

## 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)									
<b>Realces</b> 														
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória														
<b>Filtros</b> 														
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>														
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11 <span style="float: right;">500 por pág.  1</span>														
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por											
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>														
11	25/01/2021 17:33:30	Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;">: 2777339CONTESTACAO01.pdf</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;">: 2777339CONTESTACAOAnexo02.pdf</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;">: KIT SEGURADORA LDER.pdf</td></tr> </table>						11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777339CONTESTACAO01.pdf	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777339CONTESTACAOAnexo02.pdf	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf
11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777339CONTESTACAO01.pdf												
11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2777339CONTESTACAOAnexo02.pdf												
11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf												
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>														
10	22/01/2021 00:00:54	(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											
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>														
9	12/01/2021 16:00:41	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Lider 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 <b>Procurador</b>											
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>														
8	11/01/2021 12:51:40	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 <b>Analista Judiciária</b>											
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>														
7	11/01/2021 12:51:40	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Lider 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 <b>Analista Judiciária</b>											
<b>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</b>														
6	11/01/2021 11:15:52		JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>											
<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>														
5	18/12/2020 14:02:52		SISTEMA CNJ											
4	18/12/2020 14:02:52		SISTEMA CNJ											
<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>														
3	18/12/2020 14:02:52	Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ											
<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>														
2	18/12/2020 14:02:52	4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ											
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>														
1	18/12/2020 14:02:52		Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>											



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

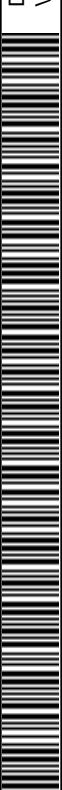
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16136237





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

609516302-10

4 - Nome completo da vítima:

Leginolde Benavente da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Leginolde Benavente da Silva

6 - CPF:

609516302-10

7 - Profissão:

Ladeiro

8 - Endereço:

Rua Maria Martins Almeida

9 - Número:

63

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cidade Satélite

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

R.R

14 - CEP:

69.387.556

16 - Tel.(DDD):

(96)984645368

15 - E-mail:

flavur@hotmail.com

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 3287

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizada)

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,

Bonfim - RR 16/01/2020

+ Leginolde R. da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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)

<b>Nome Civil: TATIANA GUIMARAES SILVA (COMUNICANTE )</b>			
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)

<b>Nome Civil: JOSÉ ERNESTO RODRIGUES QUEIROZ (EN VOLVIDO )</b>			
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

<b>Nome Civil: REGINALDO RENOVATO DA SILVA (EN VOLVIDO (AUSENTE))</b>			
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_VEICULOS - RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Renovato da Silva	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
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 I/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 não tem interesse em representar criminalmente contra a outra parte. e que não houve a presença da PM e nem a perícia no local. é o relato.



Fls: 3  
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

ASSINATURAS

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

  
Tatiana Guimaraes Silva  
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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



## 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

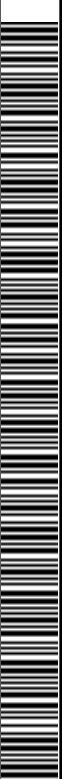
AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000003287-2

---

---

Nr. da Autenticação 79BF461EC6A65822



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO ➤ **SEU CÓDIGO**  
**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.

CONTAMÊS	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	Apresentação:	12/08/2020
Próxima leitura: 11/09/2020			
Dias de consumo: 29			

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	16LDT00991	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO	KWh	INJETADO
TOT/PTA	F.PONTA	F.PONTA	F.PONTA	INTERMED.	INTERMED.	RESERVADO	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 PÚBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 536 - 0,617770	
Média 12 meses: 526	

HISTÓRICO DE MEDICAO	
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
MAY/20	316
JUN/20	930
JUL/20	575
AGO/20	536

**AVISO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO**  
Unidade consumidora sujeita à 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/Año Valor R\$  
07/2020 466,15

LIGUE 00070437181391 E FAÇA OFCÃO 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\$)	INDICADORES DE CONTINUIDADE
Energia: 221,56	DIG Mensal Trimestral Anual
Distribuição: 97,03	Limite 9,24 18,49 36,99
Transmissão: 0,00	Realizado 0,00
Encargos: 0,00	Mensal Trimestral

05/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a sua fatura



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

IE: 240070223

### RORAIMA ENERGIA

#### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR 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



VALIDA EM TUDO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096



SINFICAR  
1096

ASSINATURA DO PORTADOR	DATA DE EMISSÃO
BOA VISTA - RORAIMA	30/01/2015

92485240616  
92485240616





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 606.516.302 / 10,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invulneriz da Vítima Reginaldo Renovato da Silva,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 606.516.302 / 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> CEP: <u>69.300-200</u>
E-mail:	<u>1001.RRRR@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(65) 98404-5365</u>	

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

Assinatura do Declarante

PREFEITURA BOA VISTA Trabalhar a Cidade dos Povos	ESCOLA DE ATENDIMENTO BRAVO II	Nº 0627	SAMU 192																																	
UNIDADE:	EQUIPE: Kennedy / Pedro / BARBOSA																																			
Paciente: REGINALDO RENOVATO DA SILVA	Idade: 58 Sexo: M																																			
Nacionalidade: BRASILEIRO	Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia																																			
Endereço: AV PARNAÍBA 13005-2	SIM	Bairro: J. CARANÁ																																		
Nº 10277 DATA 07/10/2020	HORA J9: 18:12	BASE ( ) VIA ( )	RÁDIO ( ) CELULAR ( )																																	
Médico (a) Regulador (a): Dr LUIZ	HORA J10: 18:31																																			
Traumático / Corpo x moto																																				
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )																																				
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência obstétrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento</td> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Exame complementar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAB</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> </table>				<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 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																																	
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedestre</td> <td><input type="checkbox"/> A pé</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Capacete</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Animal</td> <td><input type="checkbox"/> Cinto de segurança</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Airbag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ignorado</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assento para criança</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input 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"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input 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																															
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Livre</td> <td><input type="checkbox"/> Eupneica</td> <td><input type="checkbox"/> Normocárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Miose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Apneia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Total</td> <td><input type="checkbox"/> Dispneia</td> <td><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corpo estranho</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso radial ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outro: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso central ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cianose central</td> <td><input type="checkbox"/> Extremidade</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Eupneica	<input 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"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora			<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade									
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Eupneica	<input 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"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E																																	
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado																																	
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																																	
		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade																																	
<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/Hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O<sub>2</sub> %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>Glasgow</th> </tr> <tr> <td>Inicio</td> <td>160X100</td> <td>75</td> <td>20</td> <td>98</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Hora	P.A mm/Hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	Inicio	160X100	75	20	98	-	-	3	15	Fim														
Hora	P.A mm/Hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow																												
Inicio	160X100	75	20	98	-	-	3	15																												
Fim																																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>LESÃO IDENTIFICADA</b></td> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">         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       </td> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td>3 - Ao comando</td> </tr> <tr> <td>2 - À dor</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> </tr> <tr> <td>4 - Confuso</td> </tr> <tr> <td>3 - Palavras inapropriadas</td> </tr> <tr> <td>2 - Palavras incompreensíveis</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obedece a comandos</td> </tr> <tr> <td>5 - Localiza a dor</td> </tr> <tr> <td>4 - Movimento de retirada</td> </tr> <tr> <td>3 - Flexão anormal</td> </tr> <tr> <td>2 - Extensão anormal</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				<b>LESÃO IDENTIFICADA</b>									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		<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td>3 - Ao comando</td> </tr> <tr> <td>2 - À dor</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> </tr> <tr> <td>4 - Confuso</td> </tr> <tr> <td>3 - Palavras inapropriadas</td> </tr> <tr> <td>2 - Palavras incompreensíveis</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obedece a comandos</td> </tr> <tr> <td>5 - Localiza a dor</td> </tr> <tr> <td>4 - Movimento de retirada</td> </tr> <tr> <td>3 - Flexão anormal</td> </tr> <tr> <td>2 - Extensão anormal</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Espontânea	3 - Ao comando	2 - À dor	1 - Sem resposta	<input type="checkbox"/> Orientado	4 - Confuso	3 - Palavras inapropriadas	2 - Palavras incompreensíveis	1 - Sem resposta	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos	5 - Localiza a dor	4 - Movimento de retirada	3 - Flexão anormal	2 - Extensão anormal	1 - Sem resposta
<b>LESÃO IDENTIFICADA</b>																																				
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		<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td>3 - Ao comando</td> </tr> <tr> <td>2 - À dor</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> </tr> <tr> <td>4 - Confuso</td> </tr> <tr> <td>3 - Palavras inapropriadas</td> </tr> <tr> <td>2 - Palavras incompreensíveis</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obedece a comandos</td> </tr> <tr> <td>5 - Localiza a dor</td> </tr> <tr> <td>4 - Movimento de retirada</td> </tr> <tr> <td>3 - Flexão anormal</td> </tr> <tr> <td>2 - Extensão anormal</td> </tr> <tr> <td>1 - Sem resposta</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Espontânea	3 - Ao comando	2 - À dor	1 - Sem resposta	<input type="checkbox"/> Orientado	4 - Confuso	3 - Palavras inapropriadas	2 - Palavras incompreensíveis	1 - Sem resposta	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos	5 - Localiza a dor	4 - Movimento de retirada	3 - Flexão anormal	2 - Extensão anormal	1 - Sem resposta													
<input type="checkbox"/> Espontânea																																				
3 - Ao comando																																				
2 - À dor																																				
1 - Sem resposta																																				
<input type="checkbox"/> Orientado																																				
4 - Confuso																																				
3 - Palavras inapropriadas																																				
2 - Palavras incompreensíveis																																				
1 - Sem resposta																																				
<input type="checkbox"/> Obedece a comandos																																				
5 - Localiza a dor																																				
4 - Movimento de retirada																																				
3 - Flexão anormal																																				
2 - Extensão anormal																																				
1 - Sem resposta																																				
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciosa</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter Atrial</td> <td><input type="checkbox"/> AESP</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td><input type="checkbox"/> Medicação de uso</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrilação atrial</td> <td><input type="checkbox"/> Asistolia</td> <td><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<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"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva												
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias																															
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<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"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva																																		
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ileso</td> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input type="checkbox"/> Média</td> <td><input type="checkbox"/> Severa</td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Óbito																												
<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Óbito																																
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)																																				
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF																																		
<input type="checkbox"/> Iniciada às: _____		<input type="checkbox"/> Terminou às: _____																																		
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso																																		

Assinatura do Receptor:	RG:
<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou <b>recusando</b> o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade;	
<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou <b>recusando</b> o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade;	
Assinatura do Paciente:	RG:
TESTEMUNHA 01:	RG:
TESTEMUNHA 02:	RG:

Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input 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 type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18		<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo

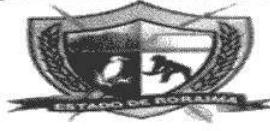
SRU 500 ml 01 EU 18:35 CONFERE COM ORIGINAL  
dipinova 1g EU 18:40 Em 05/08/2020

03 máscaras descartáveis 3 talas de férme  
04 por de cloro  
02 ataduras 15 e 20cm  
1 BRC 50cm  
1 Equipo médico  
1 Seringa 20ml  
1 tala flexível

Equipe acionada para ocorrência traumática carro x moto, vítima se encontrava em solo em decúbito dorsal sem capacete parém em hite verbalizando realizado protocolo de trauma mas imobilizacão, Verificado ssuv + acesso venoso analgesia passado o médico regulador que autorizou a deslocar ss. GT (HGR 7)

KENNOD PENCIRA M SILVA  
CORON. RN 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  
**OSTEOSSINTE** SENDO  
OPERADO PELO DR. **DR. DALSON** E PELO DR. **0**  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **29/7/2020** ÀS **00:00**, 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**

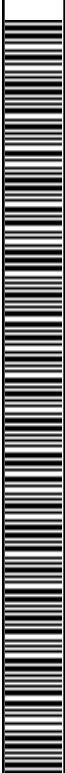
### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

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 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		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

2001248494	07/06/2020 18:49:47	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	22
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
REGINALDO RENOVATO DA SILVA		08/08/1961	58 A 9 M 30 D	704603190213129	60951630210	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	1383353			M		Nacionalidade
Mãe						BRASILEIRA
TERESA RENOVATO DA SILVA					Pai	Contato
Endereço	RUA - P - 158 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR				JOSE LOPES DA SILVA	(95) 99139-1783
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Sector	Tipo de Chegada				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				SOUSA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Q. Comorbidades</i> <i>Q. Alergias moderadas</i>					
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL				
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>Paciente trazido pelo SAMU por vidente de trânsito imóvel x camo, trazido em prancha com colar cervical, relato de realização de Dipiridona 1g(E) e SR 500mg(E). A. Visar aéreas pernas, verbaliza, c/ colar cervical B. Tórax típico, expansibilidade mimotróica C. Sem sangramentos ativos, abdome plácido, depressível, indolor D. ECG 15, pupilas isocônicas isoparageptas</p>					
Hipótese Diagnóstica	<p>(E) MIE e MSD immobilizados.</p>					
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
(1) Tramadol 100mg SFO, 8% 100ml (E) agora 1g. 50						
(2) Retorno colar cervical.						
HD: Fx fémur? Fx Rádio? Fx ulna?						
Conduta	<p>Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelia Transferência para: <i>ortopedia</i></p> <p>Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída Alta: <i>07/06/2020 18:51:35</i></p> <p><i>Carlos Enrique La Rosa</i> Médico CRM-RR 483</p>					
Óbito	<p>Antes do 1º Atendimento? <i>Não</i> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família IML Anatomia Patológica</p>					
Assinatura do Paciente ou Responsável	<p>Carimbo e Assinatura do Médico</p> <p><i>Thiago Ferreira</i> Médico</p>					
Impresso por: <i>sousa</i> Data Hora: 07/06/2020 18:51:35	<p></p>					

Anexo I

Transf: 08/06/2020

NIR

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

**SUS** Sistema Único de Ministério da Saúde **NIR**

**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 *Teresa Renovato da Silva* 6 - N.º DO PRONTUÁRIO *180404*  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *101603190213129* 8 - DATA DE NASCIMENTO *08/08/61* 9 - SEXO  Masc.  Fem. *[ ] 3*  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL *Teresa Renovato da Silva* 11 - TELEFONE DE CONTATO *(031) 3117-8833*  
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) *Rua P. 158 Nova Lídice* 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Joinville* 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO *41000* 15 - UF *SC* 16 - CEP *89000-000*

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *A dor deixa o paciente fadiga e dor em defecação. Faz xixi + febre D*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Covid-19*

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Exames de Covid-19*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL *Faixa Etária* 21 - CID 10 PRINCIPAL *F00-F99* 22 - CID 10 SECUNDÁRIO *D* 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS *Covid-19*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Terapia Intensiva* 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO *260.20M*

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO  CNS  CPF 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Brasília Kack Kof 17*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Carlos Barriga* 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO *11/01/2021* 32 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) *Carvalho Barriga*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VÍNCULOS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA *Mercado Pesa* 37 - N.º DO BILHETE *483* 38 - SÉRIE *483*

39 - CNPJ EMPRESA 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 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *0408050619*

46 - DOCUMENTO  CNS  CPF 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *07/01/2021* 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *Brasília Kack Kof 17*

49 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) *Brasília Kack Kof 17*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

## FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO				Nº
				07/06/2020
AGENTES	N 20	15 30 45	15 30 45	15 30 45
	O2	15 30 45	15 30 45	15 30 45
LÍQUIDOS- VENOSOS	500	500 500 500		
DA	240	500	500	500
X	220	500	500	500
ULSO	200	500	500	500
ANES	180	500	500	500
X	160	500	500	500
OP	140	500	500	500
IO	120	500	500	500
TEMP	100	500	500	500
ASPIR.	80	500	500	500
A	60	500	500	500
RESP	40	500	500	500
O	20	500	500	500
Export				
Assist				
Contro				
SÍMBOLOS X O O				
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	
A	Propofol 0,5% 11,5g	Anestesia	x - crise intubação difícil, ress, rcp, coarct.	
B		intubação lâmina	x - o2 200 cm mm	
C		Laringoscopia	x - respira e sangra	
D		Sob máscara	x - sangue escoriação	
E		extubação	x - postop 10º recht	
F				
G				
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cáculo - Naso / Oro Faringea Naso / Orotraqueal - Cega Bala - Tamp - Calibre do Tuba Sob Máscara Dificuldade Técnica	em 14/06	
NIDCD			x -	
SANGUE			x -	
500 09%	1500			
TOTAL	1500 ml	01:00 H	AO 716	
OPERAÇÃO	Fixar or poter et Fémin (E)			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	Bifast 30% R3	CÓDIGO:	CIRURGIAO: Celso Ribeiro	Hemorragia - Anemia Bradí Taquicardia - Choque
PERDA SANGUÍNEA				

Ernesto Oliveira  
Médico  
CRM-R 1026

Assistente de Enfermagem  
Av. Eng. Roberto Góes  
Novo Prédio - Centro  
Av. 25 de Março, 1000  
CEP 69010-000  
Fone: (65) 3222-1000

COBERTURA DE FESTAS E FESTIVALS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 1 / 1 O.S. 7 6 20

Região do Pernambuco  
de sua

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPEUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fistula fum e + cateter  
fistula transversa

fistula extina fum

CIRURGÃO: Carlos

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Set com protetor + atarraxio
- ② colocação corpo
- ③ Posição braçada transversalmente  
(transversal) sed feste (disco)
- ④ curativo







ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

## **CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS.**

CAIXA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRURGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Uropedia			Procedimento Realizado: Fixador Externo m femur esquerdo	
Nome do Paciente: Reginaldo Renovato da Silva	IDADE: 58	SEXO: F ( ) M ( )		Nº do Prontuário	Data 07/06/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Jabesel / Elisangela	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

## Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT	
03	ORTOSINTSE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref. 4747/02      Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095		ORTOSINTSE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref. 4747/02      Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095	03
MÉDICO CIRURGÃO:		1º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:				

MÉDICO CIRUJÃO: Carlos Chaves 103

### 1º AUXILIAR:

## INSTRUMENTADORES

**Empresa ( )** Nome da Empresa:SIRIUS ( )/SINTESE ( )/QUANTUM ( ) Marca:  
ATHENA ( )/MACON ( )

MÉDICO CIRURGÃO-

### 1º AUXILIAR

## INSTRUMENTADORES

**1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

2º OPMF/CMF

Hospital Geral de Roraima

05/05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a sua fatura



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

IE: 240070223

### RORAIMA ENERGIA

#### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOR 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



VALIDA EM TUDO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

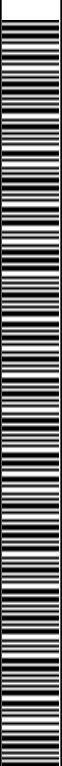
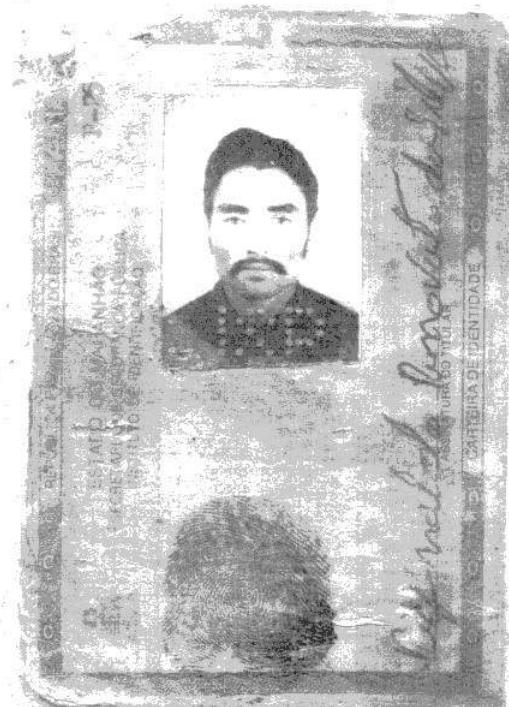
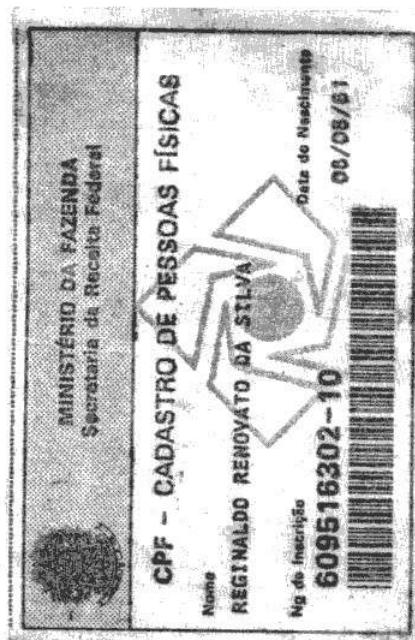
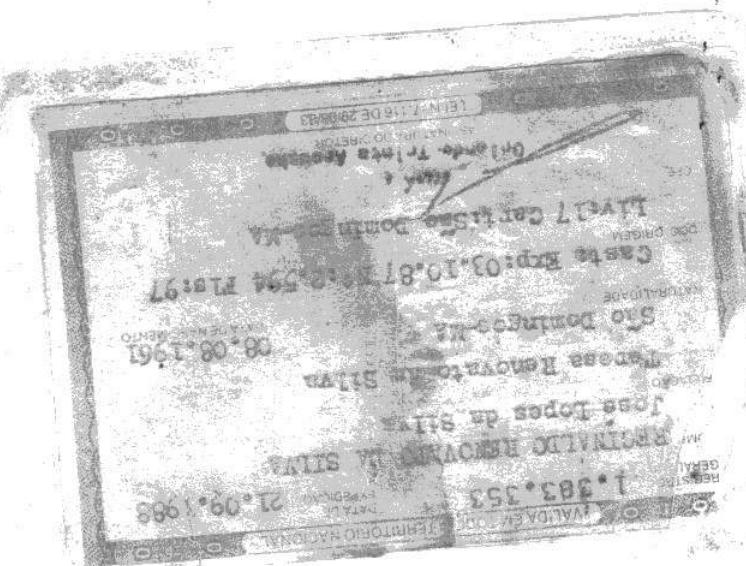


SINFICAR  
1096

ASSINATURA DO PORTADOR	DATA DE EMISSÃO
BOA VISTA - RORAIMA	30/01/2015

92485240616  
92485240616





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Reginaldo Renovato da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Pedreiro

IDENTIDADE: 1.383.353

ENDEREÇO: l. Maria Martins Almeida, 63, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Florez Inacio De Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 334.807 558/RR

ENDEREÇO: Av. Antônio Lins de Souza 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 de 07/06/2020, cobertura Invalidez, vitimado

Reginaldo Renovato da Silva

Reginaldo P. 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

**Data do acidente:** 07/06/2020

**CPF de:** Próprio

**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](http://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

Valoração 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