

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2960182420210125173330

Processo 0832300-38.2020.8.23.0010 ☆ - (38 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div>	11	25/01/2021 17:33:30	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777339CONTESTACAO01.pdf Público
	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777339CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
	10	22/01/2021 00:00:54	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de REGINALDO RENOVATO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
	9	12/01/2021 16:00:41	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	8	11/01/2021 12:51:40	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de REGINALDO RENOVATO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária
	7	11/01/2021 12:51:40	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária
<div>[+]</div>	6	11/01/2021 11:15:52	
		CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
	5	18/12/2020 14:02:52	
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	18/12/2020 14:02:52	
		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	18/12/2020 14:02:52	
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	18/12/2020 14:02:52	
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div>	1	18/12/2020 14:02:52	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16136237



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, 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 3287

AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1

Visto:



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)



Impresso por: Valdir Pereira da Silva

Data de Impressão: 05/08/2020 12:22:20

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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	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 - RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Renovato da Silva	Possuidor

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 Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo FIAT SIENA ELX FLEX
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 28/06/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Ernesto Rodrigues Queiroz	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.

Fls: 3

Visto:



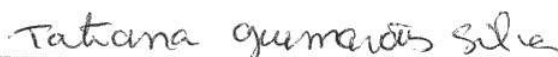
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

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 del
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."




Impresso por: Valdir Pereira da Silva
Data de Impressão: 05/08/2020 12:22:20

Página 3 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos







RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.907.022-3

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

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

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.

CONTAS	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

DADOS 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 INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	0 A 536 - 0,617770
Média 12 meses:	525

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO	
AGO/19	351
SET/19	418
OUT/19	514
NOV/19	457
DEZ/19	535
JAN/20	534
FEV/20	427
MAR/20	613
ABR/20	639
MAI/20	316
JUN/20	930
JUL/20	575
AGO/20	536



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 08007819120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

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

COMPOSIÇÃO 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:					



05/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a...



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 TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSORAF
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. AB

Nº REGISTRO
0110192304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Blair Snácio 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:

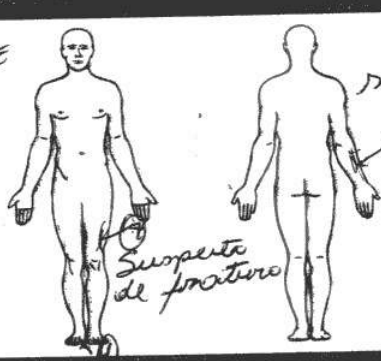
☒ Recuso informar

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>IAOJRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>66.300-200</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

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

Assinatura do Declarante

PREFEITURA BOA VISTA		EQUIPE DE ATENDIMENTO BRAVO II		Nº 0627		SAMU 192		
Paciente: REGINALDO RENOVALDO DA SILVA		Idade: 58		Sexo: M				
Nacionalidade: BRASILEIRO		Raça: Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia <input type="checkbox"/>						
Endereço: AV PAMUNG 130912		S/N S/N		Bairro: J. CARANÁ				
Nº 10277	DATA 07/06/2020	HORA J/9: 18:12	BASE <input type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO				
Médico (a) Regulador (a): Dr. Luiz		HORA J/10: 18:31		<input type="checkbox"/> CELULAR				
TRAMATICO / CARRO X MOTO								
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>								
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB		<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento		<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica		<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> A pé <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus		
<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança								
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Espúnea <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input checked="" type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora		
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		ACIDENTE CARRO X MOTO 		1 - Sem resposta 2 - Ao comando 3 - Palavras inapropriadas 4 - Confuso 5 - Orientado 6 - Obedece a comandos 7 - Localiza a dor 8 - Movimento de retrada 9 - Flexão anormal 10 - Extensão anormal 11 - Sem resposta				
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial		<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Pequena <input checked="" type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Óbito						
<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Hospitalização		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF		<input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Iniciada às:		<input type="checkbox"/> Término às:		<input checked="" type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

Medicamento	Dose	Via	Tempo	Observações
SRV 500 ml	01	EV	18:35	
Dipirona	1g	EV	18:40	

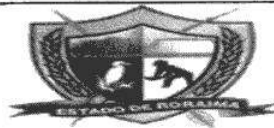
CONFERE COM ORIGINAL
Em 05/08/2020
Stephanie
FIDUCIA

03 máscaras descartáveis
04 por de luva
02 atadura 13 e 20cm
1 BRL 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 parêntese em haste
Verbalizando realizado prontatelo de trauma
na imobilização. Verificado SSUV + acesso de novo
analgesia passado o médico regulador que
autorizou a deslocar ao GT (HGR)

KENNEDY PEREIRA M SILVA
COREN-RN 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 RAO 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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



Anexo I

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				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				180404	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
704603190213129				08/08/61	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Teresa Renovato da Silva				Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua P. 158 Nova Cidade				959911811788	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
João Nista				12000 RN	
15 - UF					
16 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Acidente de Trânsito La boras com deformações Fem. (C) + Deformação (D)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
CID 10 PRINCIPAL					
CID 10 SECUNDÁRIO					
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)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - CNPJ EMPRESA					
38 - SÉRIE					
39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CBOR					
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					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Região Amarela, SGA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
		07/06/2020	
		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
AGENTES	N 20		
	02		
LÍQUIDOS VENOSOS	LA 100 100 100	MANEJO PR SIM	
DA	°C	240	
X	38	220	
ULSC	36	200	
ANES	34	180	
X	32	160	
OP	30	140	
TEMP		120	
ASPIR.		100	
A		80	
RESP		60	
O		40	
		20	
Export			
Assist			
Contro			
SÍMBOLOS			
X O			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 0.5% 11.5g	Procuradores	X - check vit: monitorar, man, apog, compo, 1
B		Monitorar Lado	
C		LA 100 100 100	1 - 01 2015 em 100
D		Sob Ventilação	2 - resp e manobra
E		Expirado	3 - teste mecânico
F			4 - posição para
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
	SP 0.9% 1500		
	1500 mL		
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
		01:00 H	
OPERAÇÃO	Fim da Or Adm de Fim (E)		
ANESTESIA	Biot 305 R3	CÓDIGO	CIRURGIÃO
			Carlo Rangel
		PERDA SANGÜINEA	SGA

Carlo Rangel
10/06/2020
CRM-RR 1025

Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
Av. Brig. Faria Lima, 1500 - Jd. Paulista
05508-900 - São Paulo, SP
11.419.2006
11.419.2006
11.419.2006

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

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

Região do Puroste
de sha

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO:

fratura fem e + osteólise
traço transzuletica

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fixador externo femur

CIRURGIÃO:

calos

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

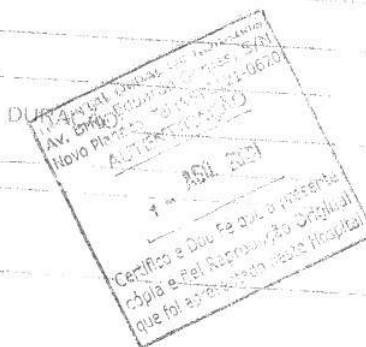
ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Set com fio + atirador
- 2) colocação calos
- 3) passagem traço transzuletica
(transzuletica) sds femur (diap)
- 4) costura



Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM-RR 463



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Rafael de Oliveira da Silva
Responsável Cirurgião Coleto Henrique

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Sim ☐ Não

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 26/06/2021 Assinatura [Assinatura] Hora: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

Anestesia pac (R2)

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

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 INSTRUMENTAIS 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 EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo [Assinatura] - 243511



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	Data 07/06/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Izabel / Elisângela	
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
 Carlos Enrique Le Rosa Médico CRM-MR 403			
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:	
INSTRUMENTADOR:			

Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
 Carlos Enrique Le Rosa Médico CRM-MR 403		
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:		

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima

05/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a...



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 TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSORAF
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. AB

Nº REGISTRO
0110192304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

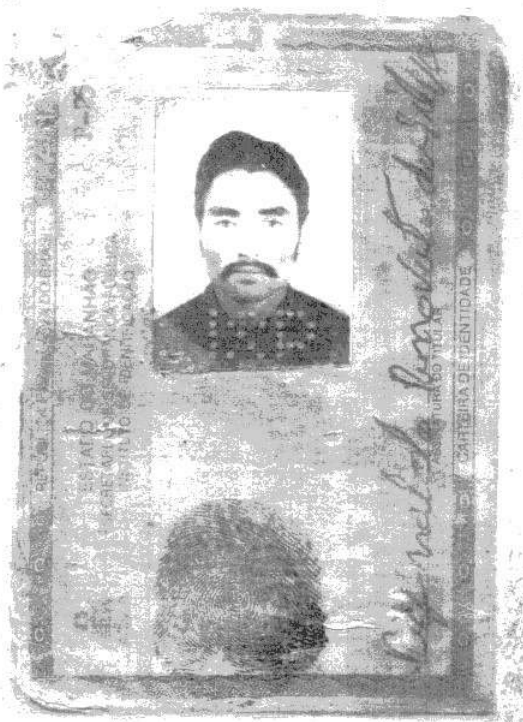
LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

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: L. Maria Martins Almeida, 61, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Gleir Inacio De Souza

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 558/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Lindeiro 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 vítimas

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

Titular do CPF: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

CPF de: Próprio

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

