



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

EU Djanira Monteiro Simplicio PROFISSÃO: Agricultora
ESTADO CIVIL: Casada, FONE: 48 53 580,
E-MAIL: _____ RG: 4853580
SSP- RR e CPF: 484.612.535-72, RESIDENTE Á
RUA: RAIMUNDO PERA FORTO N° 967,
BAIRRO: BA BRANCA, pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 12 de JUNHO de 2019.

Djanira Monteiro Simplicio

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Djanira Monteiro Simplicio
ESTADO CIVIL: Casada PROFISSÃO: Agricultora
RG N° 4893580 SSP/RR CPF: 484.612.532-72
ENDEREÇO: Rua: Raimundo Pena forte, 967 - Asa
Branca

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 12 de JUNHO de 2019.

Djanira Monteiro Simplicio

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	10/09/2014
NOME 483358-0	
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO	
FILIAÇÃO	
JOSÉ VIEIRA MONTEIRO	
ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO	
NATURALIDADE	
IMPERATRIZ - MA	
DOC. ORIGEM	
CARTÃO CAS 1505 FLS. 05 LIV. 8-7	
BUCAJAL - RN	
184.412.532-72	Henio Stenio Lima Andrade Diretor do IOC LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ	
	
	
Polícia Civil	
Djanira Monteiro Simplicio	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
	
Receita Federal	
Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número	484.612.532-72
Nome	DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO
Nascimento	05/10/1968
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

26 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IRACEMA - IRACEMA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002375/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/02/2019 11:18 Data/Hora Fim: 01/02/2019 11:50
Delegado de Polícia: Luciano Pereira Silvestre

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Iracema
Data/Hora do Fato: 09/12/2018 14:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)
Logradouro: Vicinal 09

Bairro: Roxinho

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/10/1968
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Adalgisa Augusto Monteiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 484.612.532-72

Endereço

Município: Iracema - RR
Logradouro: Vicinal 09, Sítio São Lucas
Bairro: Roxinho
Telefone: (95) 99903-1767 (Celular)

Nº: S/n

Nome Civil: LEANDRO MONTEIRO DE MOURA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Monte Alegre Sexo: Masculino Nasc: 17/12/1992
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Djanira Augusto Monteiro Nome do Pai: Fausto Teles de Moura

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3346714
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.422.452-88

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Raimundo Penaforte
Bairro: Asa Branca

Nº: 967



Delegado de Polícia Civil: Luciano Pereira Silvestre
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 06/05/2019 11:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IRACEMA - IRACEMA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002375/2019

Telefone: (95) 99122-8380 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 009.422.452-88	Placa NBA9642
Renavam 00508713374	Número do Motor JC48E2D023704
Número do Chassi 9C2JC4820DR023704	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 Meio Empregado
Última Atualização Denatran 16/03/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Leandro Monteiro de Moura	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia Civil, o Comunicante acima qualificado veio informar: Que sua mãe, DJANIRA MONTEIRO SIMPLÍCIO, conduzia uma motocicleta HONDA BIZ 125 ES, de cor VERMELHA, ANO 2012/2013, de PLACA NBA 9642, CHASSI 9C2JC4820DR023704, pela Vicinal 09 do Roxinho, neste Município e veio a colidir com um cachorro e caiu; Que da queda lhe resultou duas fraturas, uma na Tíbia e outra no Platô do joelho, ambos da perna esquerda, além de escoriações no rosto. É relato.

ASSINATURAS

João de Souza Santos
Responsável pelo Atendimento

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



Delegado de Polícia Civil: Luciano Pereira Silvestre
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 06/05/2019 11:46
Protocolo nº: Não disponível

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAT: 92000787

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

DENATRAN	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
	MINISTÉRIO DAS CIDADES			
	DETRAN - RR		Nº 013254908553	
	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
	01	00508713374		2019
	NOME			
	LEANDRO MONTEIRO DE MOURA			
	RR			
	CPF / CNPJ		PLACA	
009.422.452-88		NBA9642		
PLACA ANT. / UF		CHASSI		
		9C2JC4820DR023704		
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/BIZ 125 ES		2012	2013	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR.PREDOMINANTE		
20/0124CC/	PARTICU	VERMELHA		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS		
PAGO	*PAGO*	1ª*****		
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*****		
** PAGO COTA ÚNICA **		3ª*****		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
R\$0.32	R\$0.32	R\$0.64	13/02/2019	
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A				
MAZ UCID *				
BOA VISTA				
DATA				
18/02/2019				
EXPEDIDOR				

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013254908553		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2019			
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		DATA EMISSÃO	
2019		18/02/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	009.422.452-88	NBA9642	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00508713374		HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB.	CAT.TARIF.	Nº CHASSI	
2012		9C2JC4820DR023704	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$36.05	R\$4.01	R\$40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.32	R\$4.58	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		13/02/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEANDRO MONTEIRO DE MOURA,
RG nº 3346714, data de expedição 29 / 12 / 2016,
Órgão SSP RR, portador do CPF nº 009.422.452.88, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RAIMUNDO PENAFORT, nº 967,
Bairro: ASA BRANCA, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima DIANIRA MONTEIRO SIMPLICIO,
cujo o condutor era DIANIRA MONTEIRO SIMPLICIO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / Biz 125 ES

Ano: 2012/2013

Placa: NBA 9642

Chassi: 9C2JC4820DR023704

Data do Acidente: 09/12/2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 06 / 02 / 2019.



LEANDRO MONTEIRO DE MOURA

Assinatura do Declarante

Dianira Monteiro Simplicio

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

26 MAR. 2019

09/12/2018

Guia de Atendimento 17



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Mato Grosso do Sul - PAAR / PSFE
Av. Engenheiro Eduardo D'Amaz, 3305

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1801044802 09/12/2018 18:10:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-10-18

Paciente: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO Data Nascimento: 05/10/1968 Idade: 50 A 2 M 4 D CNS: 705403467468593 CPF: 48481253272
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDADA Nacionalidade: BRASILEIRA
IDENTIDADE: XXX F NAO INFORMADO
Mãe: ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO
Endereço: RUA - ROUXINHO - SN - - IRACEMA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validada: Autorização: Sem Ocorrência
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atendente: Procedência: Tempo: Preço: Valor: R\$ 0,00
Satur: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Seg.: Registro em: DAL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Suspeita de Hemorragia

Anamnese de Enfermagem

GSC
AD: 12.54 RA: 12.54 S: 12.54

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18h)

- VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 09/12/2018, POR COLISÃO COM CARRO, CAUSANDO FERIMENTOS POR TRAUMA

Exame Físico: CONTUSÃO NA REGIÃO DA CINTURA, SEM FERIMENTOS VISIBLES

Hipótese Diagnóstica

TRT

SADT - Exames Complementares

(X) RAO-X () ULTRA-SOM () TC () SANGUE () URINA () ECO () OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

ORDEM DE SERVIÇO

1. DILATAÇÃO DA VENTILADORA PARA 12 L/min
2. TUBO DE DRENAGEM DA PNEUMONIA

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () ML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: del
Data Hora: 09/12/2018 18:11:00

26 MAR. 2019



Ortopedia 09-12-18

Sintoma relatado paciente de dor, com dor
em joelho (C) + entes e inchaço na face

Do Exame: Dor ao movimento do joelho (C)

Do Rx: Fratura da platô tibial (C)

CD: - Trauma ingenua patológica

- Interação pela Ortopedia

- Sol. TK

- Solução avaliação do GT (Jase)

26 MAR 2019

Dr. Pedro D. Guimarães
Ortopedia e Traumatologia
CRM 109.0615



L-04F

408-2



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Djaniro Monteiro Simplicio</i>		
AGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	SND
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SND
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SND
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SND
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N	SND
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SND
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	SND
14	SSVV + CCGG 6/6 H	SND
15	CURATIVO DIÁRIO	SND
16		
17		
18		
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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

26 MAR. 2019

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

Dr. Pedro D. Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
Crm 1851-RR

22/03

Tax: 38,50

PA: 106/65

FC: 72

06:00 PA: 136 x 70 mmHg
P: 98 bpm
T: 36,7
R: 19 KPM

81 MAR 2019
Dr. Pedro D. Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
Crm 1851-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	09/12/2018	DIH		DN	05/10/1968
PACIENTE	DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	50	LEITO	408-2	DATA	11/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA DU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 8/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/70	62	15	36°C
18 H	114/89	95	13	36°C
24 H	114/77	95	13	36°C

Dr Odinachi Okomiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

Funcionado veia periférica em M5C.
com fêco N° 20. Administrado medicação cp
Txi Roraima

26 MAR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	09/12/2018	DIH		DN	05/10/1968
PACIENTE: JANIRA MONTEIRO SIMPLICIO					
AGNOSTIC: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	50	HAS		DM2	
LEITO	408-2	DATA	12/12/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO, 0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
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					

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	100/60	FC 70	FR 20	35°C
12 H	130/80	70	20	36,6
18 H	118/74	86	19	36°C
24 H	95/63	85	18	36,1°C

Dr Odinachi Okemigi
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 2851-RR

26 MAR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	09/12/2018	DIH		DN	05/10/1958
PACIENTE	DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO				
AGNOSTICAR	FERATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	50	LEITO	403-2	DATA	13/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SKD
2	AVP				manh
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:50
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				12:50
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12:50
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				12:50
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12:50
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:50
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12:50
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				12:50
14	SSVV + CCGG 6/6 H				12:50
15	CURATIVO DIÁRIO				12:50
16					
17					
18					
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 DIJML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LÓTH, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
5 H	PA	FC	FR	
12 H	110x60	93	20	36,5°C
18 H	116x70	81	20	36,8°C
24 H	119x76	80	20	36,5°C

D^r Odinachi Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

As 12:50 apresentou T= 38°C

Administrado dipirona com
T= 36,8°C Pac refere que a três dias está apresentando
febre.

26 MAR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	09/12/2018	DIH		DN	05/10/1968
PACIENTE	DJAMIRA MONTEIRO SIMPLICIO				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	50	LEITO	408-2	DATA	14/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II. ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
II. EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
II. PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

26 MAR. 2019

SINAIS VITAIS				Dr. Odinachi Okemini Residente Dr. Ortopedia e Traumatologia Crm 1851 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	102/70		20	
18 H	130/80	100	20	
24 H	119/61		20	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	09/12/2018	DIH		DN	05/10/1968
PACIENTE: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO					
AGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	50	LEITO	408-2	DATA	15/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12-18-24-06
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPIOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	CURATIVO DIÁRIO				M
16					
17					
18					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
II EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

64x 300x98 97 14 36°C					Dr Odinachi Okemiri Residente Do Ortopedia e Traumatologia Crm 1463-BR
SINAIS VITAIS					
SH	PA	FC	FR		
12 H	140x70			36°C	
18 H	92x70			36°C	
24 H	130x70			36°C	

26 MAR. 2019

BLOCO 1 *processo: 17.22.2018*

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 DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCITANTE

Dignidade Criança Simplicia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Dignidade Criança Simplicia

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7105 K101314161441818161913

5 - DATA DE NASCIMENTO

05/08/1960

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Adelaide Augusta Santana

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Ximenes

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

+ Helena

9 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

12121

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão no antebraço de acidente de trânsito com fratura do rádio tibial (E)

11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura ungue

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

EF + RX

13 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do rádio tibial (E)

14 - CID 10 - ICD-9

86.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

16 - CLÍNICA

17 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

18 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

19 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

091112118

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Pedro De Carvalho

21 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/11/18

22 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Pedro De Carvalho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) - ART. 165

23 - AGENTE DE TRABALHO

24 - AGENTE DE TRABALHO TÍPICO

25 - AGENTE DE TRABALHO TRAJETO

26 - CNPJ DA SEGURADORA

27 - CNPJ EMPRESA

28 - NOME DA EMPRESA

29 - CDD

30 - CNPJ

31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREENHADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () INDETERMINADO () INDEFINIDO

AUTORIZAÇÃO

32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33 - CDD, ORGÃO EMISSOR

34 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

36 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/11/18

38 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Pedro De Carvalho

320 8010117

5827

26 MAR. 2019



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

1st Classification/Reclassification
4.211 (1) Verzeichnis

	Vermelho
	Laranja
	Amarelo
	Verde
	Azul

Identification

Classificação

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

Give Us a Minute

☐	Vannothu
☐	Lannu
☐	Angulo
☐	Varde
☐	Dud. Ass

DOI-1059824 : 15/05/2016 08:48:36

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

DIURNO 07.19

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DIANIRA MONTEIRO SIMPLICIO	05/10/1968	50 A 3 M 10 D	705403487468693	40461253272	0016923

7160 Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	XXX			F	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Nome	INFORMADO	SOU NOME	Contato
ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO			

AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Pelo Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sigla/Formato
AZUL	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Poso	Procedi
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			35:50		130 e 1

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		CASSIO LIMA

Queixa Principal: ☐ Síndrome febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

VEIO FAZER RX
FARMACIA SIMPLICIA

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
NEGATIVAS, SEM ALERGIAS A MEDICAMENTOS		

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)

Exame Físico

Nipotege Diagnostica

SADT - Exames Complementares

() RAIID X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conducta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revisão
☐ Transferência para:

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: romilson
Data Hora: 18/03/2019 08:53:42



26 MAR. 2019



CLINISCAN
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DJANIRA MONTEIRO SIMPLÍCIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, A MESMA FOI SUBMETIDA A FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO DO PLATO TIBIAL ESQUERDA. LESÃO DE CARTILAGEM COMPARTIMENTO LATERAL DE CARACTERÍSTICA PERMANENTE.

CID M23

BOA VISTA 19-02-19

Dr. Dalson Feitosa

CPF: 514.490.642-72

AV VILLE ROY, 2160 - CAÇARI - BOA VISTA - RR

26 MAR. 2019



CLINISCAN
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DJANIRA MONTEIRO SIMPLÍCIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, A MESMA FOI SUBMETIDA A FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO DO PLATO TIBIAL ESQUERDA, LESÃO DE CARTILAGEM COMPARTIMENTO LATERAL DE CARACTERÍSTICA PERMANENTE.

CID M23

BOA VISTA 19 - 02 - 19


CPF: 514.490.642-72

AV VILLE ROY, 2160 - CAÇARI - BOA VISTA - RR



53,9 %

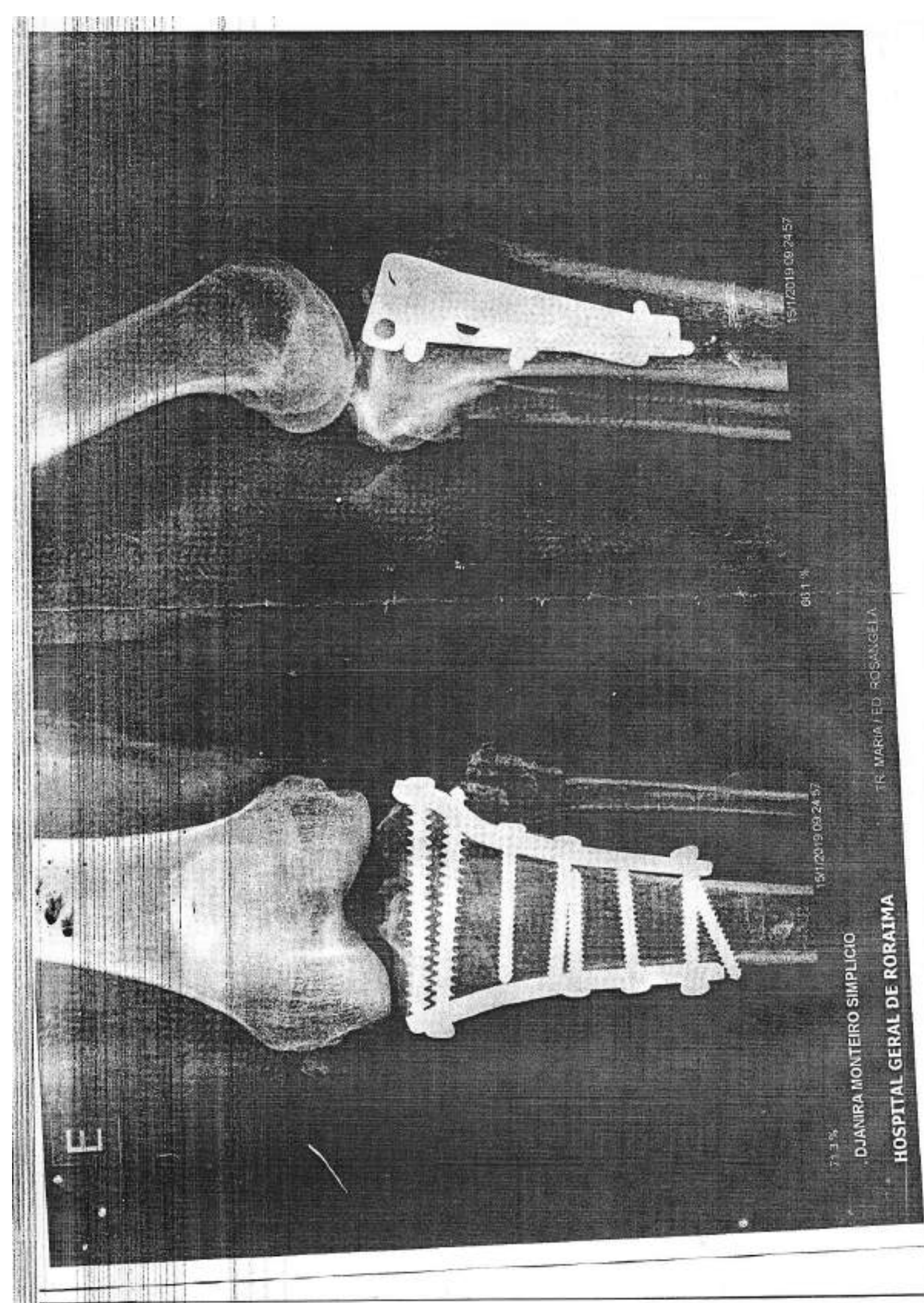
9/12/2018 19:03:02

30,8 %

9/12/2018 19:03:02

DJANIRA SIMPLICIO ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



2138

DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

6019

15/12/2019 09:24:57

TR. MARIA I ED. ROSANGELA

15/12/2019 09:24:57





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	484.632-532-72	Djanira Monteiro Simplicio
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Djanira Monteiro Simplicio	484.632-532-72	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Rua: Raimundo Penafort	964
Bairro:	Cidade:	Estado:
Asa Branca	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Complemento:
leiron@hotmail.com	69-312-312	3
	Tel.(DDD):	
	(95) 98403-5060	

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

RENDA MENSAL:	☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 6864 3
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	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.

Impressão autêntica da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Boa Vista RR 25/03/2019
	Nome: Djanira Monteiro Simplicio
	CPF: 484.632-532-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Djanira Monteiro Simplicio

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

26 MAR. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 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 Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Janina Monteiro Simplicio inscrito
(a) no CPF sob o Nº 484.612.532 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Janina Monteiro Simplicio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 484.612.532 / 72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILAIRRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4288</u>

Boa Vista RR, 26 de Março de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

26 MAR. 2019



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, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270224

Vítima: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

Informamos que o pagamento da indenização o 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: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000006864-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

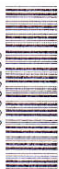
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00535/00536 - carta_15R - INVALIDEZ

00050268



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 3.375,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	9/12/2018 a 1/7/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	9/12/2018 a 1/7/2019

Dados calculados	
Fator de correção do período	204 dias 1,022096
Percentual correspondente	204 dias 2,209565 %
Valor corrigido para 1/7/2019	(=) R\$ 3.450,08
Juros(204 dias-7,00039%)	(+) R\$ 241,52
Sub Total	(=) R\$ 3.691,60
Valor total	(=) R\$ 3.691,60

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	3.375,50		
Data inicial	9/12/2018		
Data final	1/7/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
9/12/2018	1/1/2019	-0,1187 (%)	3.371,49
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.381,61
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.393,10
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.411,43
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	3.435,99
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	3.448,02
1/6/2019	1/7/2019	0,0600 (%)	3.450,08
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(204 dias-7,00039%)	(+)		R\$ 241,52
Sub Total	(=)		R\$ 3.691,60
Valor total	(=)		R\$ 3.691,60

Retornar Imprimir