

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		RR	
NOME DAMARIS MENESSES VIEIRA SILVA			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/AF 3616916 SSP RR		
	CPF 005.210.182-77	DATA NASCIMENTO 27/02/1990	
	FUNÇÃO CICERO FERREIRA DA SILVA JOSILDA MENESSES DA SILVA		
	PERMISSÃO []	ACC []	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 06776143370		VALIDADE 04/01/2021	PHABILITAÇÃO 11/01/2017
OBSERVAÇÕES EAR			
ASSINATURA DO PORTADOR 			
LOCAL BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO 04/03/2019	
ASSINATURA DO FISCAL ANTONIO FRANCISCO BENEZES MARQUES DIRETOR PRESIDENTE INTERINO DETERMINAÇÃO		51318541021 R2J09575000	
RORAIMA			

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1557082414

PROIBIDO PLASTIFICAR
1557082414

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774634806

VIA 01 COD. RENAVAM 00499830849 ENTRADA 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

PLACA ANT./UF 302JC4820DR021853 CHASSI

ESPEC. E TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP./POT./CIL. 2P/0124CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGO*

VENG. COTA ÚNICA *PAGO*

1ª *****

FADA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *****

** PAGO COTA ÚNICA **

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7 IOF (R\$) R\$1.55 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$2.25 DATA DE PAGAMENTO 22/01/2018

SEM RESERVA PROIB SAIR DA A
MAZ OCIO

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 31/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO, SEGURO DPVAT

RR Nº 013774634806 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 31/10/2018

VIA 01 CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

RENAVAM 00499830849 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2012 CAT. UNIC 9 CHASSI 9C2JC4820DR021853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

01377463

75036688

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Damores Meneses Vieira Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: autônoma RG: 3616916
CPF: 005.210.182-77 ENDEREÇO: R. Antônio Loureiro da S
BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: Baalista
CEP: 69.317-176

VÍTIMA: Damores Meneses Vieira Silva
CPF: 005.210.182-77 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Loura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalididez que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Baalista-RR, 19 de Agosto de 2020

Damores Meneses Vieira Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA 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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA 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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





União

2001224880 27/02/2020 14:24:58 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 23

Paciente: DAMARIS MEENESES DA SILVA
Data Nascimento: 27/05/1990 Idade: 29 A 9 M 0 D CNS: 708907710101315 CPF: 00521018277 Prontuário: 00153950
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 31/05/2007 Sexo: F Estado Civil: PARDADA Raça/Cor: TUNTUM - MA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: JOSILDA MEENESES DA SILVA Pai: CICERO PEREIRA DA SILVA Contato: (95) 99126-1863 Ocupação:
Endereço: RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N.º 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: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
Acidente automobilístico

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente refere acidente automobilístico moto x moto referido por 9/10 no MSE. Naq TCE, vômitos.

Exame Físico:
A = V. as artérias periféricas, um calor cutâneo D = Pupilas isocóricas
B = eupneica em ar ambiente ECG = *15*
C = sem sinais de sangramento E = escoriações em MMII e MSE.

Hipótese Diagnóstica:
Traumatismo

SADT - Exames Complementares:
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) Dipirona 2g EV q 6h</i>		<i>16:35</i>
<i>2) Tilatil 40mg EV q 6h</i>		<i>PA: 113/84</i>
		<i>FC: 72</i>
<i>3) Analg. 1ml IV (F) 16:45</i>		
<i>4) Sifon 250ml IV 16:45</i>		
<i>5) Transderm 1mg IV 17:25</i>		

Carlos Alberto Jr. Médico CRM-RR 2000

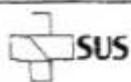
Conduta:
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: *ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta:

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Lauchon Junior Médico CRM-RR 1882*
Carimbo e Assinatura do Médico



BLOCO A


 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

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX exposto autônomo (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

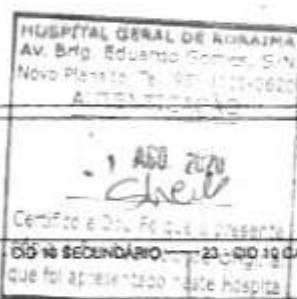
Exame pr + H+

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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 TRÂNSITO34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

 0408020431
 5527
 2499

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

1ª Classificação/Reclassificação
VERDE
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001224995	27/02/2020 19:39:55	FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA				NOITE 19-		1
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA		27/05/1990	29 A 9 M 0 D	708907710101315	00521018277	00153950		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3616916	SSP-RR	31/05/2007	F		PARDA	TUNTUM - MA	BRASILEIRA
Mãe	JOSILDA MENESES DA SILVA		CICERO PEREIRA DA SILVA		Contato		(95) 99126-1863	
Endereço	RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR						Ocupação	
Class. do Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			37.00		120 x 80		
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:					
SALA DE GESSO/ORTOPEDI	DEMANDA ESPONTANEA		KAREN.GARCIA					
Queixa Principal								
relata retorno com ortopedia								
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		
Nega alergia a medicação, HAS, DM				AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
F+ em antebraço (E), pequena ferida (expulsa)								
Exame Físico								
do dor e palpave ota (E)								
Hipótese Diagnóstica								
F+ diaf ulc (E)								
SADT - Exames Complementares								
<input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Ortopedia				AO C.C		Dr. Vitor P		
Condução								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Amputação								
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)								
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Internação								
<input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /								
óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / /								

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: viviam
Data Hora: 27/02/2020 19:41:58



2001224995



BOLETIM OPERATÓRIO

Amaris M. V. S. L.

Data: 27/05/12

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposta antebraço (F)
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteossintese Fx de antebraço (C) (ulna)
 TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Regei
 2º AUXILIAR: Moray A. R2 INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct DOH + anestesia
2. Limpeza + antiseptização + cobertura
3. Incisão longitudinal na região post-... do antebraço (C) + fixação por placa + parafusos de préter. + redução crânio + controle radiológico + placa DCP 6 parafusos 06mm
4. LMC + sutura + curativo

Vitor Paracat Santiago
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-RR 1535
 RQE 610





Danone menes Victor Slav 29a 22/02/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*Naga Olayia
Naga HFP

AGENTES		N 20		15		30		45		60		75		90		105		120		135		150		165		180		195		210		225		240	
		02																																	
LÍQUIDOS VENOSOS		100		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500		500			
DA		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
X		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
ULSO		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
AVES		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
X		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
OP		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
D		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
TESP		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
ASPIR.		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
A		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
RESP		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
D		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
Export		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
Ataxia		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
Contro		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
SÍMBOLOS		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100			
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES																													
A Fentanil 100µg		BPD 500mg POA		USO SUPLEMENTAR		MONITOR. SpO2, PL, PAN2, HCO.																													
B Levobupivacaína 50mg		OXIGEN		VENTILADOR MECÂNICO		① 100µg Fentanil 20																													
C Midazolam 5mg		C/O SUPLEMENTAR				② Sedação fentanil 100µg																													
D LORAZEPAM 1mg						Midazolam 5mg																													
E																																			
F																																			
G																																			
GLICOSE		LIQUIDOS		Cânula - Nasal / Oro Faríngea		④ DPF SUPLEMENTAR 20mg																													
NOC				Nasal / Orofaríngea - Cega		- 100mg 20mg																													
SANGUE				Btl - Tampo - Calibre do Tubo		- 100mg 20mg																													
				Sem Máscara		- 100mg 20mg																													
				Dificuldade Técnica																															
TOTAL		100mg		TEMPO DE ANESTESIA																															
OPERAÇÃO		Osteossíntese de fratura de																																	
		unha																																	
ANESTESIA		De Ana Paula		CÓDIGO		DE Vitor P.																													

⑥ Difference in

Bruno Thiago O. C. Silva
MÉDICO
CRM-PR 1025

Nome: Damianus Muniz Vieira Silva

Data de Nasc: 27/05/1990 Idade: 29 Setor/Leito: GT N°: 2001224995

Data: 27/02/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (✓) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (✓) Não Gravidez 20:34w

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Med. fratura exposta

1. Informações: antimigra

Jejum (✓) Sim () Não

Prétese () 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: Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

() Desambulando

(✓) Consciente

() Com Suporte de O2

() TOT

() Agitado

3. Sinais Vitais:

T 36 °C

R 86 rpm

FC 86 bpm

PA 124 x 54 mmHg

SAT 99 %

() Regular () Irregular

4. Anotações (Admissão do

Paciente):

Ver do achado admitti

paciente na anest

procedimento do CT para

tratamento cirúrgico

de fratura exposta

de antimigra

com hidratação e analgesia

medição monitora. Relat

ta perfum superior a

8 horas na anest

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Anestesia

Início da Cirurgia

Término da Anestesia

Término da Cirurgia

Posicionamento

20:20w

20:30w

20:40w

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

20:30

SRPA

Anestesia

Cirurgia

Horário

T

FC

PA

SPO2

ALDRE-TE

DOR 0/10

0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

Observações:

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

Sinais Vitais

Horário

T

FC

PA

SPO2

ALDRE-TE

DOR 0/10

0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

Observações:

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização

1. Sonda

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

SNG/Volume

CH

Medicação

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Horário

SVD/Aspecto

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Admitida na SRPA em POI de estomântico de ultra

por efeito de B.P. e Orelhada e esotratativa. Man

ando HVP em MSD + curativo selado em MSE. Proc.

diminuir sem intercorrências segue por 36h nos

curativos da equipe.

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

Enfermeiro

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Damiany Muniz Vieira Silva
Responsável Cirurgião Dr. Vitor Taniguchi
Raz. maney

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

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: Negativa

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos 12 ml/min

Assinatura

Data 27/01/20 Hora: 20:30h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr.º Arnaldo / Razu Bruno

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.

Calxay de Urinária sem intragastron fixa
A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

() Sim,

Qual: _____ Hora: _____

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 DESTA PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
Ana Est...

Bl A

102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Damaris M. V. Sil		
AGNOSTIC	POS-OP F+ melu (E)		
ALERGIAS	HAS NEGA DM2 NEGA		
IDADE	LEITO	DATA	27/02/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		24 06 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		29 08 16
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		29 06 12 18
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		28 10
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100 + 60	70	36

06 110 + 70 70

36

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Domônio Mendes Vieira 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27.2.20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 27.2.20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fratura de fêmur SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Pereira E DR. Augusto Cavalcanti

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29.2.20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1.3.20 ÀS 1 hora COM O
DR. Vitor Pereira

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.

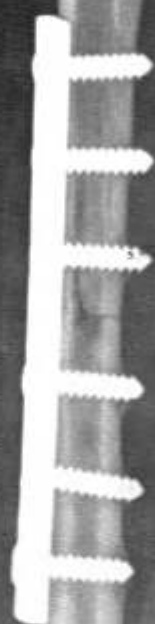
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Instituído em 1994

BOA VISTA 29.2.20

MÉDICO

E



DAMARIS MENESES DA SILVA

3066

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

005.210.189-77

4 - Nome completo da vítima:

Wameres Memes Vieira 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:

Wameres Memes Vieira Silva

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Antônio Patrício da S

6 - CPF:

005.210.189-77

11 - Bairro:

Santa Luzia

12 - Cidade:

Brasília

15 - E-mail:

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

69.312-176

10 - Complemento:

16 - Tel. (DDD):

9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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

☐ 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 (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

000324857

(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 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nôrco) ☐ Divorçado ☐ Casado com filhos ☐ Viúvo ☐ Casado com filhos ☐ Viúvo

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 (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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:

Brasília DF 25 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 10:49

Data/Hora Fim: 28/02/2020 10:49

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/02/2020 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Luzia

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DÂMARIS MENESES VIEIRA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 27/05/1990

Idade: 29 anos

Naturalidade: MA - Tuntum

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Josilda Meneses da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 361691-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua antonio coutrim da silva

Nº: 1745

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99130-5329 (Celular)

Nome Civil: JHONATAN VIEIRA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/10/1989

Idade: 30 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Auxiliar de Cartório

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Raimunda Arleide Vieira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3165299

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99126-1863 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

Grupo Veículo

Descrição HONDA/BIS 125

Placa NUI5499

Número do Motor JC48E2D021853

Ano/Modelo Fabricação 2013/2012

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 005.210.182-77

Renavam 00499930849

Número do Chassi 9C2JC4820DR021853

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 30/10/2018

Nome Envolvido

Dâmaris Meneses Vieira Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: a vítima acima qualificada é sua esposa; Que a mesma pilotava a motocicleta acima descrita; Que a vítima transitava pela rua Antônio Coutrim da Silva, quando ao cruzar pela Avenida Solon Rodrigues Pessoa, não visualizou outra motocicleta Honda/Titan-Preta, placa NAT2719; Que esta transitava pela via preferencial; Que houve a colisão entre os envolvidos; Que a vítima foi encaminhada pelo SAMU ao pronto socorro estadual HGR; Que segundo o comunicante a vítima fraturou o braço esquerdo e ficou lesionada em parte do corpo. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Washington Bairo da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000335

Responsável pelo Atendimento

Jhonatan Vieira Silva

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

005.210.189-77

4 - Nome completo da vítima:

Wameres Memes Vieira 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:

Wameres Memes Vieira Silva

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Antônio Patrício da S

6 - CPF:

005.210.189-77

11 - Bairro:

Santa Luzia

12 - Cidade:

Brasília

15 - E-mail:

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

69.312-176

10 - Complemento:

16 - Tel. (DDD):

9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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

☐ 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 (PAÍS, 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:

000324857

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nôtor) ☐ Divorçado ☐ Casado com filhos ☐ Viúvo ☐ Casado com filhos

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 (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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:

Brasília DF 25 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 971 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR

Nº DA NOTA FISCAL 5543363 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	16/08/2020	299	278,62

MARIA RITA BATISTA DE SOUZA

CPF: 00048758922334

R. ANTONIO COUTRIM DA SILVA 1745 - SANTA LUZIA

CEP: 69.317-176 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	10/07/2020	Anterior:	09/06/2020	Próxima leitura:	10/08/2020
Emissão:	09/07/2020	Apresentação:	10/07/2020	Dias de consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	T081913080	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2808							
Leit. Anterior	2509							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	299							
Faturador	299							

DESCRIÇÃO DA CONTA

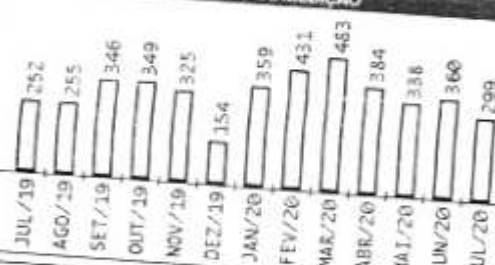
CONSUMO	299 A R\$ 0,755234 =	225,81
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00		0,01
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/20-00		7,22
MULTA POR ATRASO DE 1 03/20-00		2,27
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00		0,69
MULTA POR ATRASO 03/20-00		7,48
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20-00		10,22
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 299 0,517718

Média 12 meses

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/08/2020, em função das contas revisadas desta fatura. O res para o pagamento poderá ser realizado também a inclusão do nome do consumidor na CDE/RR. Informamos ainda a inclusão do vencimento e da realização do valor de R\$ 278,62. Valor este devido.

Mês Ano Valor R\$
08-2020 278,62

LIGUE 0800 00 00 00 E FAÇA O PAGAMENTO 11 3 31 31 35

RESERVADO AO FISCO F420.7C24.9994.7CAE.94C4.FB58.DA79.6F55

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	123,60
Distribuição:	54,13
Transmissão:	0,00
Encargos:	7,00
Perdas:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	225,81
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	38,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,45	17,70	35,40
Realizado	4,23		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	4,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,82	Limite	
Realizado			

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

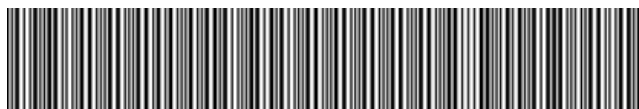
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Damores Menezes Vieira S inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Damores Menezes Vieira S

inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3835</u>

Local e Data: Boa Vista RR 25 de Agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83