
Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331934

Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Data do Acidente: 07/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO RENOVATO DA 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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331934

Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Data do Acidente: 07/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000003287-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



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: 609516302-10 4 - Nome completo da vítima: Reginaldo Benvenuto da 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: Reginaldo Benvenuto da Silva 6 - CPF: 609516302-10

7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Nova Martins Almeida 9 - Número: 63 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.387.556

15 - E-mail: blaur@hot.com 16 - Tel. (DDD): (95) 984045368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 3287 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 16/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Reginaldo B. da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/08/2020 12:20:09 Data/Hora Fim: 05/08/2020 12:20:09
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/06/2020 17:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Caranã
Logradouro: Av; Parimé Brasil/ Rua; Sd pm django da silva
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: TATIANA GUIMARAES SILVA (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 08/06/1993 Idade 27
Profissão: Bancário Escolaridade: Pós-Graduação
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca Maria de Sousa Nome do Pai: Reginaldo Renovato da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua; P Nº: 158
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 98114-3925 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ERNESTO RODRIGUES QUEIROZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1958 Idade 61
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Sebastiana Rodrigues Queiroz Nome do Pai: Ivan Florentino de Queiroz

Documento(s)

RG: 24.686

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA:DJANGO DA SILVA Nº: 588
Bairro: CARANA
Telefone: (95) 98411-8014

Nome Civil: REGINALDO RENOVATO DA SILVA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 08/08/1961 Idade 58
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)

Fls: 2

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

Nome da Mãe: Teresa Renovato da Silva

Nome do Pai: Jose Lopes da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua; P
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99114-4764 (Celular)

Nº: 158

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 704.371.813-91

Renavam 00255896310

Número do Chassi 9C2JC4220AR382918

Cor ROSA

Município Veículo Boa Vista/RR

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran 17/09/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUI8460

Número do Motor JC42E2A382918

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS - RENAINF

Nome Envolvido

Reginaldo Renovato da Silva

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 077.464.742-68

Renavam 00143568841

Número do Chassi 8AP17201MA2034843

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista/RR

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran 28/06/2020

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NAZ0085

Número do Motor 310A2011*8725284*

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

UF Veículo RR

Marca/Modelo I/FIAT SIENA ELX FLEX

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo RENAINF -
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido

José Ernesto Rodrigues Queiroz

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que a comunicante vem informar que na data do dia 07/06/2020 seu Pai Reginaldo Renovato da Silva, estava conduzindo sua motocicleta pela avenida Parimé Brasil sentido bairro /centro e que no cruzamento com a Rua sd pm django da Silva o mesmo foi colidido pelo veículo de placa-NAZ-0085, conduzido pelo senhor Ernesto Rodrigues Queiroz, e que Senhor Reginaldo Renovato sofreu varias lesões pelo corpo e que o mesmo foi conduzido pelo SAMU para o pronto socorro do HGR, e que a comunicante informa que seu Pai está recebendo ajuda do senhor Ernesto e que está registrando o Boletim de ocorrência para efeitos de seguro DPVAT. e que Senhor Reginaldo Renovato nao tem interesse em representar criminalmente contra a outra parte. e que não houve a presença da PM e nem a pericia no local. é o relato.




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL


DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

ASSINATURAS


Valdir Pereira da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 42000159
Responsável pelo Atendimento



Tatiana Guimaraes Silva
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000003287-2

Nr. da Autenticação 79BF461EC6A65822



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0140520-9

RORAIMA ENERGIA S.A.

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

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

Nº DA NOTA FISCAL

5776648 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\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	536	465,40

FRANCISCA MARIA DE SOUSA OLIVEIRA
CPF: 00070437181391
R. MARIA MARTINS ALMEIDA 61 - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-556 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	12/08/2020	Anterior:	14/07/2020
Emissão:	11/08/2020	Próxima leitura:	11/09/2020
		Apresentação:	12/08/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	16LDT00991	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO
Leit. Atual	17516						
Leit. Anterior	16980						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	536						
Faturado:	536						

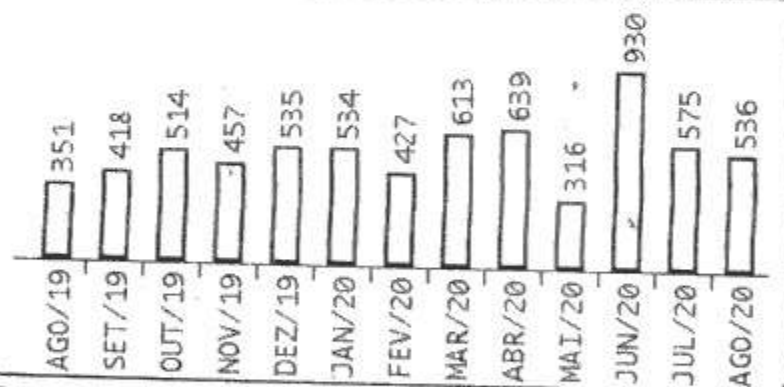
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	536 A R\$ 0,786015 =	421,30
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00		0,89
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,11
MULTA POR ATRASO 06/20-00		14,14
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		3,30
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 536 - R\$ 0,617778

Média 12 meses: 525

HISTORICO DE MEDICAO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
07/2020 468,15

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 2C19.C0F9.CC19.FA59.0D02.B36A.6F35.D841

COMPOSICAO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	221,56	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	97,03	Limite	9,24	18,49	36,99
Transmissão:	0,00	Realizado	0,00		
Encargos:	0,00	IEG	Mensal	Trimestral	Anual



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMANORAF)
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

STIFICAR
1096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Blair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reginaldo Renovato da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.516.302 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Reginaldo Renovato da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.516.302 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>4832</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>IAOJ.RRR@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>66.303-200</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2020

Assinatura do Declarante



UNIDADE: **BRUNO II**

EQUIPE: **Kennedy / Pedro / BARBOSA**

Nº **0627**



Paciente: **REGINALDO RENOVALDO DA SILVA** Idade: **58** Sexo: **M**
 Nacionalidade: **BRASILEIRO** Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐
 Endereço: **AV. PAMPA BRASIL** S/N **514** Bairro: **J. CARANÁ**
 Nº **10277** DATA **07/10/2020** HORA J/9: **18:12** BASE () VIA ☒ RÁDIO
 HORA J/10: **18:31** () CELULAR
 Médico (a) Regulador (a): **Dr. Luiz**

TRAUMÁTICO / CARRO X MOTO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> A pé | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input checked="" type="checkbox"/> Capacete |
| <input checked="" type="checkbox"/> Condutor | <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | <input type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Animal | <input type="checkbox"/> Cinto de segurança |
| <input type="checkbox"/> Passageiro | <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Airbag |
| <input type="checkbox"/> Ignorado | <input type="checkbox"/> Bicicleta | | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | | <input type="checkbox"/> Assento para criança |

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneica | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Miose |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Apneia | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Midríase |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total | <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Anisocoria |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Bradipneia | <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente | <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Taquipneia | <input type="checkbox"/> Pulso central ausente | <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora |
| | | <input type="checkbox"/> Cianose central | <input type="checkbox"/> Extremidade |

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	160x100	75	20	98	-	-	8	15
Fim								

LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contusão
- 4 - Escoriação
- 5 - Laceração
- 6 - Luxação
- 7 - Fratura fechada
- 8 - Fratura exposta
- 9 - Amputação
- 10 - Evisceração
- 11 - Afundamento de crânio
- 12 - Ferimento penetrante
- 13 - Tórax instável
- 14 - Enfisema subcutâneo
- 15 - Ferida aspirativa
- 16 - Empalamento
- 17 - Outros

- 1 - Sem resposta
- 2 - Ao comando
- 3 - Espontânea
- 1 - Sem resposta
- 2 - Palavras inapropriadas
- 3 - Palavras incompreensíveis
- 4 - Confuso
- 5 - Orientado
- 1 - Sem resposta
- 2 - Extensão anormal
- 3 - Flexão anormal
- 4 - Movimento de retirada
- 5 - Localiza a dor
- 6 - Obedece a comandos

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> FV | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Infecçiosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> AESP | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | | <input type="checkbox"/> HAS | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Digestiva | | <input type="checkbox"/> Medicação de uso | |

☐ Ileso ☐ Pequena ☒ Média ☐ Severa ☐ Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): **Thais S. Pereira** Médica CRM-RR 2061

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO | <input type="checkbox"/> Hospitalização | <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar | <input type="checkbox"/> Bombeiro |
| <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento | <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local | <input type="checkbox"/> Guarda Municipal | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Trote | | <input type="checkbox"/> SMTRAN | |
| | | <input type="checkbox"/> PRF | |

☐ Iniciada as: _____ ☐ Término às: _____ ☒ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso

Assinatura do Receptor: _____

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

Idade Gestacional: _____	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva
Perda de líquido: _____	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante
BCF: _____	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

FARMACO	DOSE	FEH	FEH	FEH	FEH	FEH	FEH
SRV 500 ml	01	EU	18:35				
DIPIRONA	1g	EU	18:40				

CONFERE COM ORIGINAL

EM 05/08/2020

Stephanie

PROFESSOR

03 máscara descartável 3 tala de fêmur

04 por de clava

02 atadura 15 e 20 cm

1 SRV 500ml

1 Equipamento manual

1 Seringa 20ml

1 tala flexível

Equipe acionada para ocorrência traumática

Carro x moto. Vítima se encontrava em solo

em decúbito dorsal sem capiceto porém em haste

verbalizando realizado protocolo de trauma

na imobilização. Verificado SSUV + acesso de novo

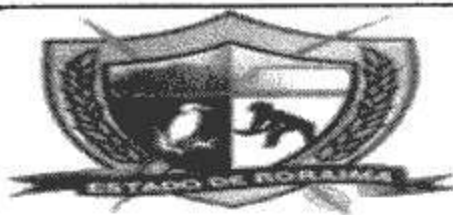
analgesia passado o médico regulador que

autorizou a deslocar ao GT (HGR)

KENNEDY PEREIRA DA SILVA

COREN - RR 968.136

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **REGINALDO RENOVATO DA SILVA** 58 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **7/6/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX DE FEMUR ESQ + FX ANTEBRAÇO DIR** E NO DIA
21/7/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTE SENDO
OPERADO PELO DR. **DR. DALSON** E PELO DR. **0**
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **29/7/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL**
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **2 (DUAS)** SEMANAS
COM **DR. DALSON**

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

quarta-feira, julho 29, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

EXAT 29/07/2020



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

2001248494

07/06/2020 18:49:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

22

Paciente: REGINALDO RENOVATO DA SILVA
Data Nascimento: 08/08/1961 Idade: 58 A 9 M 30 D CNS: 704603190213129 CPF: 60951630210
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: PARDAS Raça/Cor: PARDAS Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: TERESA RENOVATO DA SILVA Pai: JOSE LOPES DA SILVA Contato: (95) 99139-1783
Endereço: RUA - P - 158 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

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

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

Comorbidades:
Alergias: medicamentos

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente trazido pelo SAMU por acidente de trânsito em prancha, trazido em prancha com collar cervical, relato de

Exame Físico: rigidez de Dipiriona 1g @ e SRL 500mh @.
A) Vias aéreas permeáveis, verbaliza, collar cervical
B) Tórax típico, expansibilidade simétrica

Hipótese Diagnóstica:
C) Sem sangramentos ativos, abdome flácido,
depressível, indolor D) ECG 15', pupilas isocóricas isopotenciais

SADT - Exames Complementares: E) HIE e MSD imobilizados

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Tramadol 100mg @ EV agora sig. 50
SFO, 8% 100ml @

2) Retiro collar cervical

HD: Fx fêmur @? Fx Rádio? Fx ulna @?

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: ortopedia

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: souza
Data Hora: 07/06/2020 18:51:35

Thales S. Ferreira
Médico



Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Transf: 08/06/2020



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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

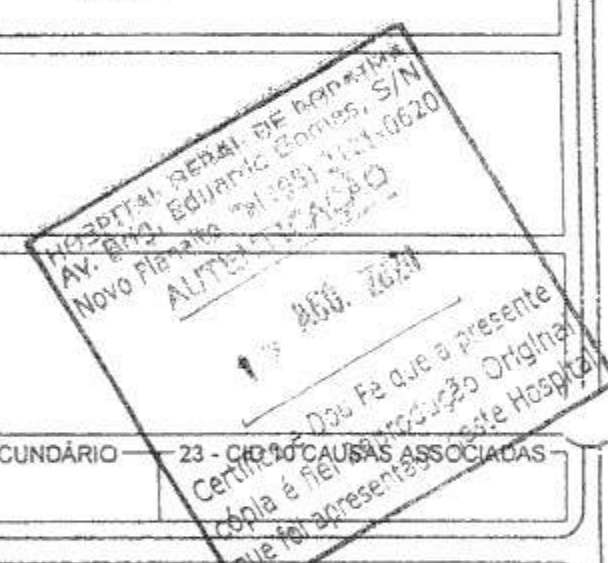
45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Carlos Henrique da Rosa
CRM-RR 483

0408050619
5773
1699

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

vine

→

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 7/6/20

Refund do punete de sha

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura fem e + osteólito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

traço transgêntico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fixador externo fem

CIRURGIÃO:

carlos

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Set com pino + atarraxado
- 2) colocação capos
- 3) traço transgêntico (transgêntico) sob pele (digo)
- 4) curativo

DUP
INSTITUTO DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Av. Eng. Eduardo Guarnier, 543
Novo Planício - Belo Horizonte - 31220-0670
AUTENTICADO
1 - 2511 2321
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Reginaldo Ramonete de Silve
Responsável Cirurgião Carlos Henrique

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- (☒) Identidade
(☒) Sítio Cirúrgico
(☒) Procedimento
(☒) Consentimento

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica (☒) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(☒) Sim () Não () Não se Aplica

(☒) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(☒) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(☒) Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(☒) Não

(☒) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

(☒) Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 26/06/2016 Assinatura [Assinatura] Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista João (R2)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (☒) Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (☒) Identificação do paciente
(☒) Sítio cirúrgico
(☒) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(☒) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(☒) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(☒) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(☒) Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(☒) Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(☒) Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não (☒) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não (☒) Não

(☒) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
(☒) Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo [Assinatura] - 24341



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Fixador externo MIB	
Nome do Paciente: Reginaldo Renato da Silva	IDADE: 58	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Data 07/06/2020
		Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Isabel / Elisangela
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:			
Dados dos materiais/Serviço			

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
03	<div>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095</div> <div>ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095</div>			03
<div>Carlos Enrique La Rosa Médico CRM-RR 403</div>				
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:				
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()		Marca:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
<div>Hospital Geral de Roraima Av. Dr. Edmundo de Faria Fone: 3111-1111 Certificação de Autenticidade Materiais e Equipamentos que são utilizados</div>				
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:				

1º VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMANORAF)
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

STIFICAR
1096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Reginaldo Renato da Silva

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: Pedreiro

IDENTIDADE: 1.383.353

ENDEREÇO: R. Maria Martins Almeida, 61, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Glaucino Inacio De Souza

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data

07/06/2020 cobertura Invalidez, vítima

Reginaldo Renato da Silva

Reginaldo R. da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 16 DE Setembro /2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261509/20

Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

CPF: 609.516.302-10

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

REGINALDO RENOVATO DA SILVA : 609.516.302-10

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: 16/09/2020
Nome: REGINALDO RENOVATO DA SILVA
CPF: 609.516.302-10

REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331934 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO (PAG.01)
FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO (PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00