

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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313867

Vítima: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

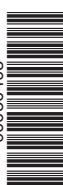
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313867

Vítima: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
YARA KETHE CAMARA 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:

YARA KETHE CAMARA DA SILVA 6 - CPF: 00716762285

7 - Profissão: AUTÔNOMA

8 - Endereço:

R: SDPM JACINTO SILVA

9 - Número: 359

10 - Complemento:

11 - Bairro: CARANA

12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69313572

15 - E-mail: LUANNA.GOUZARATI@HOTMAIL.RU.COM

16 - Tel. (DDD): 95 991168367

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00038855

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (veinascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/08/2020
Yara Kethe Camara da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EFS.001.V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 5141/2020 - Registrado em: 22/06/2020 às 12h 53min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/03/2020 às 17h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: GENERAL ATAIDE TEIVE

Nº: S/N

CEP:

Bairro: ALVORADA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: CRUZAMENTO COM AVENIDA DOS GARIMPEIROS

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

YARA KETHE CAMARA DA SILVA(28), nascido(a) em 29/02/1992, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 007.167.622-85, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de GISELA NEVES DA SILVA e CLEBIO CAMARA DE SOUZA, endereço: OESTE, Nº: 379, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99132-2337.

OBJETOS

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição |
|--------|------------|----------------|--|
| Objeto | 1 | MOTOCICLETA | PROPRIETÁRIO: YARA KETHE CAMARA DA SILVA VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 EX PLACA: NAY3F32 CHASSI: 9C2JC4830ER032990 |

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: COMUNICO QUE NO DIA 29/03/2020, POR VOLTA DAS 17:30 HORAS NA AVENIDA ATAIDE TEIVE - BAIRRO ALVORADA CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 EX DE PLACA: NAY3F32 CHASSI: 9C2JC4830ER032990 DE MINHA PROPRIEDADE, QUANDO AO ME APROXIMAR DO CRUZAMENTO COM A AVENIDA DOS GARIMPEIROS FUI COLIDIDA POR OUTRA MOTOCICLETA, CAUSANDO O ACIDENTE. COMUNICO AINDA QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS E FUI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

yara ketha camara da silva
YARA KETHE CAMARA DA SILVA
COMUNICANTE

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
YARA KETHE CAMARA 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:

YARA KETHE CAMARA DA SILVA 6 - CPF: 00716762285

7 - Profissão: AUTÔNOMA

8 - Endereço:

R: SDPM JACINTO SILVA

9 - Número:

359

10 - Complemento:

11 - Bairro: CARANA

12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR

14 - CEP:

69313572

15 - E-mail: LUANNA.GOUZARATI@HOTMAIL.RU.COM 16 - Telefone: 95991168367

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00038855

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/08/2020

X/ara Kethe Camara da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000038855-3

Nr. da Autenticação E8FACD19DD604F3A

**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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 539180 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 1141 | VENCIMENTO 17-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |

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 539180 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



**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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 539180 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 1141 | VENCIMENTO 17-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |

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 539180 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



**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: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 539180 | MÊS 05/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) 1141 | VENCIMENTO 17-JUN-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |

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 539180 | MÊS 05/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 932,19 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. NOVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825 , 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

YARA KETHE CAMARA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 007167622 85,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima YARA KETHE E. DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 007167622 , 85, 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 Lider-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>R: SD. P.M. JACINTO SILVA</u> | Número: | <u>359</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>CARANA</u> | Cidade: | <u>BOA VISTA</u> | Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u> |
| E-mail: | <u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u> | Tel.(DDD): | <u>(95)991168367</u> | |

Local e Data: BOA VISTA, 20/08/2020

Assinatura do Declarante

VISÃO
NUE

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Azul Ass.

2001234290 29/03/2020 17:59:02

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 32

| | | | | | | |
|---|-----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| YARA KETHE CAMARA DA SILVA | | 29/02/1992 | 28 A 1 M 0 D | 706304762656071 | 00716762285 | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor |
| IDENTIDADE | 3264491 | SSP/RR | 09/04/2015 | F | SOLTEIRO(A) | PARDA |
| Mãe | | | | | Naturalidade | Nacionalidade |
| GISELA NEVES DA SILVA | | | | | BOA VISTA - RR | BRASILEIRA |
| Enderço | | | | | Pai | Contato |
| RUA - DAS ORQUIDEAS - 232 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR | | | | | CLEBIO CAMARA DE SOUZA | (95) 99125-5528 |
| | | | | | | Ocupação |
| | | | | | | SEGURANÇA |

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| 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 |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | Pressão |
| Setor | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | |
| GRANDE TRAUMA | SAMU CAPITAL | | | | Registrado por: |

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Condutor de moto - Fratura exposta em antebraço (D)

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Condutor de moto com fratura exposta em antebraço direito.

Exame Físico

- BE6, eupneico, inapacitado, hidroto.

- AR: MV⁺ d/ RA / ACV. RCR em 2TB NFSS

Hipótese Diagnóstica

- CIBD: Plano, RHA⁺, fleso

- Ext: Determinado, retusas contínuas.

SADT - Exames Complementares

- RAIOS X - ULTRASOM - TAC - SANGUE - UERNA - ESG - OUTROS:

PREScriÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Diflubroxona 1a EV
Gentamycin 240mg I
Sof 0,9% 500ml EV
Promol 100mg 0,9% 100ml EV
Rox de oxibaco*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Horizonte Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revélia
- Transferência para: *Clube Pops*

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saida/Alta:

JUL 2020
Sheila
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Claudia Klecytina
IML Aracaju
CRM-RR 2127

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Sebile

Ortopedia

Paciente vítima de violência
de Trauma em ponto D.
Por + evolução lenta.

foi feita escavação para e
tudo retirado sem continuidade
of fuso da fratura.

H.D.: fx ossos perpendiculares.

- cicatrização

- infecção.

- reabsorção + cicatrização

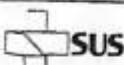
- encravamento permanente na
máscara cicatrizal.

- Segundo HCM.

Dr. Marcus Brunner
~~Ortopedia e Traumatologia~~
CRM 1917IRR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PLANALTO. TEL (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

JUL 2011
Shute
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Anexo I

Altg: 29/04/2020

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HGR

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JARA VETHE JAMARA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

979324

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/02/92

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 031 - N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF

16 - CEP

Rua Tomaz Coimbra 238 Ap. Jardim Luminárea

13200-010 Rio de Janeiro RJ 23042-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx risco e UMA risca

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DEMAIS

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

exame clínico + IMAGEM

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOPATIA

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

Dr. ERNESTO SOARES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ortopedista Dr. Ernesto Soares
CRM-RJ 10261/RJ

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - CNAE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

0408020407

SS26

W499

14410

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28/04/2005

JACO RETTE TANAN
M. SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx Ramo F. Vira grm. ⑤

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: AS. Setm.

TIPO DE INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Acl. mta

CIRURGIÃO: DR. ELDER

1º AUXILIAR: DR. ALBERTO

2º AUXILIAR: DR. ELDER SOARES

INSTRUMENTADORA: DR. AUGUSTO

3º AUXILIAR: CRM 1828/RR

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1º PACIENTE com DDT

2º AA + CCE

3º ACESSO DE HENRY SOBRE o Foco da fratura,
Ressecção INSTRUMENTAL + Colocação pins DTFuros +
os parafusos.

4º Controle hombroscópico

5º LMC

6º Curva por Planos

7º Curvão Compõsivo + TALA

8º Ao RPA



QUESTEIRA-399

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Yara Ketille Camara da Silva. 28a.

29/04/2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Não Houve

| AGENTES | N 20 | (1) | | | 15 30 45 | | | (4) | | | 15 30 45 | | | (2) | | | 15 30 45 | | | (11) | | | 15 30 45 | | | (12) | | | 15 30 45 | | |
|------------------------------------|----------------------|--------|-----------------|--|----------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|------------------------|--------|--------|----------|---|--------|--------|--------|--------|----------|--|--|
| | | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | A | 1500 | 1500 | 1500 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | U | 500 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DA X | 1C | 240 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | 100 00 | | | |
| ULSO | 38 | 220 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES X | 36 | 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OP C | 34 | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | 32 | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28 | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 26 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 24 | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 22 | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expon. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A FENTANIL | 100mcg | DOSSES | TÉCNICA | BLOQUEIO AT PLEXO BRA - GULP GUARDAPO POR USO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANOTAÇÕES X - CHECAR LISTA ANEST. OK. MONITOR: SpO2, FC, PONTE, ECG. | | | | | | | |
| B MIDAZOLAM | 5- | | | VIA SUPRA CLAVICULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ① AUF ② CN O2 2L/min | | | | | | | |
| C PROPOFOL | 50- | | | F AXILAR - VENTILANDO ESPONTÂNEA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ③ Sconzino - FENTANIL 100 mcg | | | | | | | |
| D BUPIVACAÍNA | 100- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MIDAZOLAM 5- | | | | | | | |
| E LORAZEPAM | 40- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PROPOFOL 50- | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ④ BPP - SUPRA | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑤ BUPIVACAÍNA 50- | | | | | | | |
| GLICOSE | LÍQUIDOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑥ LEODALINA 200- | | | | | | | |
| NODD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - ATÉLICA | | | | | | | |
| SANGUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑦ LEODALINA 200- | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BUPIVACAÍNA 50- | | | | | | | |
| Se o.p. 1500- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Laringo - Espasmo - Excesso Secre | | | | | | | |
| TOTAL | 1500- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Depressão Respiratória - Hipoxia 'Bucking' - Vômito | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hemorragia - Arritmia Brad Taquicardia - Choque | | | | | | | |
| osteosíntese AT OSSOS DO ANT BRAZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIA | Dr Guedes + Dr Bruno | CÓDIGO | DR ALBERTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PERDA SANGUÍNEA COMPARTIMENTO | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑧ CEFALGIA ZONA 2º GR. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑨ DIFUSÃO P/ SMD | | | | | | | | | | | |

Stades Marques P. Filho
Médico Anestesiologista
CRM 690-RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------|-------|
| NOME DO PACIENTE | | 10:28 | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA | |
| YANA LETHE Camara da Silva | | 302.7 | | 179324 | 29 / 04 / 20 | |
| | | CIRURGIA | | | | |
| TIPO | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | | |
| OST. FNT. Antebatgo ① | | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL | | |
| | | 8:28 | 9:15 | | | |
| CIRURGIÃO | | EQUIPE MÉDICA | | | | |
| DR. ALBERTO | | ANESTESISTA: | DR. Eudes | | | |
| 1º AUXILIAR | | RES. ANESTESIA: | DR. Bruno | | | |
| 2º AUXILIAR | DR. EDDEL + DR. DILMAR | INSTRUMENTADOR | | | | |
| | | CIRCULANTE | | | | |
| | | EVANDE / BAHIA | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: BPF | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | | VALOR |
| 4 | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | 5 | FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml | | |
| 1 | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | | |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | | |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.5 | | 1 | FIO VICRYL N° 2-0 | | |
| 1 | LUVA ESTERIL 8.0 | | 1 | FIO MONONYLON N° 2-0 | | |
| 1 | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° | | |
| 1 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA N° | | |
| 1 | LÂMINA BISTURI N° 20 | | | FIO CATGUT SIMPLES N° | | |
| 1 | DRENO DE SUÇÃO N° | | | FIO CATGUT CROMADO N° | | |
| 1 | DRENO DE TORAX N° | | | FIO PROLENE N° | | |
| 1 | DRENO DE PENROSE N° | | 1 | FIO SEDAN® EXCETO MACROBOTOS | | |
| 1 | SERINGA 01ML A GOLDA 40X12 | | 1 | SURGICEL ELETRODOS | | |
| 1 | SERINGA 03ML | | 1 | CERA P/ OSSO CATETER 02 | | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | 20 ml | KIT CATARATA N° ALCOOL 70%. | | |
| 1 | SERINGA 10ML | | 20 ml | GEOFoAM DEGERMATE | | |
| 1 | SERINGA 20ML | | 1 | FITA CARDIACA AT400.14 CREPON 20cm | | |
| 1 | Lidocaina | | 1 | OUTROS: ESCOUA P/ DEGERMATE | | |
| 1 | Novocain S/vaso | | 1 | ATADURA GESSADA 20cm | | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | | | ALGODÃO OST. 500ml | | | |
| ENFERMEIRA CHEFE | | | MATERIAL MEDICAMENTOS | | | |
| Bruno Joelma | | | SUB- TOTAL | | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | | | TAXA DE SALA | | | |
| CIRCULANTE DE SALA | | | TAXA DE ANESTESIA | | | |
| | | | SOMA | | | |
| | | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | |

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Yoná Lúcia Corrêa das Neves
Responsável Cirurgião Dr. Alcides L. T. G.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

- Néfro

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
- Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

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

Data 29/04/2020 Assinatura Chá Lúcia Hora: 07:30h

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGÃO:
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.

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

Sim () Não () Não se Aplica

Qual: Lúcia das Neves Hora: 07:30
 Sim () Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGE 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 () Não se Aplica

Não

O CIRURGÃO, 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

Documento 693811



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Yara Kethe Tamara Da Silva, 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 29/03/20, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura De Nucleo Distal (D)

NO DIA 29/04/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese De Fratura De Nucleo Distal (D) SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Alberto.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/04/20, AS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/05/20, AS 14,00h, COM O
DR. Elder

Agendar na Recepção nº 02

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 RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

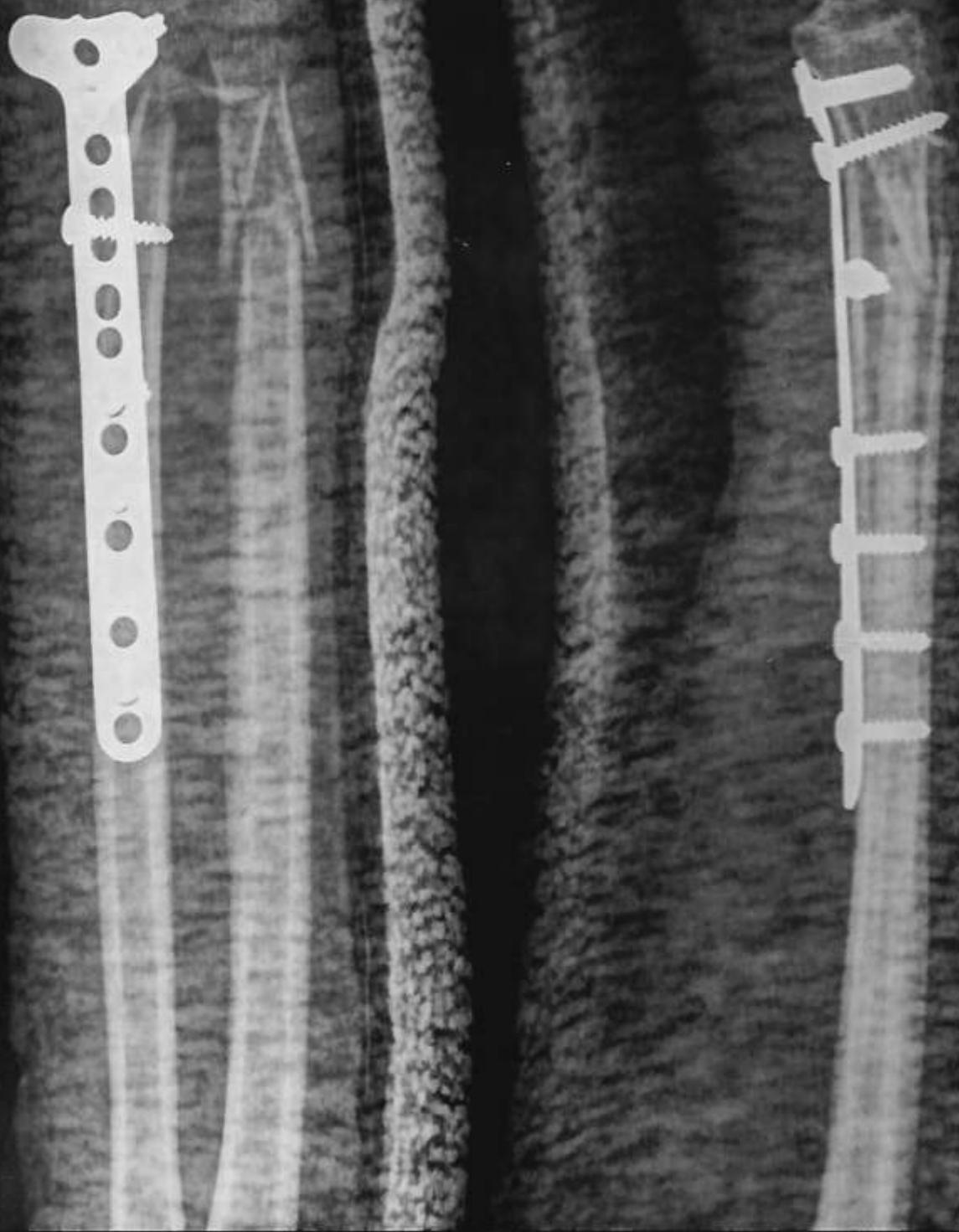
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odilacir Okemill
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185/79

BOA VISTA, 29/04/20

MÉDICO

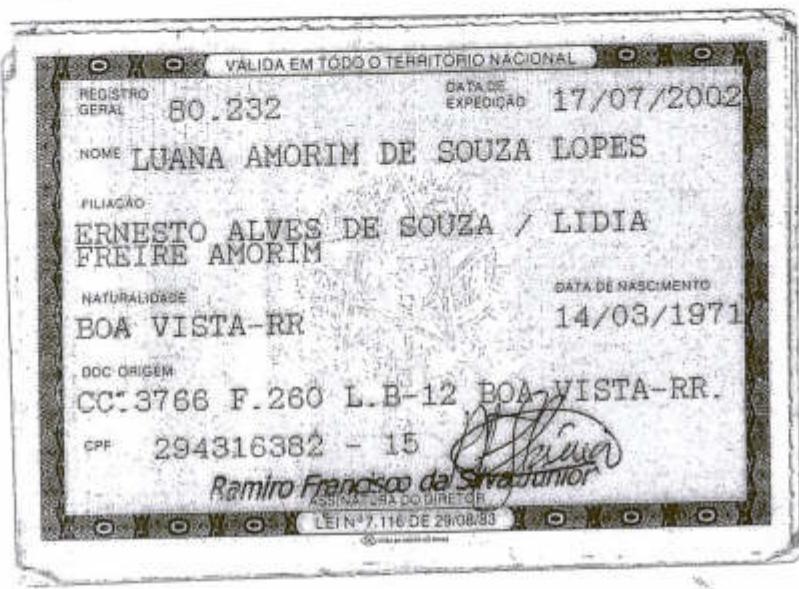
D



YARA KETHE TAMARA DA SILVA 3748

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Identidade: 326449-1 SSP/ RR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: AUTÔNOMA

Endereço: RUA OESTE, 379 - EQUATORIAL

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Identidade: 80.232 SSP/RR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 11 de MAIO de 2020

Yara Ketthe Camara da Silva

Assinatura do Outorgante

CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELIÃO E REGISTRADOR

AV. VILA RIO, N° 3636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO CARTÓRIOLOUREIRO@GMAIL.COM.BR

PEC AUTENTICA a(s)assinatura(s)

PGTec01-YARA KETTHE CAMARA DA SILVA

BBB Em testemunho _____ da verdade Boa Vista, 14/05/2020

Valor 2,50 FUNDEJURR 0,28 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 IPI Selos 50

selo RECFIR15834515A4525NJACK66 Nº Ticket 00006

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseloro.com.br>

PF Solicitante: 00716762285

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246595/20

Número do Sinistro: 3200313867

Vítima: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

CPF: 007.167.622-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 29/09/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313867 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YARA KETHE CAMARA DA SILVA **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO E DA URNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |