

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:
2960171420210125172616

Processo 0832550-71.2020.8.23.0010  - (34 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 11783 - Citação**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 					
Realçar Movimentos de: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros 					
Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 14	25/01/2021 17:26:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		14.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778348CONTESTACAO01.pdf	Público
		14.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2778348CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		14.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de YARA KETHE CAMARA DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (07/01/2021) e ao evento de expedição seq. 10.					
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 11.					
 11	15/01/2021 13:23:16	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	10	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de YARA KETHE CAMARA DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (07/01/2021)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
 9	07/01/2021 14:44:37	CONCEDIDO O PEDIDO	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário		
	8	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado		
	7	RECEBIDOS OS AUTOS	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
 6	07/01/2021 00:08:13	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ Glayson Alves da Silva Distribuidor		
	5	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO	Glayson Alves da Silva Distribuidor		
	4	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	ETHIANE DE SOUZA CHAGAS Analista Judiciária		
	3	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	2	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Núcleo de Plantão Judicial e Audiências de Custódia (NUPAC) - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		
 1	22/12/2020 16:01:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			



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

Carta nº 16092066



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

00030746

Pag. 01491/01492 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 16174215

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTMH 4E3SZ HWKLR Z835R



LIDER
Seguradora Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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: **YARA KETHE CAMARA DA SILVA** | 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: **693135725**

11 - Bairro: **CARANA** | 12 - Cidade: **BOA VISTA** | 13 - Estado: **R.R** | 14 - CEP: **693135725**

15 - E-mail: **LUANNA.SOUZA74@HOTMAIL.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:

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**
(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 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.

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 Sim Não | 31 - Vítima Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou Sim Não | 34 - Vítima Sim Não | 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**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDERECO: 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 POLICIA
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

LIDER
Seguradora Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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: **YARA KETHE CAMARA DA SILVA** 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: **R.R** 14 - CEP: **69313572**

15 - E-mail: **LUANNA.SOUZA74@HOTMAIL.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:

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) (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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

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 Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

NÃO ALFABETIZADO

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**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Yara Kethé Camara da Silva**

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Ruaelvoso**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Validação deste em <https://projudi.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTMH 4E3S7 HWKLR Z832R

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



14/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 539180



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	05/2020	23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1141	17-JUN-20	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



14/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 539180



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	05/2020	23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1141	17-JUN-20	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



14/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 539180



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	05/2020	23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1141	17-JUN-20	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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HUANNA AMORIM DE S. NOPES

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 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>CARANA</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69313572</u>
E-mail:	<u>HUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD):	<u>95991168367</u>		

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

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classific.
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

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 Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3264491 SSP/RR 09/04/2015 F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR 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 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
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL CLAUDECI.RODRIGUES

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

*Acidente de moto - Fratura exposta em
antebraco (6)*

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) *7h de moto com fratura exposta em
antebraco direito*

Exame Físico - *Presente velo tático com
fratura exposta em antebraco direito.
BEG, eupneia, mormoacolo, sudoreto.
AR: MV(+) S/ RA / ACV RCR em 2TB/NFSS*

Hipótese Diagnóstica - *WBD: Plano, RHA(+), pleuro*

SADT - Exames Complementares - *Ultrassonografia abdominal, urinário e retal*

Exames complementares: URG: RGA, TC, SANGUE, URNA, ESG, OUTROS.

*Prescrição: Diclofenacona 1a EV
Gantotromina 240mg EV
SIS 0,9% 500ml EV
Bromal 100mg S/ E 0,9% 100ml EV
Krox de ontebraço*

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

*HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Progresso - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO*

Conduta *Jul 2021
Sheila*

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revélia
 Transferência para: *Outro Ponto*

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

*Claudia Kleyarine
CRM-RR 2127*

Óbito *Carimbo e Assinatura do Médico*

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 29/03/2020 18:00:27

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ortopedia

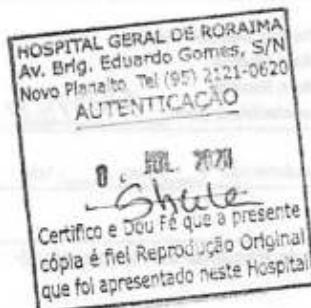
Paciente vítima acidente automobilico
de trauma em ponto D.
por + enema com.

ao trauma escoriações local e
tens articular sem contusões
de fuso de fratura.
HP: fx ossos pectorais.

on. - contusão
- luxação.

- desvio + escoriações
encaminho para cirurgia de
manipulação cirúrgica.
- seguimento CRM.

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/IRR



C 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 - N.º DO PRONTUÁRIO		
JARA VETTE JAMARIA DA SILVA		79324		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
70630417626156071		29/02/92		9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - CEP
Gisele Neres da Silva		95 3411356147		120000 R 69314206
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 045 - UF
Rua Capuacu 238 Ap. Jardim Primavera		Jardim Primavera		16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
fx risco e UNA risco				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
AS Scima				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
exame clínico + Imagem				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO
fractura + UNA muscular				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
osteosíntese				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO
				() CNS () CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
Dr. TUNIL SANTOS		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
29/04/2020				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N.º DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - N.º SERIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				40 - CNAE DA EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF				0408020407
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		5526
19/04/20				W499



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/01/2021

JARO RETTE RAMOS
MT SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fix ilíaco e vena renal*
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *AS destru*
TIPO DE INTERVENÇÃO: *Extratoscopia*
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Alema*

CIRURGÃO: *Dr. Elder* 1º AUXILIAR: *Dr. Alvaro*
2º AUXILIAR: *Dr. Elder Soares* INSTRUMENTADORA: *Dr. Augusto*
3º AUXILIAR: *CRM 1828/RR* ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente com DDIH
- ② AA + CCE
- ③ Acesso de Henry sobre o Foco da Fratura, Ressecção instrumenta + colocando rines difusos + os parafusos.
- ④ Controle hematico
- ⑤ LMC
- ⑥ Curva por planos
- ⑦ curvatura compensatória + TALA
- ⑧ Ao RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Yara Kattile Camara da Silva. 28a. 23/04/2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												Nº	ANESTESIA														
Não Houve																											
AGENTES	N 20	15	30	45	④	15	30	45	②	15	30	45	①	15	30	45	③	15	30	45	④	15	30	45			
	02																										
LÍQUIDOS VENOSOS	3	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500			
	U	40																									
DA X	IC	240	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160			
	ULSO	38	220																								
ANES X	36	200																									
	OP O	34	180																								
TEMP	32	160																									
	30	140																									
ASPIR A	28	120																									
	26	100																									
RESP O	24	80																									
	22	60																									
Expon.	20	40																									
Assist																											
	Centro																										
SÍMBOLOS																											
AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																							
A PENTANIL	100ml		bloqueto de pleco pro-	x - Chefe list antst. ok.																							
B MIDAZOLAM	50		outal suzaco por uso	monitor: SpO ₂ , FC, PGN 1616.																							
C PROPOFOL	50		VIA SUPRA CLAVICULAR	④ AUP ④ CN O ₂ 21min																							
D BUPIVACAINA	100		F ATILAR.	③ Sosão - PENTANIL 100ml																							
E ISOPROPILINA	400		VENTILANDO ESPONTÂNEO	midazolam 50																							
F				propofol 50																							
G				④ BPP - SUPRA																							
GLICOSE	LÍQUIDOS		Câmla - Naso / Oro-Faringea	L bupivacaina 50 -																							
NOCD			Naso / Orotráqueal - Cega	200 -																							
SANGUE			Bal - Tamp - Calibre do Tubo	- ATILAR																							
			Sel Máscara	L cidozana 200 -																							
			Dificuldade Técnica	bupivacaina 50 -																							
			Não Houve																								
				TEMPO DE ANESTESIA																							
				Laringo - Espasmo - Excesso Secre																							
				Depressão Respiratória - Hipoxia																							
				"Bucking" - Vômito																							
				Perda Sanguínea																							
				Hemorragia - Anemia																							
				Brad Taquicardia - Choque																							
OPERAÇÃO				CONFLUT.																							
osteosíntese de ossos do antebraço																											
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIA	④ Cefalotxina 2g ev.																								
			④ At PSLD																								

Yara Kattile Camara da Silva. 28a. 23/04/2020

Medico Anestesiologista
CRM 1690-RR
Jude Marques P. Filho



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	10:38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
YAN LETHE CANAÇA DA SILVA	302.7	179324	29	104/20

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OST. F.M.T. ANTEBARTO ①	8:28	9:15	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	DR. ALBERTO	ANESTESISTA:	DR. ELYES
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	DR. BRUNO
2º AUXILIAR	DR. EDELBERTO	INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	ELIANE / BAHIA

TIPO DE ANESTESIA: BPF

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 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 TAN 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 SEDA N° 400 MACROFILAS	
1	SERINGA 01ML AGULHA 40X12		1	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO CATETER 02	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° ALCOOL 70%.	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM DEGERMANTE	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA ATADURA CERDON 20cm	
1	LIDOCALA		1	OUTROS: ESCOUA P/ DEGERMANTE	

10ml NOVABUTI S/ VASO

1 RTABUTA GESSADA 20cm

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	1000,00 OST. 300	
	Bruno Joelma	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Vanu Kukku Lontanda dasduva

Residência: Floripa

Data de Nasc: 29/02/1992 Idade: 28

Termo de Consentimento Cirúrgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

1. Informações:

Jejum () Sim () Não

Prótese () Sim () Não

Exames () Sim () Não

Reserva UMI () Sim () Não

Lateralidade () Sim () Não

PNE () Sim () Não

Alergia () Sim () Não

Qual: _____

Reserva de Hemoderivado: _____

Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Sim () Não

Deambulando () Sim () Não

Consciente () Sim () Não

Com Suporte de O2 () Sim () Não

TOT () Agitado () Sim () Não

() Sim () Não

3. Sinais Vitais:

T _____ °C

R _____ bpm

FC _____ bpm

PA _____ mmHg

SAT _____ %

() Regular () Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

pele aderida ()

Der puborectal a.

T: elevado ()

pele seca ()

Obstrução urinária ()

Obstrução intestinal ()

2. Sinais Vitais: Saída da SO

T _____ °C

PA _____ mmHg

R _____ bpm

SAT _____ %

() Regular () Irregular

Destino: () SRPA () utm () outros: _____

INFRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Anestesia

Termino da Cirurgia

Término da Anestesia

Posicionamento

Anestesia

B. P. O.

Localização

Est. Análise

Cirurgia

Est. Análise

Localização

Horário

T

FC

PA

SPO2

TE

DOR

0/10

SINAIS VITais

1. Sonhada

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso

venoso

5. Outros:

Observações:

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

Medi

cação

CH

SNG/

Volume

Dreno/Qual

Outros

Saída

Horas

Cultura

Outros:

Nº Pegas:

() Sim

() Outros:

Nº Pegas:

() Sim



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Nome <u>João Pedro Corrêa das Neves</u> Responsável Cirurgião <u>Dr. Alves Barbosa</u> <u>DR. ALVES BARBOSA</u>	
ENTRADA (Sala Pré Anestésica)	
PACIENTE CONFIRMOU:	
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
RISCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
SÍTIO DEMARCADO <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	
OXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO	
O PACIENTE POSSUI:	
<input checked="" type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: <u>Nenhum</u>	
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis	
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos <u>Reservado o</u>	
Data <u>29/01/2021</u> Assinatura <u>João Pedro Corrêa das Neves</u> Hora: <u>07:30h</u>	
ANTES DA INCISÃO	
Anestesista <u>Dr. Eu de S</u>	
PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)	
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento	
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.	
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 PACIENTE POSSUI:	
<input checked="" type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: <u>Nenhum</u>	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: <u>Linfaxic 9g</u> Hora: <u>07:30</u>	
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	

Assinatura e Carimbo
João Pedro Corrêa das Neves
Data 29/01/2021



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 Rodo Distal (1)

NO DIA 29/04/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese De Fratura De Rodo Distal (1) 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 +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.

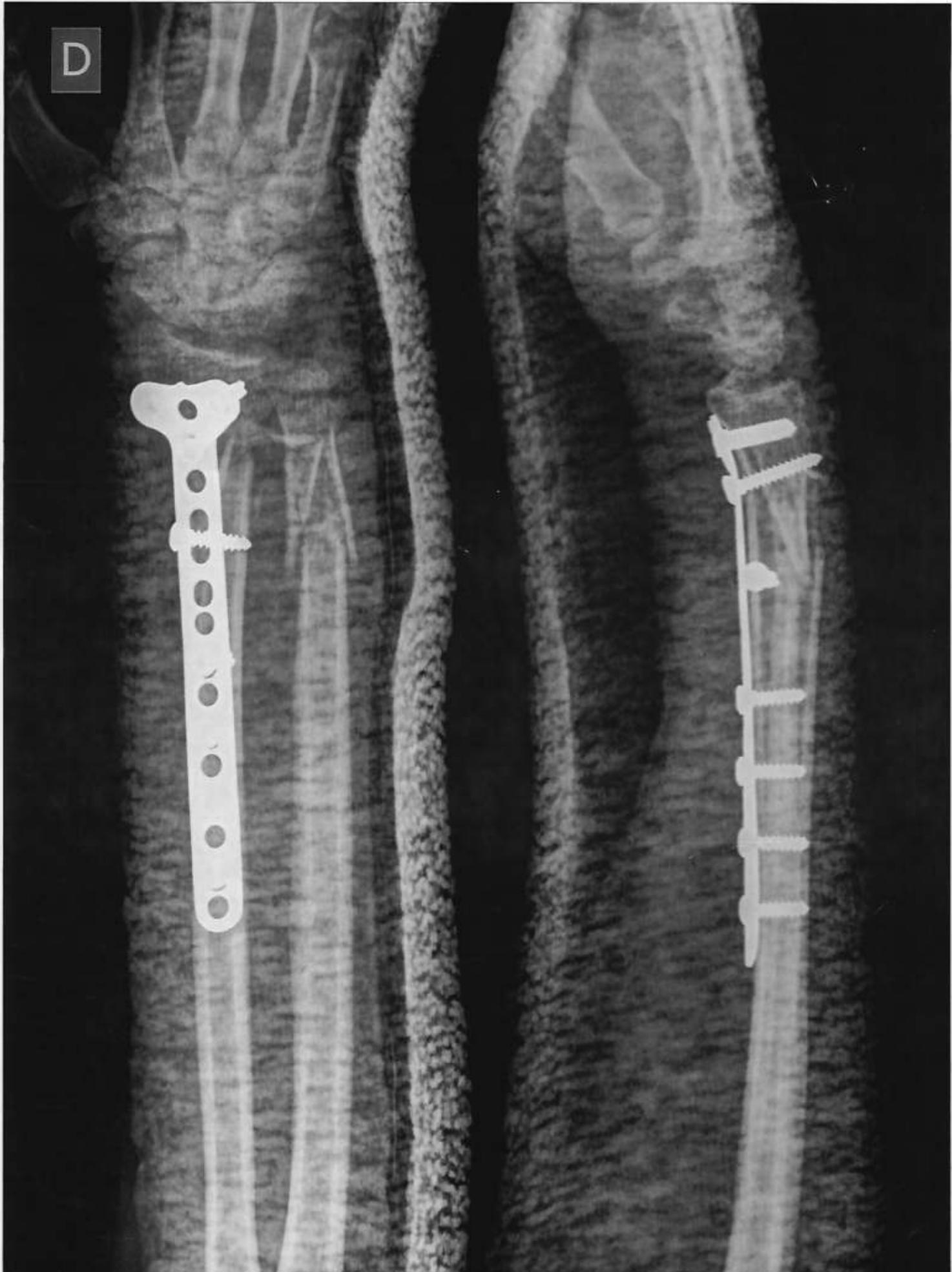
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odilon Okemill

Dr. Odilon Okemill
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18517/RR

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 Kethé 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

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 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