



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013774634806

VIA: 01 COD. RENAVAM: 00499830849

BNTRC:

EXERCÍCIO:
2018

DAMARIS MENESSES VIEIRA SILVA

CPF/CNPJ:
005.210.182-77

PLACA:
NU15499

PLACA ANT/LIF:

CHASSI:

302JC4820DR021853

ESPECIE/TIPO:
PAS/MOTONETA/NÃO 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

I COTA UNICA
P *PAGO*

VENC. COTA UNICA
PAGO

VENC/COTAS
1º *****

P FADA/TPVA
V ** PAGO COTA UNICA **

PARCELAMENTO/COTAS

2º *****

A PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)
R\$0.7

IDF (R\$)
R\$1.05

PRÉMIO TOTAL (R\$)
R\$1.05

DATA DE PAGAMENTO:
22/01/2018

SEM RESERVA
PROIB SAIR DA A
MAZ OCIO
Antonio Francisco Beserra Marques

Diretor Presidente
DETAN-RR

LOCAL:
BOA VISTA-RR

DATA:
31/10/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO PELA DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, APRESENTADAS TRANSPORTADAS QUANDO: 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

PLACA:
NU15499

VIA: 01 CPF/CNPJ:
005.210.182-77

RENAVAM:
00499830849

MARCA / MODELO:
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.:
2012

CAF. NIRE:
9

Nº CHASSI:
9C2JC4820DR021853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$):
R\$81.29

DETAN (R\$):
R\$9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$):
R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$):
R\$4.15

IDF (R\$):
R\$0.7

TOTAL A SER PAGO (R\$):
R\$185.5

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OBTENÇÃO:
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 MENESSES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESSES
VIEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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 MENESSES 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 MENESSES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESSES
VIEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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 MENESSES 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: Damares Meneses Vieira Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 3616916
CPF: 005.210.182-77 ENDEREÇO: R. Antônio Laybris dos S
BAIRRO: Santo Lúcio CIDADE: Boa Vista
CEP 69.317-176

VÍTIMA: Damares Meneses Vieira Silva
CPF: 005.210.182-77 DATA DO ACIDENTE:
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves França
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 Iacaraí Mococa

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por intendida, a 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.

Boa Vista/RR, 19 de Agosto de 2020

Damares 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES
VIEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESSES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESSES 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



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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESSES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESSES 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



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, 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



1^ª Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001224880	27/02/2020 14:24:58	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	23
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
DAMARIS MENESES DA 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
IDENTIDADE	3616916	SSP-RR	31/05/2007	F		PARDA	TUNTUM - MA
Mãe							Nacionalidade
JOSILDA MENESES DA SILVA							BRASILEIRA
Endereço							Ocupação
RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				Registrado por:	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					ANTONIA, SOARES

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 referenciado 9/10 no MSE. Nage TCE, vômitos,

Exame Físico
 A = V. as circunstâncias per vias, dor colar cervical D = Pupilas isocônicas
 B = síncope em um ambiente ECG: 
 C = sem sinais de sangramento F = escoriações em MM II e MSE.

Hipótese Diagnóstica

1. Trauma

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição

1) Dipirona 2g evogas
 2) Tidatil 40mg ev cegos) 15.00

APRAZAMENTO

16:35

PA: 113/184

FC: 72

3) Diazep 10ml fisiol 10:00
 4) Sifoxal 250ml fisiol 10:45
 5) Trinadol 10mg IV 17:25
 Carlos Alberto Jr.
 Médico CRM-RR 2080

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Boa Vista - RR - 69060-020
 AUTENTIFICO

, ABR 2020

Sheila

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: *Ortopedia*

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Certifico que a paciente está presente
 cópia: _____ 3º original
 que foi apresentado neste Hospital

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IMI Anatomia Patológica / / /

Laudes / / /

Médico

CRM-RR 1882

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



Data 29.02.2020

BLOCO A

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° DO PRONTUÁRIO				
Damara M. V. Silva			453950				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
40820177104013115			27/05/1990		Male <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fam. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		
José da Silva Meneses Silva			03591911264963		Rua Antônio Lautém 1745 Senador Freitas		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP
By			RMR		RR		14000-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Ft expost antetor (5)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Arteria							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Exame fez ft							
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICAL				21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Ft expost antetor (5)				IAB 201		CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
que foi apresentado neste hospital							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Anterentes de Ft ultm (5)							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Arteria		Internação		<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr Vito Paracut				27/02/20		X	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		() AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
						0408020431	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				5527	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				u499	
27/02/20							



Data: 27/02/12

O.S. _____

Jamaris M. V. S. Sch

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx exposto antebraço (F)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: osteosíntese Frx do antebraço (ulna)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

GNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Paracat

1º auxiliar: Regez

2º auxiliar: Morey A. R. Z.

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

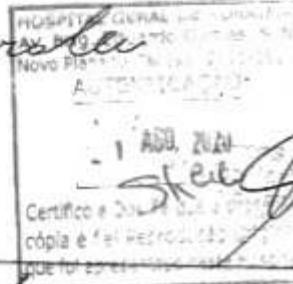
FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct don + anest
2. Limpa + cutex + cap st
3. Injeção local em regio pto - Vole
anteb (O) + fixaçao por placa st - ofer
fractura + ressecção crural + osteotomia
radio + placa DCP 6 ofer 06mm de
osteotomia
4. Linc + sutur + curativo

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RUE 610





Danos menores U-cm. Gua. 29a		27/02/2020	
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		"Naze Olegia Naze APP	
AGENTES	N 20		
	02		
	LÍQUIDOS VENOSOS	AP 450 UV 200 D 0	200 500 SF
	DA X	240	500 500 500 500 500
	ULSO 8	200	
	ANES X	180	
	OP 0	160	
	TEMP	120	
ASPIR. A	100		
RESP 0	80		
	60		
	40		
	20		
Expir.			
Auxil.			
Contro			
SÍMBOLOS	250 - 60	6	
AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTACOES
A Fentanil 100ug		BPF SUPRACO POC	✓ CUFIX LIST ANEST. OK.
B Lembup 100 ug SN		USU SUPERACIONTE	MONITOR. SpO2, Fl. PANZ, GLC.
C Midazolam 5mg		OXI. GA	① Aut/Numedise 20 ② CNO 200m
D LORAZEPAM 100 mg		VENTILANDO EXPONTÂNEA	③ Sedação fentanil 100ug
E		PO. SUPLEMENTAR	Midazolam 5mg
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringeia Naso / Otorrágico - Cega Bol - Tano - Calibres do Tubo Bolsa Máscara Dilatação Táctica	④ DPF SUPRAFLUOR 200 + LIQ 200 → OXIAP FLUOR 25 → + LIQ 200 →
NOCD			
SANGUE			
TOTAL	5000.1000	TEMPO DE ANESTESIA	⑤ Infarcto 2g CV
OPERAÇÃO	Osteosíntese de fratura da unha		Lamango - Espasmo - Excesso Seco Desordem Respiratória - Hipoxia "Buckong" - Vômito
ANESTESE	D. Ana Luisa	CÓDIGO	Hemorragia - Anemia Brad Taquicardia - Choque
		DR. Vitor P.	PERDA SANGUÍNEA
			⑥ Dipirona 2g IV

Bruno Thiago O. C. Lima
MÉDICO
CRM-PR 1028



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

FOLHA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRURGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>ortopedia</i>	Procedimento Realizado: <i>osteosíntese fixação úlc e fissura</i>			
Nome do Paciente: <i>Jeanne menezes lopes silva</i>	IDADE: <i>29</i>	SEXO: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data	<u>27/04/20</u>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>I</i>	Circulante de Sala:	<i>Nunes</i>
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Pequeno. Frascos</i>					
Dados dos materiais:					

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGÃO: m. vitor paracet 1º AUXILIAR: A marcos Aquino.

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()	Nome da Empresa:SIRIUS ()/SINTESE ()/QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRURGIANO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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

Name: Germania Muenster Viewpoint Silhouettes

卷之三

sector/ site: GI N°: 4881824995 Date: 23 / 04 / 2020

Data de Nasç.: 24 / 06 / 1949

Date: Oct. 1, 1968

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (✓) N

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

NETRA OPERATÓRIA

588

卷之三



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DA INCISÃO
Nome <u>Domènec Munoz Vives Sílvio</u> Responsável Cirurgião <u>Dr. Víctor Rangel</u> <u>Quem monitor</u>		Anestesista <u>Dra. Ana Paula Rua Brunor</u>
ENTRADA (Sala Pré Anestésica)		PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)
<p>PACIENTE CONFIRMOU:</p> <p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Identidade <input checked="" type="checkbox"/>) Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/>) Procedimento <input checked="" type="checkbox"/>) Consentimento (<input type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não) Aplica (<input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica</p>		<p>CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (<input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não) Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/>) Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/>) Procedimento</p>
		<p>CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:</p>
		<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) Revisão do paciente Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.</p>
		<p>EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: () REVISÃO DO CIRURGIAO: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente</p>
		<p>(<input checked="" type="checkbox"/>) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente</p>
		<p>(<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. <u>Lavagem de linhas</u>. Sem introgadores fisiológicos.</p>
		<p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. () Não se aplica () Sim, Qual: _____</p>
		<p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/> Sim, Qual: <u>Megulha</u></p>
		<p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis para fluidos <u>Flujo de suco</u></p>
		<p>RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml (<input checked="" type="checkbox"/>) Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos <u>Flujo de suco</u></p>
		<p>Data <u>27/01/20</u> Assinatura <u>Champlas</u> Hora: <u>20:30h</u></p>
<p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não se aplica</p>		

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Ana Lúcia
Escrivã
contatissimatura e Carimbo

Bl A 102-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Damiris M. V. Set		
AGNÓSTICO	POS - OP Fx coluna (E)		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	NEGA	DM2
	LEITO		DATA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		Mantuv
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		24 08 12 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		SN
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		24 06 12 18
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		25 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, ÁFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORÁDO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100-100	70	36-

06 110+70 36-

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



FONTE: D.O. SECRETARIA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA



102-2

DATA DE ADMISSÃO		DIH	27/02/2020	DN	
PACIENTE	DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	102-2	DATA	28/02/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8:00
2	AVP				10:00
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12:00
4					14:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				16:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				18:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				20:00
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				22:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				24:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				00:00
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				02:00
12					04:00
13	CURATIVO				06:00
14	SSVV + CCGG 6/6H				08:00
15					10:00
16					12:00
<u>SE DIABÉTICO</u> 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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM USO DE CURATIVO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. CIRURGIA REALIZADA DIA 27/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	TF	
12 H	138/87	67		36,6°C	
18 H	117x70	65		36,0°C	
24 H	128x81	59		36,3°C	
06 LT	129x85	62		36,4°C	

Tensão arterial 138/87 mmHg na 12h, 117/70 na 18h, 128/81 na 24h e 129/85 na 06h. Temperatura corporal 36,6°C na 12h, 36,0°C na 18h, 36,3°C na 24h e 36,4°C na 06h. Peso 55kg. Altura 1,66m. Peso ideal 65kg. IMC 23,8. Pressão arterial sistólica 138mmHg. Pressão arterial diastólica 87mmHg. Freqüência cardíaca 67bpm. Freqüência respiratória 65bpm. Temperatura corporal 36,6°C. Freqüência cardíaca 59bpm. Temperatura corporal 36,3°C. Freqüência cardíaca 62bpm. Temperatura corporal 36,4°C.

Unidade de Atendimento
COREN-RR 20136-71

DM → CPM
mudados graus futos
Sem queixas



102-02

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Domingos Mendes Vieira

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27/12/2010, 29 ANOS,
 DIAGNÓSTICO DE fratura exposta de fêmur, COM

NO DIA 27/12/2010 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura exposta de fêmur, SENDO

OPERADO PELO DR.

Ulisses Ferreira

E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/12/2010, ÀS 10:00h, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

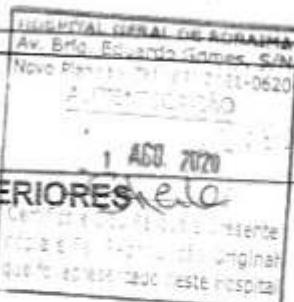
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 13/01/2011, ÀS 10:00h

DR. Ulisses Ferreira, COM 0

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.



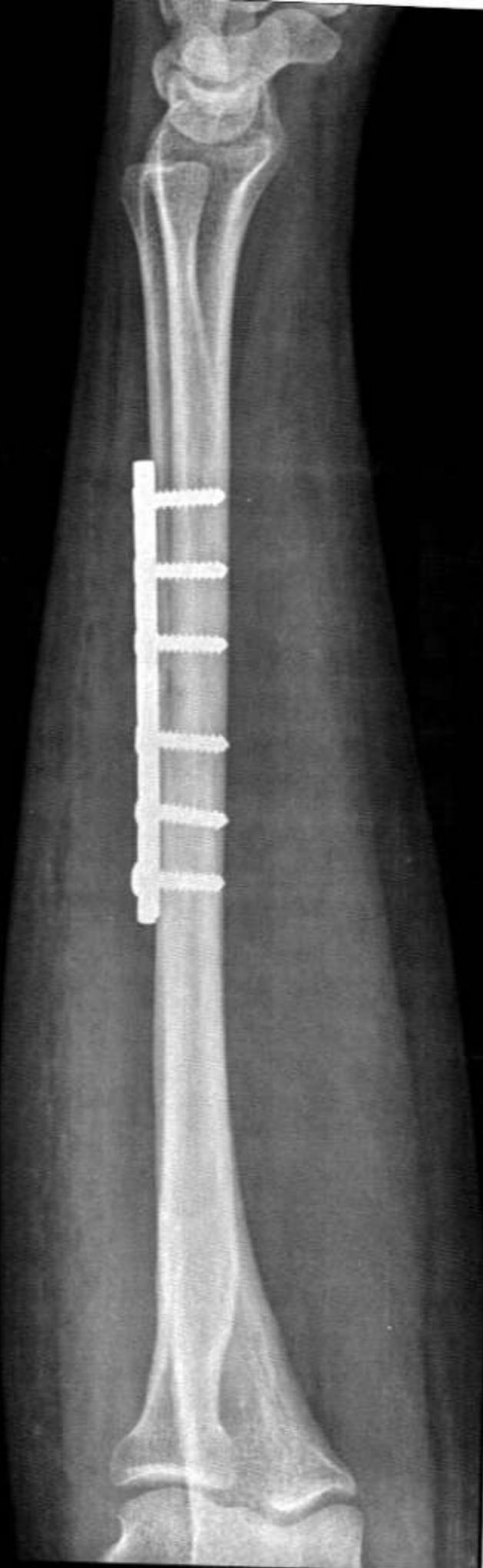
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Augusto Cavalcante
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 DATA: 10/01/2011

BOA VISTA

MÉDICO

E



DAMARIS MENESES DA SILVA

3066

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
	2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 005.210.182-77	4 - Nome completo da vítima: Wâmpires Nunes Vieira Silveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	Wâmpires Nunes Vieira Silveira		6 - CPF: 005.210.182-77	7 - Profissão: Autonomia
7 - Profissão:	8 - Endereço: R. Antônio Coutinho s/n	9 - Número: 1793	10 - Complemento: Bento Luzia	11 - Bairro: Bento Luzia
12 - Cidade: Belo Horizonte	13 - Estado: MG	14 - CEP: 69.312-176	15 - E-mail: william.goncalves@uol.com.br	16 - Tel.(DDD): 01913-3855
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 				
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado Civil: _____				
24 - Número de identificação: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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) <hr/> 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) <hr/> 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, <i>Belo Horizonte PR 25 de Agosto de 2020</i>				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Wâmpires Nunes Vieira Silveira</i>				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>William Gonçalves</i>				

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: 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	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DÂMARIS MENESSES 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	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/BIZ 125	CPF/CNPJ do Proprietário 005.210.182-77
Placa NUI5499	Renavam 00499830849
Número do Motor JC48E2D021853	Número do Chassi 9C2JC4820DR021853
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor VERMELHA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 30/10/2018
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dâmans Meneses Vieira Silva	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, 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 Baião 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 responderá civil e criminalmente pela presente declaração, na base das leis devidas, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
	2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 005.210.182-77	4 - Nome completo da vítima: Wâmpere Menezes Vieira Silveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	Wâmpere Menezes Vieira Silveira		6 - CPF: 005.210.182-77	
7 - Profissão: Autonomia	8 - Endereço: R. Antônio Coutinho s/n	9 - Número: 1793	10 - Complemento: Bento Luzia	
11 - Bairro: Bento Luzia	12 - Cidade: Belo Horizonte	13 - Estado: MG	14 - CEP: 69.312-176	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 01913-3855			
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00030485 7 (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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<ul style="list-style-type: none"> • 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				
24 - Estado: _____ 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, _____ Wâmpere Menezes Vieira Silveira				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) William Gonçalves				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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:	18/08/2020
Emissão:	09/07/2020		Apresentação:	10/07/2020	Dias de consumo: 31

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	81F	TDB1913080	NORMAL	CONVENC

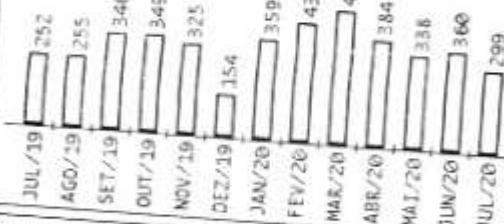
DADOS DA LEITURA (kWh)								
	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh FPONTA	INJETADO FPONTA	KWh INTERMED	INJETADO INTERMED	KWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2808							
Leit. Anterior	2509							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	299							
Faturado	299							

DESCRIPÇÃO DA CONTA	
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00	299 A R\$ 0,755234 = 225,81
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/20-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE I 03/20-00	7,22
JUROS DE HORA POR ATR 03/20-00	2,27
MULTA POR ATRASO 03/20-00	0,69
JUROS DE HORA DE IMPD 03/20-00	7,43
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,22
	24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

 TÉCNICAS DE TRIBUTOS:
 IR 2020 - 0,517778

Média 12 meses

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO


Unidade consumidora 0076880-4 e responsável pelo fornecimento de energia elétrica a partir de 2018/2020, em função das contas realizadas no nome do consumidor na SIEF. Informações ainda existentes em seu histórico e já realizadas em seu valor de R\$ 0,00 (zero) o valor deste aviso.

 Mes Ano: Valor R\$
 05/2020 278,62

LIGUE 0800703510 E FAÇA SEU VENDE-PRO 15 11 35 21 75

RESERVADO AO FISCO F420,7C24,9994,7CAE,94C4,FBS8,DA79,6F55

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

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

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	225,81
ALIQUOTA	VALOR
ICMS:	17,00%

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

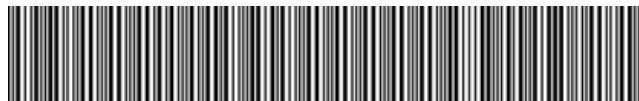
**RORAIMA ENERGIA**

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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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/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 RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Damares Memeses Viana S inscrito (a) no CPF sob o N° 005.910.182-77
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Damares Memeses Viana S
 inscrito (a) no CPF sob o N° 005.910.182, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:	<u></u>
Bairro:	<u>Barra 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>(69) 313-3835</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 ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1