

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, 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



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, 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, retorno 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:

609536302-10

4 - Nome completo da vítima:

Reginaldo Benedito 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 Benedito da Silva

6 - CPF:

609536302-10

7 - Profissão:

Lixeiro

8 - Endereço:

Rua Maria 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:

Regisv@Hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 9840-5368

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)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 3987

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 declarante

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 16/09/2020

+ Reginaldo Benedito da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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

Nº: 588

Logradouro: RUA:DJANGO DA SILVA

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)

FIs: 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

Nº: 158

Logradouro: Rua; P

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99114-4764 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 704.371.813-91

Placa NUI8460

Renavam 00255896310

Número do Motor JC42E2A382918

Número do Chassi 9C2JC4220AR382918

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

Cor ROSA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 17/09/2019

Situação do Veículo

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS - RENAINFO

Envolvidos

Nome Envolvido

Possuidor

Reginaldo Renovato da Silva

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 077.464.742-68

Placa NAZ0085

Renavam 00143568841

Número do Motor 310A2011*8725284*

Número do Chassi 8AP17201MA2034843

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

Cor AZUL

UF Veiculo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo I/FIAT SIENA ELX FLEX

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 28/06/2020

Situação do Veículo RENAINFO -
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Envolvidos

Nome Envolvido

Proprietário

José Ernesto Rodrigues Queiroz

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 veiculo 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 não 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
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 poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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: 00000003287-2

Nr. da Autenticação 79BF461EC6A65822



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0140520-9

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 Próxima leitura: 11/09/2020
Emissão: 11/08/2020 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	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	17516							
Leit. Anterior	16980							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	536							
Faturado:	536							

DESCRICAÇÃO DA CONTA

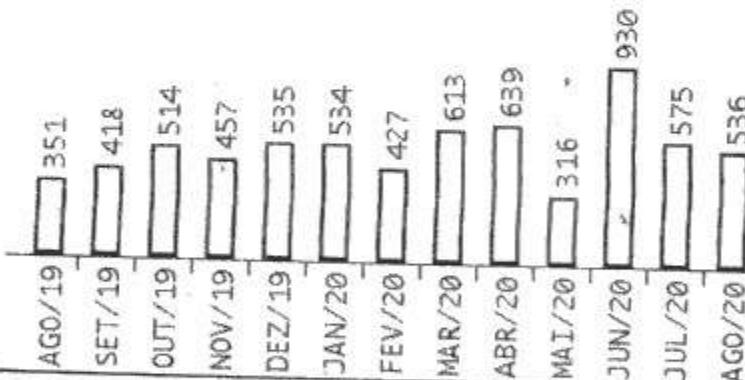
CONSUMO	536 A R\$ 0,786015 =	421,30
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00		0,89
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,11
MULTA POR ATRASO 06/20-00		14,14
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		3,30
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 536 - 0,617778

Média 12 meses: 525

HISTÓRICO DE MEDICAO



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 OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	221,56
Distribuição:	97,03
Transmissão:	0,00
Encargos:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

PERÍODO	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		

06/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a 00



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



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/BIBLIOTECAWEB/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

Reginaldo Renovato da Silva

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 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

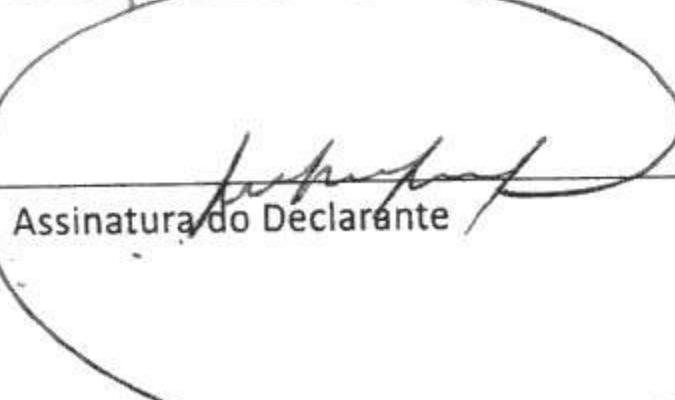
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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> CEP: <u>69.300-200</u>
E-mail:	<u>IAGO.RRR@HOTMAIL.COM</u>			

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


Assinatura do Declarante



**ESQUEDAS DE ATENDIMENTO
BRAVO II**

UNIDADE:

Nº 0627



EQUIPE: Kennedy / Pedro / BARBOSA

Paciente: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Idade: 58 Sexo: M

Nacionalidade: BRAZILIANO

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: AV PAM ME 13259-12

S/N Bairro J. CARANÁ

Nº 10277 DATA 07/10/2020

HORA J/9: 18:12

BASE () VIA () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr LUIZ

HORA J/10: 18:31

() CELULAR

TISSUMATICO / Corpo 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 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 type="checkbox"/> Livre | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneia | <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"/> Midriase |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total | <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Taquicárdico | <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Bradipneia | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Taquipneia | <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente | <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora |
| | | <input type="checkbox"/> Pulso central ausente | |
| | | <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
Inicio	160x100	75	20	98	-	-	8	15
Fim								

LESÃO IDENTIFICADA	Acidente Carro & moto	suspeito de fratura	Esportista	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta
1 - Dor				
2 - Hematoma				
3 - Contusão				
4 - Escoriação				
5 - Lacerção				
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				

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <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"/> ITV | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Infectiosa | <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"/> Medicação de uso | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Digestiva | | | |

[] Ileso [] Pequena [] Média [] Severa [] óbito

Thais S. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061

SAMU 192-BV
CONFIRME COM
ORIGINAL

m 05/10/2020

Assinatura e Garimbo Médico (Unidade de Destino)

- [] Cancelamento
[] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
[] Não se encontrava no local
[] Trote

- [] Polícia Militar
[] Guarda Municipal
[] SMTRAN
[] PRF

[] Bombeiro

[] Outros

[] Iniciada às: _____

[] Terminou às: _____

[] RCP com sucesso

[] RCP sem sucesso

Assinatura do Receptor:	
<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: <input type="checkbox"/> 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"/> Contrações entre 3-5 min. <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante <input checked="" type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min <input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18	<input type="checkbox"/> Máscara laringea <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Dreno de tórax <input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Headblock <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa <input type="checkbox"/> Tirantes <input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de luxação <input type="checkbox"/> Outros:
		<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo

SR 250 ml	01	EV 18:35	CONFERE COM ORIGINAL
dipirona	1g	EV 18:40	Em 05/08/2020 Stephanie

03 máscaras descartáveis
 04 par de luvas
 02 ataduras 15 e 20cm
 1 GRC grande
 1 Equipo macio
 1 Seringa 20ml
 1 Talo flexível

3 talo de ferme

Equipe acionada para ocorrência traumática
 carro x moto. Vítima se encontrava em solo
 em decúbito dorsal sem concussão parém em holo
 verbalizando realizado protocolo de trauma
 mas imobilizações. Verificado SSVU + acesso venoso
 analgesia passada e médico regulador que
 autorizou a deslocar so. GT (HGR)

Kennedy Pencira da SILVA
 CORON - nr 968.136

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLINICAS 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	SENDÔ
	OSTEOSSINTE	
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. **NAO 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 RAIO 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



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

1ª Classificação
 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	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 1383353	Órgão Emissor 	Data Emissão 	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade BRASILEIRA
Mãe TERESA RENOVATO DA SILVA	Pai JOSE LOPES DA SILVA	Contato (95) 99139-1783	Ocupação NÃO INFORMADA			
Endereço RUA - P - 158 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº 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	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>O paciente é portador de comorbidades e alergias moderadas</i> <i>O paciente é portador de comorbidades e alergias moderadas</i>					
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente trazido pelo SAMU por vidente de trânsito imóvel x camo, trazido em prancha com colar cervical, relato de realização de dipirona 1g(E) e SRL 500ml(E).
(A) Volar aéreas pernas, verbaliza, o colar cervical
(B) Tórax típico, expansibilidade respiratória
(C) Sem sangramentos ativos, abdome flácido, depressível, indolor
(D) ECG 15', pupilas isogonoceras isopronegantes
(Hipótese Diagnóstica) (E) HIE e MSD immobilizados.

SADT - Exames Complementares (E) HIE e MSD immobilizados.
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Tramadol 100mg (E) agora 1g. 50 SFO, g. 100ml (E)		
(2) Retino colar cervical		
HD: Fx fémur? Fx Rádio? Fx ulna?		

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: **Ortopedvr**

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

Óbito

Antes do 1º Atendimento? (N) Sim (S) Não

Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 163

Assinatura do Paciente ou Responsável
Data: 07/06/2020 18:51:35

Carimbo e Assinatura do Médico

Thiago S. Ferreira
Médico

Impresso por: **SOUSA**

Data Nota: 07/06/2020 18:51:35

Assinatura do Paciente ou Responsável
Data: 07/06/2020 18:51:35



SUS

Sistema Único de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Transf: 08/06/2020

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				2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES				
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N.º DO PRONTUÁRIO				
Joaquim Renovato da Silva				180404				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
FOB603190213129				08/08/61		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		
Teresa Renovato da Silva				03059191841783		Rua P. 158 Nova Iguaçu		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		
Jacarepaguá				41000-000 RJ		16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO								
Avaliação Dr. Barbato fa lhas em deterioração Fever e dor								
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO								
Cura								
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)								
Rx								
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			21 - CID 10 PRINCIPAL			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
Fever e dor			Fever					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS								
Certifico que a presente copia é fiel à original que foi apresentada ao Hospital								
PROCEDIMENTO SOLICITADO								
Fixar								
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO								
26 - CLÍNICA								
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO								
28 - DOCUMENTO								
29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE								
() CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF 51084100000-00								
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE								
Carlos E. da Rosa								
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO								
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)								
Carlos E. da Rosa								
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)								
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO								
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO								
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO								
36 - CNPJ DA SEGURADORA								
37 - CNPJ EMPRESA								
38 - SÉRIE								
40 - CNAE DA EMPRESA								
41 - CBOR								
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO								
AUTORIZAÇÃO								
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR								
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR								
45 - DOCUMENTO								
() CNS () CPF								
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR								
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO								
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)								
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR								
0408050619								
5273								
6423								
169								



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— “Amazônia Patrimônio dos Brasileiros” —

FICHA DE ANESTESIA

Reinforced Aeromastic, 500

Eugen THEISS S.C. 1911
~~MS. 100
C. W. R. 1023~~

Governo do Estado de Roraima
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Vine

TP

BOLETIM OPERATÓRIO

Refido do paciente
de sua

Data: 1.1.08 O.S. 7/6/20

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

futura fum e + acetabulo
desprez transversal

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fixador extero fumar

CIRURGIÃO:

carlos

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

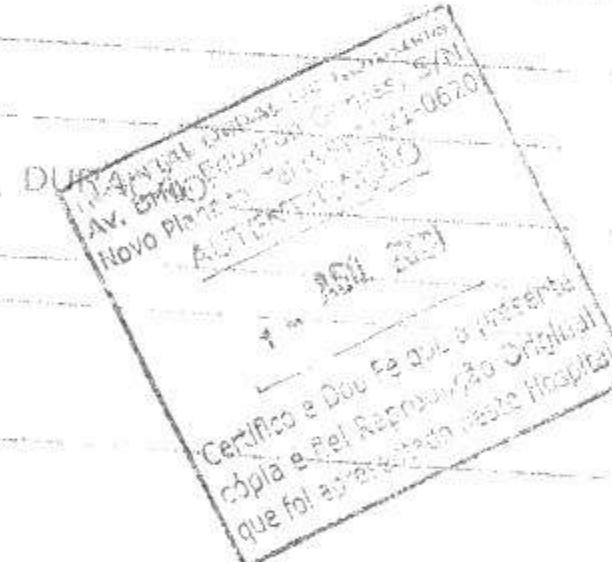
ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1FIM:



OPERATÓRIO CERTIFICADO

- ① Set com prot's + atrofias
- ② colocação campo
- ③ Passagem transcraniana pubica
(transversal) sob ferida (diga)
- ④ cinturão

CRM-RR 463
Médico
Carlos Braga de la Rosa

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Regina de Paiva de Souza
Responsável Cirurgião Conselho Jurídico

Anestesista José (R2)

ENTRADA **(Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMENTRO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

- Não
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim
 Não se aplica

Data 26/06/20 Assinatura Regina de Souza Hora: _____

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

SAÍDA **(Sala Pós Operatória)**

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

- Sim Não

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- Sim Não se Aplicam

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- Sim 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 EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- Sim Não

CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- Sim Não Não se Aplica

Selvane Souza - 84361

Assinatura e Carimbo



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

FOLHA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Intopedia</i>	Procedimento Realizado: <i>Fixador Externo m-8 femuri. esquerdo</i>			
Nome do Paciente: <i>Reginaldo Renato da Silva</i>	IDADE: <i>58</i>	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data <i>07/06/2020</i>	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Isabel / Elisangela</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Servico

MÉDICO CIRUJÃO: Carlos Gómez

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR-

MÉDICO CIRUGIÃO-

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR.

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

06/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano 05/2020 referente a 00



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	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

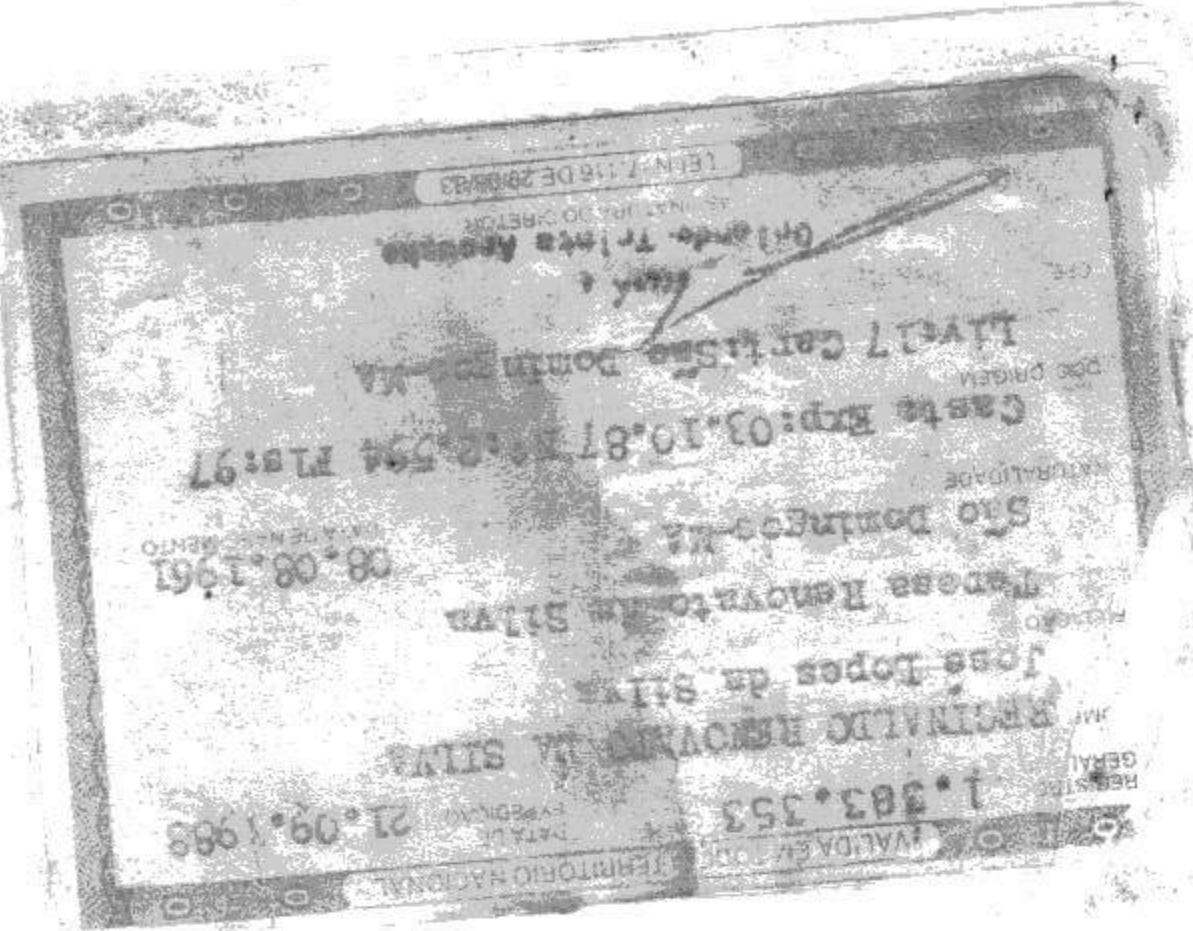
RORAIMA ENERGIA



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

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





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Reginaldo Renovato Da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Pedreiro

IDENTIDADE: 1.383.353

ENDEREÇO: R. Maria Martins Almeida, 65, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Gloria Inocio De Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 558/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Lindeiro Galvão, 1832, Buritis

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 vitimado

Reginaldo Renovato 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2020

Titular do CPF: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

REGINALDO RENOVATO DA SILVA

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) 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