180913		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
		05/07/1997		
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
Masculino		Família		
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
DDD 95991144839		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP
PR		4R		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
- Dor nas costas				
- Dor no lado esquerdo				
- Dor no lado direito				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
- Dolor intenso				
- Dolor constante				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
- Radiografia de lombar + Lim L				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Dr. Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia				
26 - CÚMICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - DOSSIER DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (CNS/CPF)		29 - DOSSIER DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE (CNS/CPF)		
28 - CNS		29 - CNS		
ROG 134 ROG 134		ROG 134 ROG 134		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				40 - CNAE DA EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		41 - CBOR
() EMPREGADO				
() EMPREGADOR				
() AUTÔNOMO				
() DESEMPREGADO				
() APOSENTADO				
() NÃO SEGURO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
				0408020547
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		5520
(17/20)				V299



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366947 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P 2 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA COM LETRA ILEGÍVEL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

CPF: 008.705.762-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: IUAN GERSON FREITAS FERREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: Autônomo
CPF: 008.705.762-08 ENDEREÇO: RUA POSTAL N° 78
BAIRRO: JOGOVI CLUBE CIDADE: BOA VISTA - Roraima
CEP 69.313-048

VÍTIMA: IUAN GERSON FREITAS FERREIRA
CPF: 008.705.762-08 DATA DO SINISTRO: 05-07-2020
NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA :

NOME: José Santana Freitas Grinaraes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 11486399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SEPTIMA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GIPEAO N° 312 Bairro: Nova Canaã

PODERES:

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

Boa Vista - RR, 23 de Setembro de 2020

IUAN GERSON FREITAS FERREIRA
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289860/20

Vítima: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

CPF: 008.705.762-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2020

Titular do CPF: IVAN GERSON FREITAS FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVAN GERSON FREITAS FERREIRA : 008.705.762-08

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO