

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 3 - CIRURGIA
PG 14 - EVOLUÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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, 19 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217231

Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Data do Acidente: 28/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000033411-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alexandra dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alexandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2198 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Boa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8
(Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

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

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 06 de Setembro 2021
INGRIDI ALESSANDRA
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
William Goncal
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/08/2021 16:00:19 Data/Hora Fim: 30/08/2021 16:09:07
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central
Data/Hora do Fato Início: 28/12/2020 18:00
Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cambará
Logradouro: Av. General Ataíde Teive
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 11/06/2000	Idade 21
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Manaus - AM	
Nome da Mãe: Ingridi Rozangela Silva dos Santos		Nome do Pai: José Ricardo Maciel Brandão	

Documento(s)

RG: 306862-5
CPF: 028.276.502-66

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Vila jardim Nº: 404
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99177-7902 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 586.365.442-20	Placa NAM8565
Renavam 00209422785	Número do Motor KC15E5A095675
Número do Chassi 9C2KC1550AR095675	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 01/07/2021	Situação do Veículo RENAINF - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 30/08/2021 16:09:10

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ingridi Alessandra dos Santos Brandao	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sr.(a) Delegado (a) a comunicante entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP, através do número telefônico: (95) 99177-7902 para relatar o seguinte fato: QUE no dia 28/12/2020, por volta das 18h:00min da noite, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, de placa NAM-8565 em via pública pela Av. General Ataíde Teive, no bairro Cambará/RR/BV; QUE no decorrer dessa avenida, inesperadamente, um carro, fechou a frente da comunicante; QUE a comunicante tentou desviar, porém a motocicleta foi raspando com a lateral do veículo; QUE o lado direito da comunicante foi imprensado e esmagado durante a colisão; QUE no final a comunicante foi arremessada de sua motocicleta; QUE devido a isso a comunicante acabou sofrendo diversas lesões e fraturas por toda extensão do corpo; QUE a comunicante ficou imóvel no local do acidente esperando por socorro; QUE após isso a comunicante foi socorrida por transeuntes que ali estavam; QUE uma médica que estava no local a paisana, foi de encontro a comunicante e realizou os primeiros socorros; QUE essa mesma médica com auxílio de outros transeuntes colocaram a comunicante no veículo da médica; QUE a comunicante foi levada para o Hospital Cosme e Silva e posteriormente para o Hospital Geral de Roraima, onde recebeu o devido tratamento médico (Documentação médica em Anexo).

QUE a comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (30/08/2021) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE a comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para a comunicante que ela poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116604
Responsável pelo Atendimento

Ingridi Alessandra dos Santos Brandao
Vítima, Comunicante

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



Documento assinado eletronicamente, via Gov.BR, por **HUALACY SEELIG SOARES DE SOUZA**,
Responsável pelo Atendimento, em 30/08/2021 às 17:09:34, horário de Brasília.

O sigilo deste documento é protegido e controlado pela Lei N° 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.



A autenticidade do documento pode ser conferida no link:

<https://seguranca.sinesp.gov.br/sinesp-assinador/public/verificar.jsf>

Informe o código verificador (MAC): **6F992G5** e o código CRC: **3292465125PP**

Este documento ainda poderá receber assinaturas.

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: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alexandra dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alexandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2198 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Boa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8
(Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

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

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 06 de Setembro 2021
INGRIDI ALESSANDRA
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
William Goncal
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Para consultar com a Roraima Energia, informe este número

0888449-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gonçalves, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.982.002-3

Nº DA NOTA FISCAL 8217117 FICAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 15.438 de 22 de abril de 2002
Regime Especial de Imprescricão autorizada pela SEFAZ RR/13

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2021	11/09/2021	263	160,88

FERNANDO SILVA DOS SANTOS
CPF: 000017827666264
R. JOSE ALFEXO 2145 2 - ASA BRANCA
CEP: 69.114-272 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 18/08/2021 Anterior: 19/07/2021 Próxima leitura: 17/09/2021
Emissão: 17/08/2021 Apresentação: 18/08/2021 Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1-4 1.2 Classe/Subclasse: RESID. BX. REND. BIF. Ligação: TDB2041462 Número Medidor: NORHAL Modalidade: CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWH)

	KWH TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWH T.PONTA	INJETADO T.PONTA	KWH INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWH RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	576							
Leit. Anterior	313							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	263							
Faturado	263							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$ 0,233216 =	6,99
	70 A R\$ 0,399807 =	27,98
	120 A R\$ 0,599710 =	71,96
	43 A R\$ 0,666349 =	28,65
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	39,66	
TOTAL ENCARGOS		29,07
TOTAL DEVOLUÇÃO		3,77-

OUTRAS INFORMAÇÕES

INFORMAÇÕES DE INTERESSE DO CONSUMIDOR



Média 12 meses: 235

Este consumidor é beneficiário do VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 15/08/2021, não constamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

**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: 7352708

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

LAURA MOREIRA

69318050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 04/2021	PERÍODO DE CONSUMO 10-MAR-21 a 08-APR-21
CONSUMO (kWh) 559	VENCIMENTO 06-MAY-21	TOTAL A PAGAR R\$ 357,99

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 04/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 357,99
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000031.579900750004.000000000703.349404210057



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020**

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 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu WILLIAM GONÇALVES FRANCO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ingrid Alexsandra dos Santos Brandão inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.276.502,66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ingrid Alexsandra dos Santos Brandão

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.276.502,66 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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: RUA CC - 11		Número: 294	Complemento: CASA
Bairro: LAURA MOREIRA	Cidade: BOA VISTA	Estado: RR	CEP: 69.318-050
E-mail: wfranco992@gmail.com		Tel.(DDD): (95) 99113-3855	

Local e Data: Boa Vista RR 30 de Agosto de 2021

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001296796 28/12/2020 20:28:45 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente **INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO** Data Nascimento **02/03/1999** Idade **21 A 9 M 26 D** CNS **898002756029809** CPF^{UF} _____ Prontuário _____
 Tipo Doc _____ Documento _____ Órgão Emissor _____ Data Emissão _____ Sexo **F** Estado Civil **NAO** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade _____ Nacionalidade **BRASILEIRA**
IDENTIDADE Mãe **INGRIDI ROZANGELA SILVA DOS SANTOS** Contato **(95) 99165-2646**
 Endereço **RUA - VILA JARDIM - 404 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR** Ocupação _____

Class. de Risco _____ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira _____ Validade _____ Autorização _____ Sis Prenatal _____
 Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. _____ Procedência _____ Temp. _____ Peso _____ Pressão _____
 Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. _____ Registrado por: **EDVAN.NASCIMENTO**

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em ME (G) veio encaminhado do Centro Socorro Psorru

Exame Físico *e silvo. R- fratura de fêmur distal (D) A solo de Gesso*

Hipótese Diagnóstica *Dr. Leonardo Rabelo*
 Ortopedia e Traumatologia
 URR 1715 ROE 614

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

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

óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica ____/____/____

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

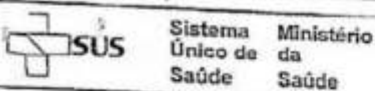
Impresso por: edvan.nascimento
 Data Hora: 28/12/2020 20:30:07



1120
 127804 - Sistema de Informação
 11 - 422 - 1121.0

Ata: 31/12/20 Anexo 1

BLOCO A



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Israel Alexandr dos Santos Brandão

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

285509

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9181010275610292109

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/03/79

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Israel de Assis Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

93 91168216416

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Vila Sardenha 404 cidade Natal RN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bea Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

RN

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura de fêmur distal aberto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tratamento cirúrgico

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

Histórico + Exame físico + Radiologias

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur distal (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Patrick

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/12/20

Dr. Odinachi Okamoto
Residência Especializada
em Traumatologia
CRM-1864 - RR
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408050604

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

5424

VN



Ingrid Alessandra
Dos Santos Brandão

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28/12/20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Terço Distal (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento cirúrgico fratura de fêmur distal (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: O O

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Patrick 1º AUXILIAR: Dr. Odinachi B

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.D.H., sob anestesia
- (2) Aspirar e Antiseptizar
- (3) colocação de campos estéreis
- (4) redução fragmentos + fixação transoscular com fixador externo
- (5) controle radiológico
- (6) Z.M.C
- (7) curativos
- (8) R.P. &

Patrick Roberto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1851 - RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente Ortopedia
e Traumatologia
CRM 1851 - RR



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Paulo Roberto dos Santos Romão
Responsável Cirurgião Dr. Paulo Roberto dos Santos Romão

Anestesta Dr. José Luiz Rodrigues

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: _____

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

Data 08/12/2013 Assinatura Paulo Roberto dos Santos Romão
Hora: 12:32

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
 Não se aplica
 Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim
- Não se aplica

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 SÃO CORREIAS
 Sim 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
Aline J.S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.537 EM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE *Ingrid Alessandra dos Santos Brandão*

AGNÓSTICO *O Fratur. De Tornoz. Distal (D)*

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE _____ LEITO _____ DATA *28/12/20*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N <i>08/08H</i>	<i>02-10-18</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>02-08-19 20</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>08/12/20</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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	<i>02 10-18</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>06-12-18, 20</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>Suspenso</i>	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSV + CCGG 6/6 H	<i>Retinal</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>Realizar</i>
15	<i>Cloxacilina Augm S.C 1x DIA</i>	15
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente Ortopedia
 e Traumatologia
 CRM 1851 - RR

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,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

destruo 06hs - 152 mg / dl

Cor ADM

PR

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: *José de Alexandre dos Santos*

AGNÓSTICO: *Ex de trauma distal*

ALERGIAS: HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: *29/10/10*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>08</i> 14:20 <i>02</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>08</i> 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>08</i> 06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>08</i> 06
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>08</i> (14) (22) (06)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>08</i> 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>12</i> 18 24 <i>06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>08</i> 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	-
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO	-
15	<i>Clexane 400mg SC 1x dia</i>	<i>06</i>
16	<i>Diazepam 10mg VO a noite</i>	<i>01/05</i>
17	<i>AO Bloco A</i>	N/A
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:

Dr. Pedro de S. Fonso
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 Clínica 2004

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TP	ST
12 H	<i>110x60</i>	<i>76</i>	<i>20</i>	<i>36.5</i>	<i>97%</i>
18 H	<i>100x60</i>	<i>92</i>	<i>20</i>	<i>37.3</i>	<i>97%</i>
24 H					

D. F. Vera Lúcia M. Co
 Técnica em enfermagem
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Depto 1204/10

06h. 80/60 82 20 36.00



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29 / 12 / 2012

MEDOPACIENTE: Imgrid Almeida dos Santos

SINAIS VITAIS

RA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	
08	36.7	75	—	—	100/75	:						:						
						:						:						
						:						:						
						:						:						

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE PR ORO

RA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA
:00					13:00					20:00
:00					14:00					22:00
:00					15:00					00:00
:00					16:00					02:00
:00					17:00					04:00
:00					18:00					06:00
:00					19:00					

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino

Inquil

COL ADM

Wm - J - V
OK OUT.
T. bion

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



BLA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Ingrid Alexandr dos Santos</i>		
AGNÓSTICO <i>OPX Hum distal</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA DM2
IDADE	LEITO	DATA <i>20/12/10</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H	<i>08-14-20-02</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>14-18-22-06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>12-18-24-06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SND
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>ROTINA</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>claxone 1000 1x dia</i>	<i>06-14-22-06</i>
16	<i>Diazepam 10mg VO a noite</i>	<i>06/06</i>
17		
18	<i>AO MODO A //</i>	<i>NIR</i>
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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TX
12 H	<i>120/80</i>	<i>75,6</i>	<i>20</i>	<i>36,2</i>
18 H	<i>108/74</i>	<i>77</i>	<i>/</i>	<i>36,2</i>
24 H				

Des: 100-120/60-80
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

24 90+60 80 36°C
06 90+70 85 36°C

*DBW por no leito, sem
queixas, adm. medicadas
conforme prescrições, segue
aos cuidados da enfermagem
Téc. Sanitária*

Alta

102-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	102-3	DATA	31/12/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU 20mg O2CP 1XDIA				6
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				6 12 18 24
6	TRAMAL 50MG 2 AMPs+ SF 0.9% 100 ML EV DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
12	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				16
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP	
6 H				
12 H	103x72	79	—	35°C
18 H	115x83	86		35,5°C
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n.º 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

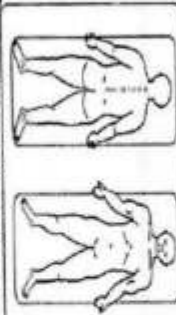

iniquel Alexsandro

Leito:

102.3

Data:


31/12/2020

Localização		Região: <u>MIO</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/>) Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRED: 15.365/3 TE	Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRED: 15.365/3 TE	Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRED: 15.365/3 TE	Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRED: 15.365/3 TE
Observações:	_____	_____	_____	_____

Idoso em
PET em Leito,
SSUV, medicado
CPM, sem intercorrência,
Segue aos cuidados da
enfermagem

Ana Paula da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN MS 001.350.806

18:00h.

Aferido SSUV, adm. as
med. CPM. 



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM
 DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO
 OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0.

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 31/12/2020 ÀS _____, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRÊS) SEMANAS, COM O
 DOUTOR DR PATRICK RABELO

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NAO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. **NAO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSARIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NAO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loana Viana
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2124

102-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 31/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRES) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR PATRICK RABELO

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NAO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. **NAO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NAO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loanir Niana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM-RR 2124

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polégar Direito



William Gonçalves Franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
SERIAL

239717

DATA DE
EMISSÃO

13/10/2016

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

RELACÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federal/Secretaria de Polícia Civil
Chefe de BIC

2 VIA

p. 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **306862-5**

DATA DE EMISSÃO: **21/07/2021**

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO

RELACÃO: JOSÉ RICARDO MACIEL BRANDÃO

INGRIDI ROZANGELA SILVA DOS SANTOS

MANAUS - AM

CERTD NASC 837 FLS 037 LIV A-164

5º OF MANAUS-AM

DATA DO NASCIMENTO: **11/06/2000**

PIS/PASEP: **AMADEU ROCHA TRIANI**

2ª VIA

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito




Ingridi Alessandra dos Santos Brandão

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Termo de Responsabilidade por envio de documentos digitalizados do DPVAT

Declaro para os devidos fins e efeitos, sob pena de ser responsabilizado civil e criminalmente, que os documentos abaixo relacionados que estou enviando digitalizados do segurado / beneficiário X, portador do RG nº X e CPF nº X, para Gente Seguradora S/A, são cópias fiéis dos originais.

Relação de documentos (Assinale todos apresentados):

<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> Circular SUSEP 445
<input checked="" type="checkbox"/> Documentação médico-hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Procuração
<input checked="" type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Despesas Médicas	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Laudo do IML	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/> Outros:

Estou ciente de que deverei apresentar, caso necessário, a documentação original no prazo de 48 horas, a qualquer momento, se assim me for solicitado, estando ciente, ainda, de que poderei responder sobre qualquer omissão ou declaração não verdadeira, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Nome: WILLIAM GONÇALVES FRANCO,		
Data de Nascimento: 09/12/1978,		
RG: 239717 — SSP/RR		
CPF: 825.396.343-20,		
Endereço: RUA CC 11 - Nº 294		
Bairro: LAURA MOREIRA		
Cidade: BOA VISTA	UF: RR	CEP: 69.318-050
E-mail: WFRANCO992@GMAIL.COM		
Telefone: (95) 99113-3855		

Local e data: Boa Vista - RR, 13 DE ABRIL DE 2021.

Assinatura *William Gonçalves Franco*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 3 - CIRURGIA
PG 14 - EVOLUÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 306862-5
CPF: 028.276.502-66 ENDEREÇO: Cidade Satélite
BAIRRO: Rua: Vila Jardim CIDADE: Bea Vista
CEP: _____

VÍTIMA: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão
CPF: 028.276.502-66 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 259717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
Nº CPF: 825.396.843-20
ENDEREÇO: Rua CC 55 294 Lajuna morada

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez 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.

Bea Vista, 30 de Agosto de 2021.

Ingrid Alessandra dos S. Brandão
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167551/21

Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRA

CPF: 028.276.502-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 28/12/2020

Titular do CPF: INGRIDI ALESSANDRA
DOS SANTOS BRANDAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO : 028.276.502-66

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: 08/09/2021
Nome: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO
CPF: 028.276.502-66

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2021
Nome: MARCELO ALVES DE SOUSA
CPF: 268.887.098-09

MARCELO ALVES DE SOUSA