
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

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: 00716762285 3 - CPF da vítima: 00716762285 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 Nº 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: 64313572

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 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:

☒ 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: 00038855 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/10/2020

X YARA KETHE CAMARA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA 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 VEICULO: 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 HORA,S 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 ATE O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

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

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

Yara Kethe 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: 00716762285 3 - CPF da vítima: 00716762285 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 Nº 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.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 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:

☒ 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: 00038855 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 20/10/2020

X YARA KETHE CAMARA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 000000038855-3

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. NOPES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 / 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 C. 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 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>R: SD.PM. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BARANA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

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

Assinatura do Declarante



2001234290

29/03/2020 17:59:02

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

32

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

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

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

Acidente de moto - Fratura exposta em

Anamnese de Enfermagem **Antebraço @** GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h) **Paciente vítima de acidente de moto com fratura exposta em antebraço direito.**

Exame Físico **- BEG, eupneico, normoaurado, hidratado.**
- AR: MV @ D/RA / ACV: RCR em 2 TBNFSS

Hipótese Diagnóstica **- ABD: Plano, RHA @, flácido**
- Ext: Deformidade, redução contumida.

SADT - Exames Complementares **- Raio-X de antebraço direito último vaso**
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. Diltiazem 1g EV		
2. Gentamicina 240mg EV		
3. SFO 0,9% 500mL EV		
4. Promol 100mg + SFO 0,9% 100mL EV		
5. Raio-X de antebraço		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: **CMO Pedro** Data e Hora da Saída/Alta: **29/03/2020 18:00**

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Arquivo Patológica **CRM-RR 2127**

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: **clauceci.rodrigues** Data Hora: **29/03/2020 18:00:27**
E-Print - Impressão em Papel
Gr - Impressão em Gr - 4237-9138-4



2001234290

Sebo

Ortopedia

Paciente vítima Acidente Automotivo
of Trauma em punho (D).

PR + Eterna Colar.

po trauma esmagamento local e
tubo antebraço semi contínua
of furo de fratura.

HD; fx ossos antebraço.

on. - curativo
- imobilização.

- Redução + orientações
exame físico funcional de
maneira cirúrgica.

- Seguimento Hem.

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19171RR




C

BLUUC

Anexo I

Alto: 29/04/2020

 SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde											
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES					
Identificação do Paciente											
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO					
9 - SEXO						10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL					
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						12 - TELEFONE DE CONTATO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO					
15 - UF						16 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO											
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS											
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO											
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)											
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL											
21 - CID 10 PRINCIPAL											
22 - CID 10 SECUNDÁRIO											
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS											
PROCEDIMENTO SOLICITADO											
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO											
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO											
26 - CLÍNICA											
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO											
28 - DOCUMENTO											
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE											
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE											
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO											
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)											
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)											
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 - CBOR											
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA											
43 - () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO											
AUTORIZAÇÃO											
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR											
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR											
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR											
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR											
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO											
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)											



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23/04/2020 O.S.

DADO REITE TAVIANA
DA SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX Rampo e unha direita (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: AS Aclima

TIPO DE INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Aclima

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares

1º AUXILIAR: Dr. Alberto

2º AUXILIAR: Dr. Elder Soares

INSTRUMENTADORA: Dr. Augusto

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) PACIENTE EM DDH

(2) AA + CCE

(3) ACESSO DE HENLEY SOBRE o FOCO DA FRACTURA,
REDUÇÃO INCIPIENTE + COLOCAÇÃO PINES DISTAIS +
OS PARAFUSOS.

(4) CONTROLE PNEUMOSCÓPIO

(5) LMC

(6) CURVA POR PLANOS

(7) CURATIVO COMPARATIVO + TALA

(8) AO RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

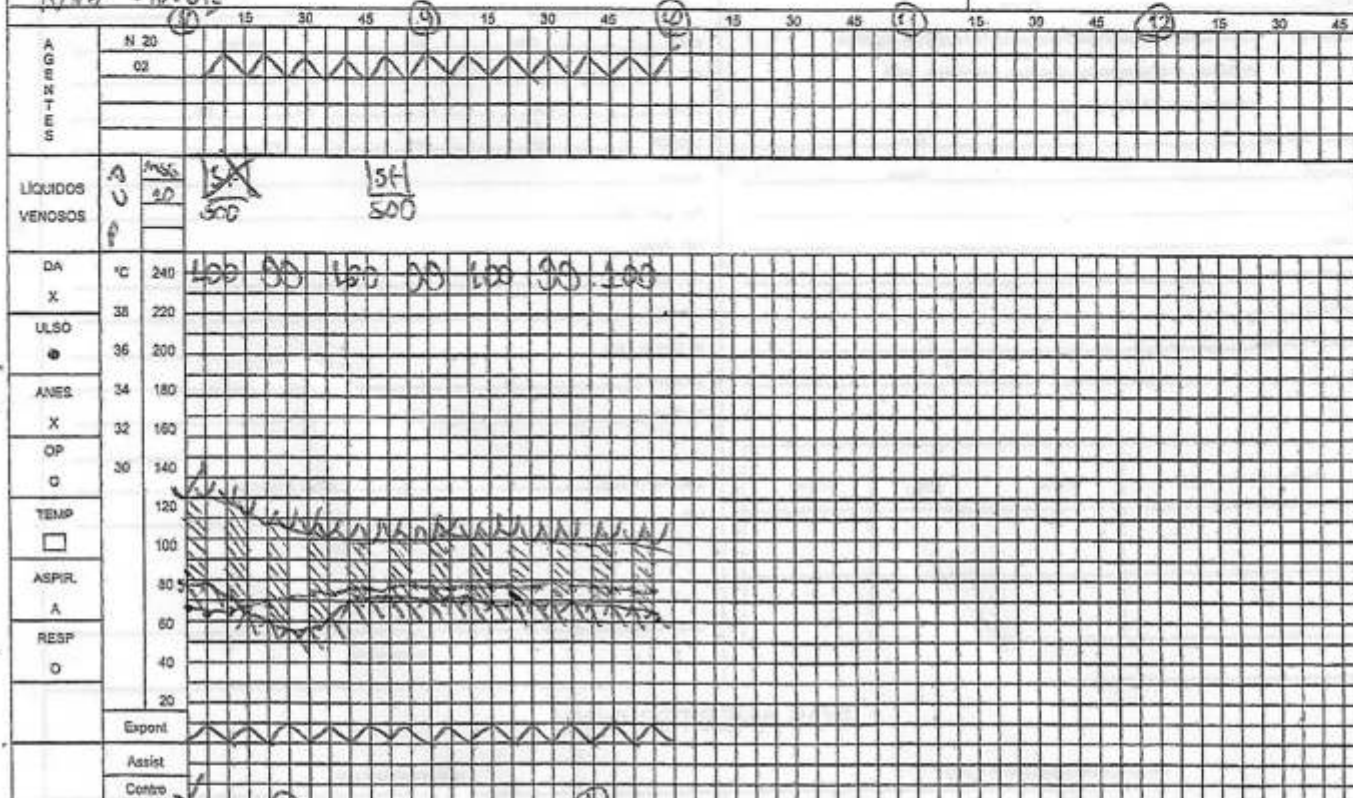
Yara Kátia Camara da Silva. ZRa.

29/04/2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Não Houve



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
AFENTANIL	100mcg	BLOQUEIO A PÉDIO PRO.	X-CHECK LIST ANEST. OK.
MIDAZOLAM	5mg	QUAL GUARDO POR USU.	MONITOR: SpO2, FC, PND, TIG.
PROPOFOL	50mg	VIA SUPRA CLAVICULAR	① AUF ② CN O2 2L/min
BUPIVACAÍNA	100mg	AXILAR.	③ SIDA LIO - FENTANIL 200mcg
LEODORINA	400mg	VENTILANDO ESPONTÂNEO	MIDAZOLAM 5mg
			PROPOFOL 50mg
			④ OPB - SUPRA
			L BUPIVACAÍNA 50mg
			L LEODORINA 200mg
			- AXILAR
			L LEODORINA 200mg
			BUPIVACAÍNA 50mg

OPERACÃO

OSTEOSÍNTESIS DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

ANESTESIA

Dr. Guedes + Dr. Bruno Dr. ALBERTO

Medico Anestesiologista

CRM 690-RR

PERDA SANGUÍNEA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 98	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
YANA KETHE CAMARA DA SILVA	302.7	179324	29 / 04 / 20	

CIRURGIA		
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO	
OST. FMT. ANTEBATIA ①	INICIO FIM TEMPO TOTAL	
	8:28 9:15	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
DR. ALBERTO	DR. EUDÉS
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
DR. EUDÉS + DR. DIONATO	DR. BRUNO
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	ELIANE / BAHIA

TIPO DE ANESTESIA: B78	TEMPO DE DURAÇÃO:
------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDANº ECTO MACROBOTAS	
1	SERINGA 01ML AGULHA 40x12		1	SURGICEL ELETRODOS	
	SERINGA 03ML		1	CERA/OSSE CATETER 02	
	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM DEGERMATE	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA ATADURA CROCH 20cm	
20ml	LIDOCANA		1	OUTROS: ESCOVA P/ DEGERMATE	
20ml	NOVABON S/VASO		1	ATADURA GESSANA 20cm	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	ALCOOL OST. 20cm		
	BRUNO	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	JOELMA	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

Hospital Geral de Roraima ()						Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM						
	PUNA BENT "T" bloq.	de 3-7 fols	V			01	
	PUNFISO CURTO N 14					04	
	" "	N 16				01	
	" "	N 18				01	
	" "	N 20				01	
	PALAFISSA ARTROSCOPICA	bloq. n° 16	V			02	

MÉDICO CIRURGIÃO: DR. ALBERTO

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

1º AUXILIAR: ...

Dr. Elider Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/RR

INSTRUMENTADOR: _____
VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: seo_ma_hor@gmail.com

Nome: Yara Kelle Lomrada da Silva

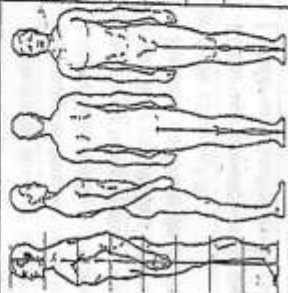
Data de Nasc: 29/02/92 Idade: 28

Sector/Leito: 302-04

Data: 28/04/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros:	7:50	8:05	8:20	9:15		B.P.O.	Est. frotura antebraço D	0'	36.1	67	120/74	99	08	0
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado	Cirurgia Realizada: <u>OST. FMT. ARTES. HÍDRICO</u>				Anestesia: <u>B.P.B.</u>				Localização: 				-15'	
3. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular	Hidratação Infundida: <u>SF 0.9% 1</u>				Antibiótico: <u>Ceftriaxona</u>				1. Sonda				30'	
	SG 5%:				Dose: <u>2.0</u>				2. Curativo				45'	
	Outros:				Hora: <u>8:10</u>				3. Dreno				1h	
	N° de Compressas oferecidas:				Nome: <u>Ceftriaxona</u>				4. Acesso venoso				01:30h	
	N° de Compressas recolhidas:				Dose: <u>2.0</u>				5. Outros:				2h	
	Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros:				Anatomia Patológica: () Não () Sim N° Peças: () Cultura () Outros:				Observações:					
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)														
Entrada				Saída										
Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Hora							
								ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)						
<p>Pac. admitido no SICA em POE com fratura antebraço D com imobilização.</p> <p>Realizou fisioterapia para o membro acometido, calor, estímulos, LATE, sem queixas.</p>														
<p>Sinais Vitais: Saída da SO</p> <p>T °C R rpm FC bpm</p> <p>PA 120/74 mmHg SAT 100 %</p> <p>() Regular () Irregular</p> <p>Destino: () SRPA () UTI () outros:</p>														



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Yonaketh camara da silva
Responsável Cirurgião DR. ALBERTO

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

☒ PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual: Não

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 Reserva 0

Data 29/04/2010 Hora: 07:30h

Assinatura

Clara

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista DR. EUDÉS

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
☒ Sim,

Qual: efusoxone 2g Hora: 8:10

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE 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

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura
Assinatura e Carimbo

Com 69381



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 Racho Distal (D)

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

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

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

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.

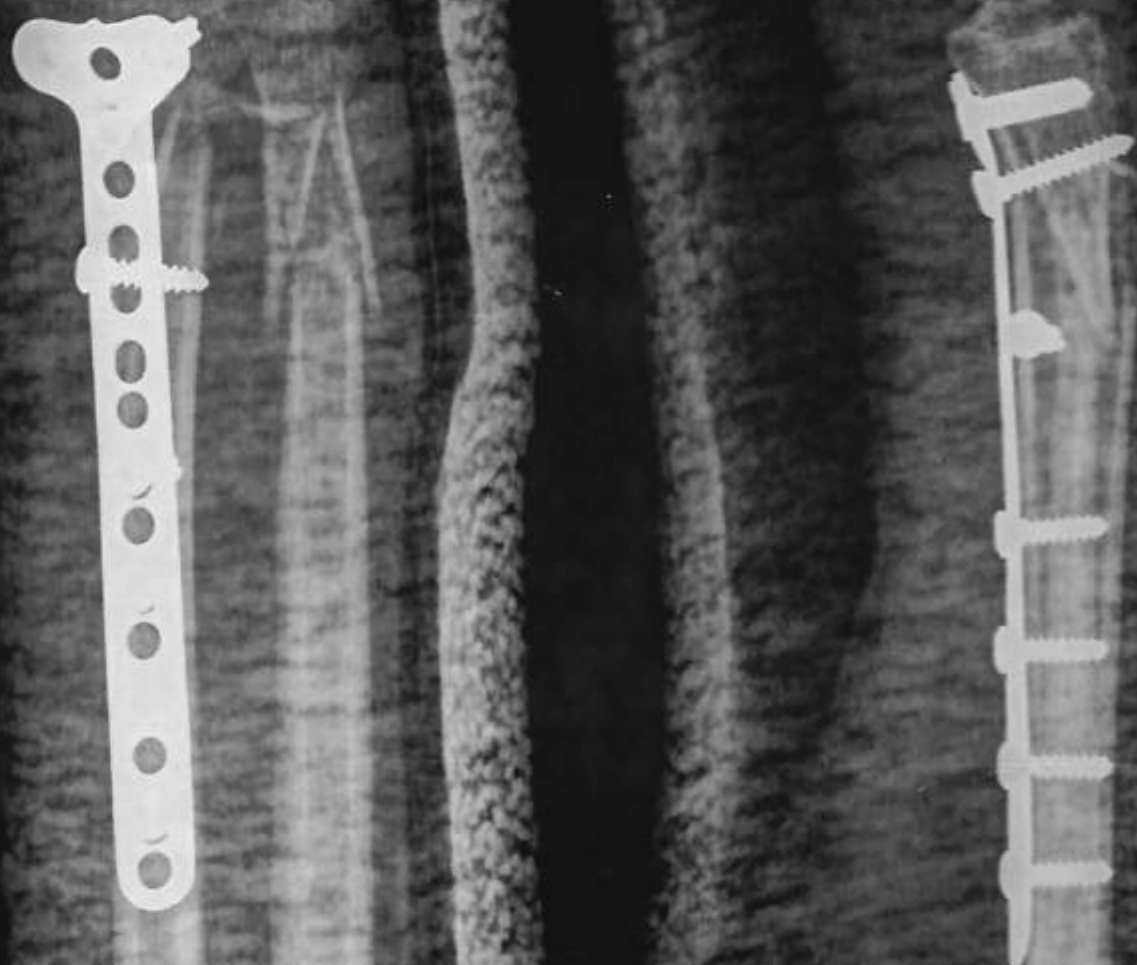
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odimar Okemiti

BOA VISTA, 29 / 04 / 20

Dr. Odimar Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1857/R

MÉDICO

D



YARA KETHE TAMARA DA SILVA 3748

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

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 Kethe Camara da Silva

Assinatura do Outorgante



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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YARA KETHE CAMARA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA 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