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 Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01165/01166 - carta_25 - INVALIDEZ
00030583

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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180364560 **Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Data do Acidente: 21/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Pag. 01145/01146 - carta_15R - INVALIDEZ

00040573

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **341**
Agência: **000006953**
Conta: **0000023762-2**
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

Seguradora LÍDER

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:
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro — CPF: 529.989.672-72

Profissão: Garçom — Endereço: Rua CC20 — Número: 120 — Complemento:

Bairro: Kanua Moreira — Cidade: Boa Vista — Estado: RR — CEP: 69.318-095

E-mail: ILOIRL@Hotmail.com — Tel.(DDD):

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 139.897 3 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Daniel Honorato Pinheiro

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.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

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:
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro — CPF: 529.989.672-72

Profissão: Garçom — Endereço: Rua CC20 — Número: 120 — Complemento:

Bairro: Kanua Moreira — Cidade: Boa Vista — Estado: RR — CEP: 69.318-095

E-mail: ILOIRL@Hotmail.com — Tel.(DDD):

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 139.897 3 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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

Local e Data: Boa Vista - RR

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Daniel Honorato Pinheiro

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.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

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:
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro			CPF: 529.989.672-72
Profissão: Garçom	Endereço: Rua. CC - 20	Número: 380	Complemento:
Bairro: Jardim Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: Roraima	CEP: 69.318-095
E-mail: gloirrr@hotmail.com			Tel.(DDD): (95)98125-9539

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 139.897 3 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 digital

Local e Data, Boa Vista-RR, 08-11-2018

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Honorato Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro		CPF titular da conta: 529.989.672-72	Profissão: Garçom
Endereço: Rua CC20		Número: 180	Complemento:
Bairro: Jauna Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: Roraima	CEP: 69.318-095
Email: ILOIRRR@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD): (95) 99154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0653 DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 139.897 DV: 3 (informar dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO.:
AGÊNCIA NRO.: DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Daniel Honorato Pinheiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

25 ABR. 2018

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro		CPF titular da conta: 529.989.672-72	Profissão: Garçom
Endereço: Rua CC20		Número: 180	Complemento:
Bairro: Laura Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: Roraima	CEP: 69.318-095
Email: JLOIRRR@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD): (95) 99154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0653 D/V: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 139.897 D/V: 3 (informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Daniel Honorato Pinheiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

25 ABR. 2018

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato
Município: Boa Vista
Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN
Bairro: Senador Hélio
Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Babá
Idade: 38
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-29
Nº: 108
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade: 27
Profissão: Garçom
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-20
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade: 43
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)
RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço
Município: Boa Vista - RR

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO Nº: 255
Bairro: PEROLA

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 32
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço:
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: S-29 Nº: 108
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Sd/pm Idalison Ferreira da
Endereço:
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Placa: NAZ0915
Ano/Modelo Fabricação: 2009/2009
UF Veículo: Roraima
Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi: 53560
Cor: PRETA
Município Veículo: Boa Vista
Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Quantidade: 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário

Grupo: Veículo
Placa: NAO1629
Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011
UF Veículo: Roraima
Marca/Modelo: DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi: 02004
Cor: PRETA
Município Veículo: Boa Vista
Modelo: DAFRA/SPEED 150
Quantidade: 1 Unidade

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de transito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da policia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel,Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referia rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visiveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veiculos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabiveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 003143/2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Albertano Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

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

DAT

01 MAR. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO
RG: 1.462.091 O. EXP.: SSP/TO CPF: 529.989.672-72
ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180
BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO CIDADE: BOA VISTA -RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: GARÇOM
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR
DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990 IDADE: 27 ANOS
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 N° REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO
NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 – Paintão Central; QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o relato

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS

PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE

DAT
01 MAR. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato
Município: Boa Vista
Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN
Complemento: CRUZAMENTO
Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Babá
Idade 38
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-29
Nº: 108
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade 27
Profissão: Garçom
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-20
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade 43
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)
RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço
Município: Boa Vista - RR

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO Nº: 255
Bairro: PEROLA

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 32
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: S-29 Nº: 108
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da
Endereço
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Placa NAZ0915
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi 53560
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário

Grupo Veículo
Placa NAO1629
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi 02004
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Modelo DAFRA/SPEED 150
Quantidade 1 Unidade

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de transito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da policia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel,Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR.. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referia rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafomentro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve perícia devido o local ter sido violado.

25 ABR. 2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN
Complemento: CRUZAMENTO
Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veiculo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Babá
Idade 38
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-29
Nº: 108
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade 27
Profissão: Garçom
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-20
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira
Sexo: Masculino
Idade 43
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO Nº: 255
Bairro: PEROLA

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 32
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: S-29 Nº: 108
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da
Endereço
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo
Placa NAZ0915
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
UF Veiculo Roraima
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veiculo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi 53560
Cor PRETA
Município Veiculo Boa Vista
Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário

Grupo Veiculo
Placa NAO1629
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
UF Veiculo Roraima
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150
Veiculo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi 02004
Cor PRETA
Município Veiculo Boa Vista
Modelo DAFRA/SPEED 150
Quantidade 1 Unidade

DOCUMENTO ORIGINAL

Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de transito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da policia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel,Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR.. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referia rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visiveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafomentro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veiculos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabiveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.

25 ABR. 2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei 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."

DAT
01 MAR. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO
RG: 1.462.091 O. EXP.: SSP/TO CPF: 529.989.672-72
ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180
BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO CIDADE: BOA VISTA -RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: GARÇOM
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR
DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990 IDADE: 27 ANOS
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO
NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 – Palntão Central; QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o relato

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS

PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE

DAT
01 MAR. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Wanuil Honorato Pinheiro	599.989.672-72	21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Wanuil Honorato Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

25 ABR. 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Daniel Honorato Pinheiro	509.989.672-72	21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Honorato Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

25 ABR. 2018

PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

FICHA DE ATENDIMENTO N°

SAMU 192

UNIDADE: **Bravo I** EQUIPE: Enf.: Douglas Cond.: [illegible] Maciel

Paciente: Daniel Monteiro Pinheiro Idade: 27 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [X] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena Etnia
Endereço: Av. N. 21 Bairro: S. Aldeia Campo

N° 1164	DATA 21/01/2018	HORA J/9: 2:40	BASE ( ) VIA (X)	(X) RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: [illegible]		HORA J/10: 2:47		( ) CELULAR

MOTIVO: [X] SOCORRO [X] TRANSPORTE [X] ATENDIDO NO LOCAL [X] OUTRO Trauma

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMóVEL
[ ] Capotamento
[ ] Atropelamento
[ ] Colisão AUTO x
[ ] Motorista
[X] Passageiro Banco dianteiro
[ ] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE
[ ] Atropelamento
[ ] VIA [ ] CALÇADA

AUTOMóVEL
[ ] Uso do cinto
[ ] Vítima projetada
[ ] Vítima encarcerada
[ ] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA
[X] Colisão MOTO X Moto
[ ] Queda de moto [ ] Com capacete
[ ] Atropelamento [ ] Sem capacete
[ ] Queda de Bicicleta
[X] Piloto [ ] Garupa

VIOLÊNCIA
[ ] FAB
[ ] FAF
[ ] Espancamento
[ ] Violência Doméstica
[ ] Violência Sexual
[ ] Tentativa de suicídio
[ ] Outro:

OUTROS
[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
[ ] Queda, Altura aprox.:
[ ] Acidente Doméstico
[ ] Queimadura Agente
[ ] Afogamento
[ ] Agressão p/ animal
[ ] Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS
[X] Livre
[ ] Obstrução Parcial
[ ] Obstrução Total
[ ] Corpo estranho
[ ] Edema de Glote
[ ] Outro:

VENTILAÇÃO
[ ] Apnéia
[ ] Dispnéia
[X] Bradpnéia
[ ] Taquipnéia
[ ] Roncos
[ ] Sibilos
[ ] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
[ ] Bradicardico
[ ] Taquicardico
[ ] Arritmico
[ ] Enchimento capilar acima de 2"
[ ] Ausente
[ ] Cianose central
[ ] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLóGICA
[X] AVDN
[ ] Miose
[ ] Midríase
[ ] Anisocaria [ ] D [ ] E
[X] Aparentemente Alcoolizado
[ ] DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 3:00	130x70	90	19	99	—	—	—	—
Fim	130x70	90	18	99	—	—	—	—

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele
[X] Corada
[ ] Quente
[ ] Pálida
[ ] Fria
[ ] Úmida
[ ] Seca
[ ] Cianótica

Cabeça
[ ] Contusão
[ ] Escoriação
[ ] Laceração
[ ] Hematoma
[ ] Afundamento
[X] Fer. penetrante
[ ]

Face
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[X] Lacerações
[ ] Ferimento ocular
[ ] Luxação Mandíbula
[ ]

Pescoço
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Hematoma
[ ] Desvio da traquéia
[ ] Enfisema sub-cutâneo
[ ]

Tórax
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Tórax instável
[ ] Tamponamento
[ ] Ferida Aspirativa
[ ] Empalamento

Abdome
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Distendido
[ ] Em tábua
[ ] Doloroso
[ ] Evisceração
[ ]

Pelve
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Dor
[ ] Instabilidade
[ ]

Coluna Dorsal
[ ] Contusão
[ ] Hematoma
[ ] Dor
[ ] Escoriações
[ ]

MMSS
[ ] Contusão
[X] Escoriações
[ ] Luxações
[ ] Lacerações
[X] Fratura
[ ] Amputação

MMII
[ ] Contusão
[X] Escoriações
[ ] Luxações
[ ] Lacerações
[ ] Fratura
[ ] Amputação

QUEIMADURAS

	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITÁLIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %
1°										
2°										
3°										

DOCUMENTO ORIGINAL

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[X] Ritmo Sinusal
[ ] Taquicardia
[ ] Bradicardia
[ ] Flluter
[ ] Fibrilação atrial
[ ] Fibrilação ventricular
[ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

[ ] Respiratória
[ ] Neurológica
[ ] Psiquiátrica
[ ] Metabólica
[ ] Cardiovascular
[ ] Aborto
[ ] Digestiva
[ ] Infecciosa
[ ] Obstétrica
[ ] Pediátrica
[ ] Outra

HISTÓRIA PREGRESSA

[ ] Diabetes
[ ] Cardiopatia
[ ] HAS
[ ] Alergias
[ ] Outros
[X] Medicação de uso nega

GRAVIDADE COMPROVADA: [X] LESO [X] PEQUENA [X] MÉDIA [X] SEVERA [X] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Giovanni Henrique CRM-RR 1803

21 JAN. 2018

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento
[ ] Não se encontrava no local
[ ] Recusa de hospitalização
[ ] Trote
[ ] Bombeiro no local:

SOLICITADOS MEIOS ACIONADOS

[X] Polícia Militar
[ ] Guarda Municipal
[ ] SMTRAN
[ ] Bombeiro
[ ] Outros:

RCP

[ ] Iniciada as: [ ] Término as:
[ ] RCP com sucesso
[ ] RCP sem sucesso
[ ] Obs.:

OBSERVAÇÕES

CONFERE COM O ORIGINAL EM 23/03/18

DESTINO

[ ] Atendido no local
[X] Trauma HGR
[ ] Pronto Atendimento
[ ] Coronel Mota
[ ] Pol.Cosme e Silva - PCCS
[ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA
[ ] HMINSN
[ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
[ ] Hosp. Lotte Íris - HLI
[ ] Outros

25 AGO 2018

Elétrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informar este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0072159-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garnes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime especial de tributação autorizado pela ECTAZ 009/13

Nº da Nota Fiscal: 000108583

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi mantida nos termos da Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	482	393,19

~~DATENDA MONORATA DA SILVA PINHEIRO~~
R. CC 20 180 LAURA MOREIRA
CPF: 00018791463253
CEP: 69.314-095 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.02.134500

6936

DADOS DA LEITURA	KWH	KWH	DATAS DA LEITURA	
	6454			19/01/2018
Atual	1,000			21/12/2017
Anterior	482		Atual	19/02/2018
Constante de Multiplicação	482	FCAM	Anterior	18/01/2018
Consumo Medido	NORMAL		Próxima Leitura	19/01/2018
Consumo Faturado			Emissão	29

RESIDENCIAL B1 [illegible] 16TD802292 M 3420443 1 [illegible] 420
Classificação | Ligação | Tipo de Fornecimento | Fase | Código Cliente | Média 12 meses

	CONSUMO	482 A R$ 0,567794 =	273,67
	DEMAIS SERVIÇOS E VALORES		100,52
	ILUMINACAO PUBLICA		18,70

DEZ/17	[illegible]
NOV/17	510
OUT/17	474
SET/17	482
AGO/17	369
JUL/17	398
JUN/17	355
MAI/17	382
ABR/17	357
MAR/17	397

MEDIA DIA FATURADO:
R$ 482 - 2,4679

LIGUE 0800701 8120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
[illegible] Consumidor.

0B6C.67C1.F18B.E2F9.D586.5DFA.C32E.0854

REDUÇÃO AO FISCO	82,57		273,67
COMPOSIÇÃO DO VALOR		INFORMAÇÕES PARA O ICMS	
Distribuição	0,00	Base de Cálculo	46,52
Energia	5,50	Alíquota ICMS	1,25
Transmissão	53,50	Valor do ICMS	5,75
Encargos		Valor do PIS	
Tributos		Valor do COFINS	

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11
7,07			3,00		6,03	

DISTRITO 11/2017 103,75

ROT: 7.001.28.02.134500

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garnes, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.467/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0072159-0	393,19
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2018	06/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 000108583 FCAM

03600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900110008 6

25 ABR. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIï¿½ï¿½O RORAIMA
AVENIDA CAPITï¿½O ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 296780

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 3
BURITIS 69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089161	**02/2018**	**23-JAN-18 a 22-FEB-18**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
171	**11-MAR-18**	**R$ 133,76**

OBSERVAÇÕES
- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIï¿½ï¿½O RORAIMA
AVENIDA CAPITï¿½O ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089161	**02/2018**	**R$ 133,76**

836000000015.337600750000.000000001081.916102180053

25 ABR. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0072159-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série S-1
Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ 305/13

Nº da Nota Fiscal: 000108583

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	482	393,19

RAIMUNDA HONORATA DA SILVA PINHEIRO
R. CC 20 180 LAURA MOREIRA
CPF: 00018791883253
CEP: 69.318-095 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.02.134500

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual	6936	
Anterior	6454	
Constante de Multiplicação	1,000	
Consumo Medido	482	FCAM
Consumo Faturado	NORMAL	

DATAS DA LEITURA	
Atual	19/01/2018
Anterior	21/12/2017
Próxima Leitura	19/02/2018
Emissão	18/01/2018
Armazenagem	19/01/2018
	29

RESIDENCIAL	BI	DADOS 16TDB02292 M 1416441	1.1.1.2	420
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Rota	Código Fat	Média 12 meses

HISTÓRICO DE CONSUMO	kWh
DEZ/17	482
NOV/17	510
OUT/17	474
SET/17	402
AGO/17	369
JUL/17	398
JUN/17	355
MAI/17	382
ABR/17	357
MAR/17	397

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 482 - 0,456770

CONSUNO	482 A R$ 0,567794 =	273,67
PARCELAMENTO DE DEBITOS 4/6	CONTA	100,82
ILUMINACAO PUBLICA		18,70

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabens! Ate o dia 19/01/2018 não reaverá débitos em faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

0B0C.67C1.F3BB.E2F9.D586.5DFA.C32E.0854

RESERVADO AO FISCO 82,57

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição	0,00
Energia	5,50
Transmissão	53,50
Encargos	
Tributos	

IMPOSTOS/TRIBUTOS	
Base de Cálculo	46,52
Alíquota ICMS	1,23
Valor do ICMS	5,75
Valor do PIS	
Valor do COFINS	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11
7,07			3,00			6,63

DISTRITO 11/2017 103,75

ROT: 7.001.28.02.134500

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0072159-0	393,19
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2018	06/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 000108583 FCAM

83600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6

25 ABR. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0109029-1

000986275

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2018	11/07/2018	201	144,86

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

DADOS DA LEITURA	kWh	kVARh	DATAS DA LEITURA	
Atual	51321		Atual	25/06/2018
Anterior	51120		Anterior	24/05/2018
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura	25/07/2018
Consumo Medido	201		Emissão	22/06/2018
Consumo Faturado	201	FCAM	Apresentação	25/06/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Tipo	Ligação	Número	Rota	Grupo	Medidor
RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404	1.1.1.2		183

HISTÓRICO KWH

MAI/18	205
ABR/18	255
MAR/18	282
FEV/18	280
JAN/18	207
DEZ/17	183
NOV/17	155
OUT/17	142
SET/17	124
AGO/17	145

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 201 - 0,456770

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	201 A R$ 0,564414 =	113,44
ILUMINACAO PUBLICA		31,42

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
05/2018	164,77

Unidade consumidora sujeita a suspensao do fornecimento de energia eletrica a partir de 10/07/2018, em funcao das contas [illegible] neste fatura. O nao pagamento poderá ensejar tambem a inclusao do nome do consumidor no SERASA. Informamos [illegible] conta(s) vencida(s) e ja reavisada(s) no [illegible] 165,77 (valor historico). Caso tenha efetuado [illegible] favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

NUMERADO AO FISCO 8216.D6A0.D1F4.2C73.82CF.AEC2.D4B1.6EF5

COMPOSIÇÃO DA CONTA	R$	IMPOSTOS/TRIBUTOS	R$
Distribuição	34,44	Base de Cálculo	113,44
Energia	55,09	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	19,28
Encargos	2,29	Valor do PIS	0,41
Tributos	21,62	Valor do COFINS	1,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
0,00			0,00			0,00

FLORESTA
ROT: 5.001.12.04.021730

04/2018 56,77

Eletrobras
Distribuição Roraima

CÓDIGO DO CLIENTE	TOTAL A PAGAR (R$)
0109029-1	144,86
MÊS DE REFERÊNCIA	VENCIMENTO
06/2018	11/07/2018

000986275 FCAM

83660000001 9 44860075000 5 00000000109 9 02910618008 5

SEQ.: 00152 UC: 0109029-1 DT LEIT.: 25/06/...

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro			CPF: 529.989.672-72
Profissão: Garçom	Endereço: Rua CC20		Número: 120 / Complemento:
Bairro: Kauna Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.318-095
E-mail: JLOIRR@Hotmail.com			Tel.(DDD):

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)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 23762 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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

Local e Data: Boa Vista - RR 23/05/19
Nome: Daniel Honorato Pinheiro
CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Daniel Honorato Pinheiro
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.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Ileir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Honorato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Honorato Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 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: Rua Antônio Pinheiro Galvão		Número: 188.2	Complemento: Ap. 04
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309-209
Email: JLOIRRR@HOTMAIL.com		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (95)99154-4282

Boa Vista 23 de Abril de 2018.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

DLDRL.001 V001/2017

25 ABR. 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 Ilsa Inácio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Honorato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Honorato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 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: Rua Antônio Pinheiro Galvão		Número: 1832	Complemento: Ap. 04
Bairro: Buritis	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.309-209
Email: ILOIRRR@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (95)99154-4282	

Boa Vista, 23 de Abril de 2018.

Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

DLDRL.001 V001/2017

25 ABR. 2018

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº

SAMU 192

UNIDADE: Bravo I EQUIPE: Enf.: Douglas Cond.: Fernando Marcelo

Paciente: Daniel Monteiro Pinheiro Idade: 27 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [X] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: Rua: 11-21 Bairro: Alto Caimbé

Nº 1164 DATA 21/01/2018 HORA SR: 2:40 HORA INI: 2:47 BASE ( ) VIA (X) [X] RÁDIO ( ) CELULAR

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Bruno

MOTIVO: [X] SOCORRO [X] TRANSPORTE [X] ATENDIDO NO LOCAL [X] OUTRO Enfermaria

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] / 1 a 3 horas [X] / 4 a 24 horas [X] / Mais de 24 horas [X] / Não sabe [X]

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMOVEL
- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão Auto x
- [ ] Motorista
- [X] Passageiro Banco dianteiro
- [ ] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE
- [ ] Atropelamento
- [ ] VIA [ ] CALÇADA

AUTOMOVEL
- [ ] Uso do cinto
- [ ] Vítima projetada
- [ ] Vítima encarcerada
- [ ] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA
- [X] Colisão MOTO X Veículo
- [ ] Queda de moto
- [ ] Atropelamento
- [ ] Queda de Bicicleta
- [X] Piloto
- [ ] Com capacete
- [ ] Sem capacete
- [ ] Garupa

VIOLÊNCIA
- [ ] FAB
- [ ] FAF
- [ ] Espancamento
- [ ] Violência Doméstica
- [ ] Violência Sexual
- [ ] Tentativa de suicídio
- [ ] Outro:

OUTROS
- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
- [ ] Queda, Altura aprox.:
- [ ] Acidente Doméstico
- [ ] Queimadura Agente
- [ ] Afogamento
- [ ] Agressão p/ animal
- [ ] Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AEREAS
- [X] Livre
- [ ] Obstrução Parcial
- [ ] Obstrução Total
- [ ] Corpo estranho
- [ ] Edema de Glote
- [ ] Outro:

VENTILAÇÃO
- [ ] Apnéia
- [ ] Dispnéia
- [X] Bradipnéia
- [ ] Taquipnéia
- [ ] Ritmos
- [X] Sibilos
- [ ] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
- [ ] Bradicardico
- [ ] Taquicardico
- [ ] Arritmico
- [ ] Enchimento capilar acima de 2"
- [ ] Anemia
- [ ] Cianose central
- [ ] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA
- [X] AVDN
- [ ] Miose
- [ ] Midríase
- [ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
- [X] Aparentemente Alcoolizado
- [ ] DNV

SINAIS VITAIS E FRIOCHES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 3:00	130x70	90	19	99	—	—	—	—
Fim	130x70	90	18	99	—	—	—	—

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele
- [X] Corada
- [ ] Quente
- [ ] Pálida
- [ ] Fria
- [ ] Úmida
- [ ] Seca
- [ ] Cianótica

Cabeça
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriação
- [ ] Laceração
- [ ] Hematoma
- [ ] Afundamento
- [X] Fer. penetrante
- [ ]

Face
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [X] Lacerações
- [ ] Ferimento ocular
- [ ] Luxação Mandíbula
- [ ]

Pescoço
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Hematoma
- [ ] Desvio da traquéia
- [ ] Enfisema sub-cutâneo
- [ ]

Tórax
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Tórax instável
- [ ] Tamponamento
- [ ] Tórax Aspirativo
- [ ] Enfisema
- [ ]

Abdome
- [ ] Escoriações
- [ ] Lacerações
- [ ] Distendido
- [ ] Em tábua
- [ ] Doloroso
- [ ] Evisceração
- [ ]

Pelve
- [ ] Contusão
- [ ] Escoriações
- [ ] Dor
- [ ] Instabilidade
- [ ]

Coluna Dorsal
- [ ] Contusão
- [ ] Hematoma
- [ ] Dor
- [ ] Escoriações
- [ ]

MMSS
- [ ] Contusão
- [X] Escoriações
- [ ] Luxações
- [ ] Lacerações
- [X] Fratura
- [ ] Amputação

MMII
- [ ] Contusão
- [X] Escoriações
- [ ] Luxações
- [ ] Lacerações
- [ ] Fratura
- [ ] Amputação

QUEIMADURAS

	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	ABDÔMEN	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %
1º										
2º										
3º										

DOCUMENTO ORIGINAL

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [X] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia
- [ ] Bradicardia
- [ ] Flutter
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] Fibrilação ventricular
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [ ] Respiratória
- [ ] Neurológica
- [ ] Bebedeira
- [ ] Metabólica
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Aborto
- [ ] Digestiva
- [ ] Infecciosa
- [ ] Gestante
- [ ] Psiquiátrica
- [ ] Outra

HISTÓRIA PREGRESSA

- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [ ] Alergia
- [ ] Outros

[X] Medicação de uso: NEG

GRAVIDADE CONTROVERTIDA [X] LEVE [X] PEQUENA [X] MÉDIA [X] SEVERA [X] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Gregório Monteiro CRM-AM-1803

21 JAN 2018

Assinatura e Carimbo Médico (Cuidado de Destino)

INCIDENTE

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa do Atendimento
- [ ] Não se encontrava no local
- [X] Recusa de hospitalização
- [ ] Fuga
- [ ] Bombeiro no local:

MEIOS ACIONADOS

- [X] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros:

OBSERVAÇÕES

RCP

- [ ] Iniciado as:
- [ ] RCP com sucesso
- [ ] RCP sem sucesso
- [ ] Obs.:
- [X] Término as:

DESTINO

- [ ] Atendido no local
- [X] Trauma HGR
- [ ] Pronto Atendimento
- [ ] Consul. Moto
- [ ] Pol. Celina e Silva - PCCS
- [ ] Hosp. Sônio Antônio - HCSA
- [X] HMMSN
- [ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
- [ ] Hosp. Lotte Ins - HLI
- [X] Outros

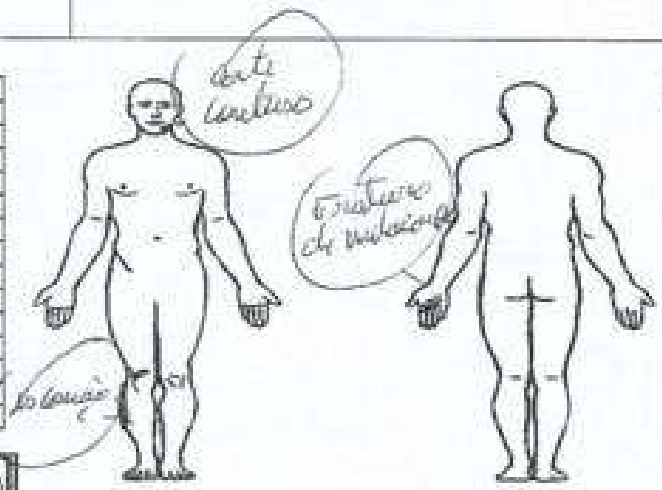
25 AGO 2018

CONFERE COM O ORIGINAL EM 23/03/18

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____
	TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão	

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Fomos acionados p/ uma ocorrência de natureza trauma motivo pela central de regulação moto x moto, vítima desorientada aparentemente alcoolizado, com fraturas expostas de membro corpo esquerdo, corte contuso na região do pescoço, escoriação nariz direito, realizado RC: Comunicado a central de regulação que não orientou a levar p/ O.C.T. HGR

DOCUMENTO ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/15
Stephania

Doc pts
9470/15

25 ABR. 20

21/01/2018 Guia de Atendimento 02 ...

Visto por: Fernanda 22/01/18

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR

1800597105 21/01/2018 04:04:12 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DANIEL HONORATO PINHEIRO	27/04/1999	27 A 8 M 24 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE				M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe: RAIMUNDA HONORATO DA SILVA — Pai: — Contato:

Endereço: RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR — Ocupação:

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ALEXSANDRO.PEREIRA

Queixa Principal ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

"Acidente de moto"

Anamnese do Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - __:__ h)

Pc. [illegible] se envolveu acidente [illegible] moto [illegible]

não [illegible] e consciente.

Exame Físico

[illegible] deformidade, hematoma [illegible] e [illegible] de membro [illegible] e 5º quirodactilo (E)

RC = [illegible]

Hipótese Diagnóstica

Fratura de metacarpo e falange — [illegible]

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Dipirona 1g EV 2/2h		
(2) Tilatil 40mg EV		
(3) Curativo compressivo e imobilização		
(4) Cefalotina de 2g 4/4h EV		
(5) Ice [illegible] 100 ml + 100 ml [illegible] 30 gotas EV		
(6) Alta.		

DOCUMENTO ORIGINAL

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
(X) Transferência para: Ortopedia

Wendell Rabelo
Médico
CRM-RR 1965

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim (X) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 21/01/2018 04:04:41

25 ABR. 2018

E.P.da

Parecer sobre a forma
de protocolo
prestei com fundamento
do F1 do 4º QDE +
3º ponto D + F1 do 5º QDE
CDQ Jurídico + art. 5º, inc. + ;
Empresa + ATT.
O Solicitante tem direito
- do texto acima.

DOCUMENTO ORIGINAL

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HGR

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HGR

4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Daniel Menezes Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 163538

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 2 3 0 3 5 3 3 5 2 7 5 2 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/04/90

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Raimunda Menezes da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD/NÚMERO): DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua CC20 180, conjunto Cidadão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: RR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

10h Pat Histórico queda moto ÷ 5h da manhã apresentando dor + edema mão, TX p/ 3º MTC + 3º falange + 4º falange s/ fat

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

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

RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: fratura 1ª falange mão (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tto cirúrgico + Rxm. mão

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - ESQUEMA: ( ) CBI ( ) OPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/01/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BP-HPSE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO FINANCIADOR

44 - CÓDIGO DO FINANCIADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - CBO: ( ) CBI ( ) OPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/01/18

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

01504 6055 → Rv2 5626

até 31.1

25 ABR 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

2020 - 4

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE: Daniel Ribeiro

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Jymão

DATA / HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
21/01/18	(1) Dipirona 2ml TIA	SMD	SSVV 18:00
	(2) Cefalotina 1g (E) 6/6h	12 18 24 06	PA - 93/54
	(3) Gentamicina 240 - 5 (E) 12/12h	18	FR - 67
	(4) Metoclopramida 10mg (E) 8/8h	14 22 06	T. 36,0
	(5) Tenoxicam 20 - 5 (E) 12/12h	18 04	
	(6) Ranitidina 1g (E) 8/8h	12 18 24 06	23h PA = 93x67
	(7) Metoclopramida 10mg (E) 8/8h	14 22 06	FC 76 Tax 36,2
	SFO 9% 500ml		
	(8) Ranitidina 50mg (E) 12/12h	20 08	06:00
	(9) curativo	Curativo	PA: 95x56
	(10) SVD + CCGG	Rotina	FC: 69

HGR

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, ____/____/____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ____/____/____, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO
OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____/____/____, ÀS _____, COM O
DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3- NÃO RETIRAR GALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

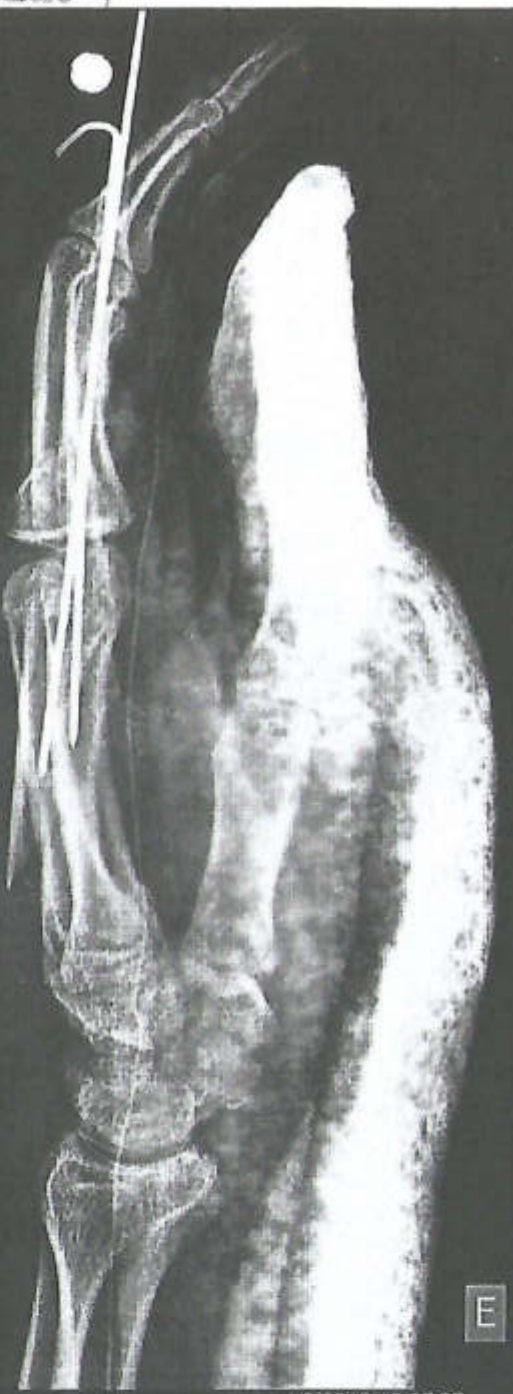
BOA VISTA, ____/____/____

Pablo C. Edwards Jr.
Médico
CRM-RR 1808

MÉDICO

25 APR 2010

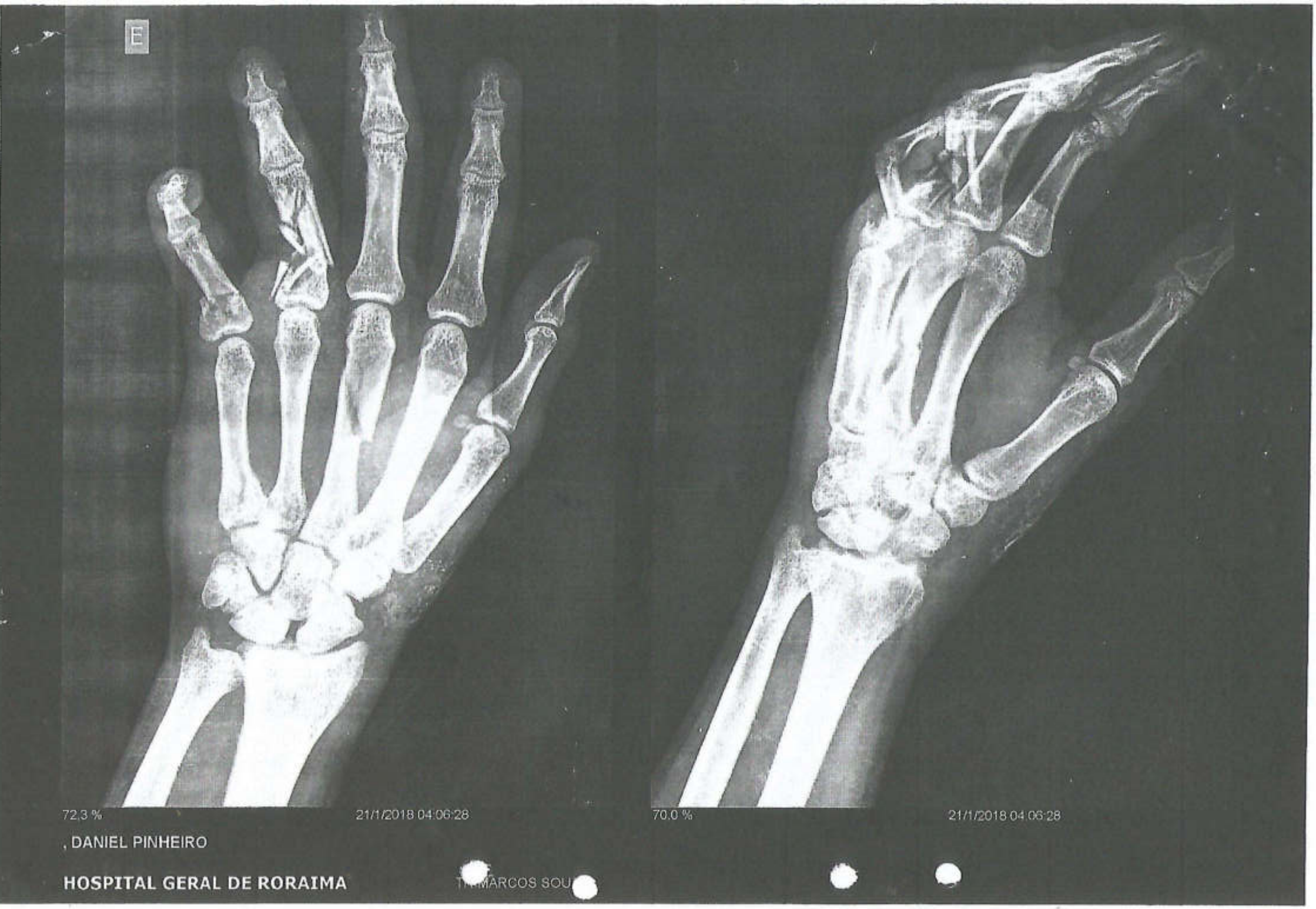
67,7 % 1/2/2018 10:37:37



73,1 % 1/2/2018 10:37:37

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA TR. ANTONIA


E
72,3 %
21/1/2018 04:06:28
70,0 %
21/1/2018 04:06:28
, DANIEL PINHEIRO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
MARCOS SOU

PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

FICHA DE ATENDIMENTO N°

SAMU 192

UNIDADE: **Bravo I** EQUIPE: Enf.: Douglas Cond.: [illegible] Maciel

Paciente: Daniel Monteiro Pinheiro Idade: 27 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [X] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena Etnia
Endereço: Av. N. 21 Bairro: S. Aldeia Campo

N° 1164	DATA 21/01/2018	HORA J/9: 2:40	BASE ( ) VIA (X)	(X) RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: [illegible]		HORA J/10: 2:47		( ) CELULAR

MOTIVO: [X] SOCORRO [X] TRANSPORTE [X] ATENDIDO NO LOCAL [X] OUTRO Trauma

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMóVEL
[ ] Capotamento
[ ] Atropelamento
[ ] Colisão AUTO x
[ ] Motorista
[X] Passageiro Banco dianteiro
[ ] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE
[ ] Atropelamento
[ ] VIA [ ] CALÇADA

AUTOMóVEL
[ ] Uso do cinto
[ ] Vítima projetada
[ ] Vítima encarcerada
[ ] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA
[X] Colisão MOTO X Moto
[ ] Queda de moto [ ] Com capacete
[ ] Atropelamento [ ] Sem capacete
[ ] Queda de Bicicleta
[X] Piloto [ ] Garupa

VIOLÊNCIA
[ ] FAB
[ ] FAF
[ ] Espancamento
[ ] Violência Doméstica
[ ] Violência Sexual
[ ] Tentativa de suicídio
[ ] Outro:

OUTROS
[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
[ ] Queda, Altura aprox.:
[ ] Acidente Doméstico
[ ] Queimadura Agente
[ ] Afogamento
[ ] Agressão p/ animal
[ ] Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS
[X] Livre
[ ] Obstrução Parcial
[ ] Obstrução Total
[ ] Corpo estranho
[ ] Edema de Glote
[ ] Outro:

VENTILAÇÃO
[ ] Apnéia
[ ] Dispnéia
[X] Bradpnéia
[ ] Taquipnéia
[ ] Roncos
[ ] Sibilos
[ ] Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
[ ] Bradicardico
[ ] Taquicardico
[ ] Arritmico
[ ] Enchimento capilar acima de 2"
[ ] Ausente
[ ] Cianose central
[ ] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLóGICA
[X] AVDN
[ ] Miose
[ ] Midríase
[ ] Anisocaria [ ] D [ ] E
[X] Aparentemente Alcoolizado
[ ] DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 3:00	130x70	90	19	99	—	—	—	—
Fim	130x70	90	18	99	—	—	—	—

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele
[X] Corada
[ ] Quente
[ ] Pálida
[ ] Fria
[ ] Úmida
[ ] Seca
[ ] Cianótica

Cabeça
[ ] Contusão
[ ] Escoriação
[ ] Laceração
[ ] Hematoma
[ ] Afundamento
[X] Fer. penetrante
[ ]

Face
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[X] Lacerações
[ ] Ferimento ocular
[ ] Luxação Mandíbula
[ ]

Pescoço
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Hematoma
[ ] Desvio da traquéia
[ ] Enfisema sub-cutâneo
[ ]

Tórax
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Tórax instável
[ ] Tamponamento
[ ] Ferida Aspirativa
[ ] Empalamento

Abdome
[ ] Escoriações
[ ] Lacerações
[ ] Distendido
[ ] Em tábua
[ ] Doloroso
[ ] Evisceração
[ ]

Pelve
[ ] Contusão
[ ] Escoriações
[ ] Dor
[ ] Instabilidade
[ ]

Coluna Dorsal
[ ] Contusão
[ ] Hematoma
[ ] Dor
[ ] Escoriações
[ ]

MMSS
[ ] Contusão
[X] Escoriações
[ ] Luxações
[ ] Lacerações
[X] Fratura
[ ] Amputação

MMII
[ ] Contusão
[X] Escoriações
[ ] Luxações
[ ] Lacerações
[ ] Fratura
[ ] Amputação

QUEIMADURAS

	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITÁLIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %
1°										
2°										
3°										

DOCUMENTO ORIGINAL

AVALIAÇÃO CARDÍACA

[X] Ritmo Sinusal
[ ] Taquicardia
[ ] Bradicardia
[ ] Flluter
[ ] Fibrilação atrial
[ ] Fibrilação ventricular
[ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

[ ] Respiratória
[ ] Neurológica
[ ] Psiquiátrica
[ ] Metabólica
[ ] Cardiovascular
[ ] Aborto
[ ] Digestiva
[ ] Infecciosa
[ ] Obstétrica
[ ] Pediátrica
[ ] Outra

HISTÓRIA PREGRESSA

[ ] Diabetes
[ ] Cardiopatia
[ ] HAS
[ ] Alergias
[ ] Outros
[X] Medicação de uso nega

GRAVIDADE COMPROVADA: [X] LESO [X] PEQUENA [X] MÉDIA [X] SEVERA [X] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Giovanni Henrique CRM-RR 1803

21 JAN. 2018

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento
[ ] Não se encontrava no local
[ ] Recusa de hospitalização
[ ] Trote
[ ] Bombeiro no local:

SOLICITADOS MEIOS ACIONADOS

[X] Polícia Militar
[ ] Guarda Municipal
[ ] SMTRAN
[ ] Bombeiro
[ ] Outros:

RCP

[ ] Iniciada as: [ ] Término as:
[ ] RCP com sucesso
[ ] RCP sem sucesso
[ ] Obs.:

OBSERVAÇÕES

CONFERE COM O ORIGINAL EM 23/03/18

DESTINO

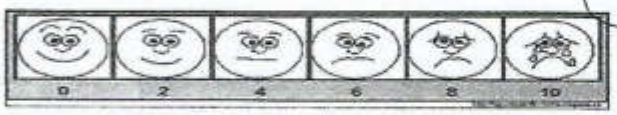
[ ] Atendido no local
[X] Trauma HGR
[ ] Pronto Atendimento
[ ] Coronel Mota
[ ] Pol.Cosme e Silva - PCCS
[ ] Hosp. Santo Antônio - HCSA
[ ] HMINSN
[ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
[ ] Hosp. Lotte Íris - HLI
[ ] Outros

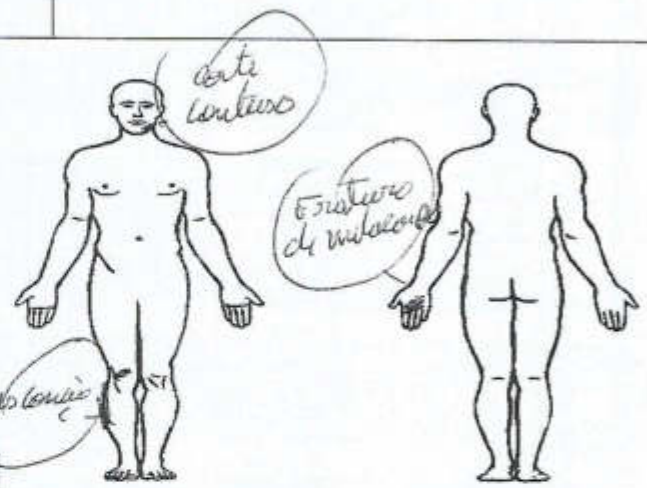
25 AGO 2018

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____
	TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão	

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Fomos acionados p/ uma ocorrência de natureza trauma motivo pela central de regulação moto x moto. Vítima desambulando aparentemente, alcoolizado, com fratura fechada de meta carpo esquerdo, corte contuso na região do queixo, escoriação MI direito, realizado PO: comunicado, a central de regulação que nos orientou a conduzir p/ OCT: HGR

DOCUMENTO ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL EM 23/03/18 Stephanie

Dr. Gabs 9170-18

25 ABR. 20

21/01/2018

Visto por: Rosalia 22/01/18

BLOCO

::: Guia de Atendimento 02 :::

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR

1800897165 21/01/2018 04:04:12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 11

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DANIEL HONORATO PINHEIRO	27/04/1990	27 A 8 M 24 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE				M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe: RAIMUNDA HONORATO DA SILVA
Pai:
Contato:
Endereço: RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR
Ocupação:

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ALEXSANDRO.PEREIRA

Queixa Principal

( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

"Acidente de moto"

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6
TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Pc. sofreu acidente motocicleta, c/ queda de [illegible] em [illegible] (E).
Nega doença sistêmicas.

Exame Físico

Ctb c/ edema, deformidade, limitação funcional e dor à palpação de terceiro e 4, 5 e 5 quirodáctilos (E).
RX = fratura em [illegible] do mão. (metacarpo, falange).

Hipótese Diagnóstica

Fratura de metacarpo + falange + Trauma [illegible] contusa, [illegible]

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Dipirona 1g EV 7 Dias	04/R	
(2) Tilatil 40mg EV.		
(3) Soro [illegible] e [illegible]		
(4) Cefalotina 2g agora. (EV)	05:00	
(5) Leo mal 100 mg + 100ml SF 0,9% EV agora		
(6) Alta.	05:00	

Pablo C. Esquerdo
CRM 1508

DOCUMENTO ORIGINAL

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
(X) Transferência para: Ortopedia

Wendell Rabelo
Médico
CRM-RR 1965

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim (X) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 21/01/2018 04:04:41

1800897165

25 ABR. 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: HGR — 2 - CNPJ:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HGR — 4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Daniel Honorato Silva — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 163038

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 702130353527520 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/04/90 — 9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Raimunda Honorato da Silva — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua CC20 180, conjunto Cidadão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista — 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF: RR — 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

10h Pat histórico queda moto ± 3h da manhã, apresentando dor + edema mão, RX 1º 3º MTC + 2º falange + 4º falange c/ fratura

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

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

ET
RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: fratura 1x Pronta mão (E) — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CLASSIFICAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tto cirúrgico 1x exp. mão — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE — 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/01/18 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO — 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO — 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BENEFÍCIO — 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓDIGO DO CNES — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0415040035 → RV2 S626

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/1/18 — 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

até 31.1 — 25 ABR 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21 / 01 / 18 U.S. _____

Daniel Monteiro [illegible]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta mão (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LMC + Rafia de FO
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Aldenor
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR:
ANESTESIA:
ANESTESISTAS: [illegible]
ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

(1) Pct BDH sob anestesia
(2) asepsia + antisepsia
(3) campos estéreis
(4) LMC vigorosa c/ SF 0,9%
(5) rafia c/ nylon
(6) tala gessada
(7) tipoia
RDA

25 ABR. 2018

Emergência / ortopedia

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Maravilha Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Honorato Pinheiro, 27a 21/01/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES: N 20 / O2

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 0,9 / SG 5%

DA X / ULSO O / ANES X / OP O / TEMP / ASPIR A / RESP O

°C: 38, 36, 34, 32, 30 — 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

Expont / Assist / Contro

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Midazolam 1,5 ml		BPB via axilar
B Propofol	160mg	guiado por USG
C		sob ventilação
D		espontânea.
E		sedação
F		
G		

GLICOSE	LÍQUIDOS
NDCD	
SANGUE	
SP	500ml
TOTAL	500ml

Cânula - Naso / Oro Faríngea
Naso / Orotraqueal - Cega
Bal - Temp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica: não

TEMPO DE ANESTESIA: 9:50 a 10:20h

ANOTAÇÕES
X_ Monitorização (ECG, SatO2, PANI)
1 Checagem de gases, equipamentos, paciente e medicação
2 - O2 3 l/min SCN
3 - BPB guiado por USG
4 - Propofol 50mg EV
5 - Propofol 50mg EV
6 - Propofol 30mg EV
7 - Tenocicam 40mg EV
8 - Propofol 30mg EV
9 - Dipirona 2g EV
À SRPA

OPERAÇÃO: Fratura exposta de mão E

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Dra Evelyne / R2 Cêris — CÓDIGO

CIRURGIÃO: Dr Waldemar

PERDA SANGUÍNEA

R. S. Manuela

Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 18

25 ABR. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Daniel Honorato Pinheiro			21 / 01 /

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteossíntese MSD	09:55	10:15	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr Wilderson	ANESTESISTA:	Drª Eveline
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Res: Flavia + Celic
		INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Lili + Soares + Mariaci + Luciana
			Welligton + Hilma

TIPO DE ANESTESIA: B P B

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VA
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒ ☒	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3/0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTO			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML		6	~~GEOFOAM~~ Esparadrapo	
3	SERINGA20ML		1	~~FITA CARDIACA~~ Gaze 30cm	
5	Eletrodos		100ml	~~OUTROS:~~ Clorexidina	
1	coletor O2				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Stefanie + Erika	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Lili + Mariacy + Luana + Welligton + Soares + Hilma	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

25 ABR. 2018

SESAU

HGR Hospital Geral de Roraima

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Daniel Leonorato Pinheiro

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 21.01.18

Leito ___ Idade: 27

Chegada: 09h25

X Emergência ( ) U.T.I. 1
( ) Internação ( ) U.T.I. 2
( ) Outros: —

Cirurgia Proposta: ortopedia MSE

Informações:
X Jejum ( ) Pré-anestésico
( ) Joias ( ) Intercorr.
( ) Banho ( ) Sangue
( ) Alergia ( ) Cardiopata
( ) Exames ( ) Medicação
( ) Outros: —

Estado Emocional/ Mental
( ) Choroso ( ) Sonolento
( ) Agitado
X Outros: ansioso

Sinais Vitais:
T 97 P — bpm
A 137/84 mmhg
SAT 98% R — rpm
( ) Regular ( ) Irregular

Condições da Pele:
( ) Normal ( ) Queimado
( ) Pálido ( ) Hipotermia
( ) Dor ( ) Contusão
( ) Frio ( ) Dolorosidade
( ) Edema ( ) Anestesia
( ) Avulsão ( ) Fraturas Exposta
(x) Frat. MSE

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
09h30	09:55	09h48	10:15	10:19

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Osteossíntese fratura exposta MSE	BPB	dorsal

Hidratação Instituída	Antibiótico-Terapia	Hemoderivados
SF a 0,9%:	Nome:	CH:
SG a 10%:	Dose:	Plasma:
Outros:		Plaquetas:

N° de compressas oferecidas: 5
N° de compressas recolhidas: 5

Sinais Vitais:
T ___ °C P ___ bpm
SAT ___ % R ___ rpm
( ) Regular ( ) Irregular
FC ___ bpm PA ___ mmhg

Anatomo Patológico:
X Não
( ) Sim
N° peças: —
( ) Cultura
( ) Outros: —

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Raio X
( ) Outros:

Legenda
1. Eletrodos ✓
2. Oximetro ✓
3. PVC X
4. Placa de Bisturi X
5. Incisão ✓
6. Cateter ✓
7. Venóclise ✓
8. Dreno ○
9. SNG X
10. Faixa de Smarch X
11. Outros: PPNI

Destino: X SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

SRPA

Cirurgia Realizada: Osteossíntese fratura exposta MSE (E)

Anestesia: BPB

Localização

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso Venoso
5. Outros

Sinais Vitais

	T	P	PA	SPO2
1°h		97	150x90	150x96
15'		75	140x10	98%
30'				
45'				
2°h				
30'				
1h				
1h30				
2h				
3°h				
1h				
2h				
3h				
4h				
5h				

Balanço Hídrico

Entradas: EV	HV	CH	SNG	Saídas: Dreno	Diurese	SNG	Outros
SFO 9% 500ml							

Entrada: Ass. Silvanie A. G. J. Silva Enfermeira COREN-RR 127270

Saída:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COORENURE – AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2013

25 ABR. 2018

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Daniel Leonardo Pinheiro

Responsável Cirurgi

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

(X) Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
(X) Procedimento
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica (X) Não se Aplica

SITIO DEMARCADO
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA INCLUÍDA

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 disponível

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
( ) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento de fluidos

Marcelle Marques
Res. Anestesiologia
CRM/RR 1876

Assinatura

Data 21/01/18 Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Evelyne

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA 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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(✓) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
( ) Sim ( ) Não (✓) Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não (✓) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (✓) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
( ) Sim (✓) Não ( ) Não se Aplica

Stefanie A. G. J. Silva
Enfermeira
COREN-RR 127270

Assinatura e Carimbo

25 ABR. 2018

HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Daniel Honorato Ribeiro 27 ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura de Múltiplos Dedos

NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Osteossíntese de fratura de múltiplos dedos SENDO

OPERADO PELO DR. [illegible] E DR. [illegible]

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18, ÀS 12:00, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18, ÀS Terça 14:00 hrs, COM O

DR. [illegible]

ORIENTAÇÕES GERAIS :

1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA

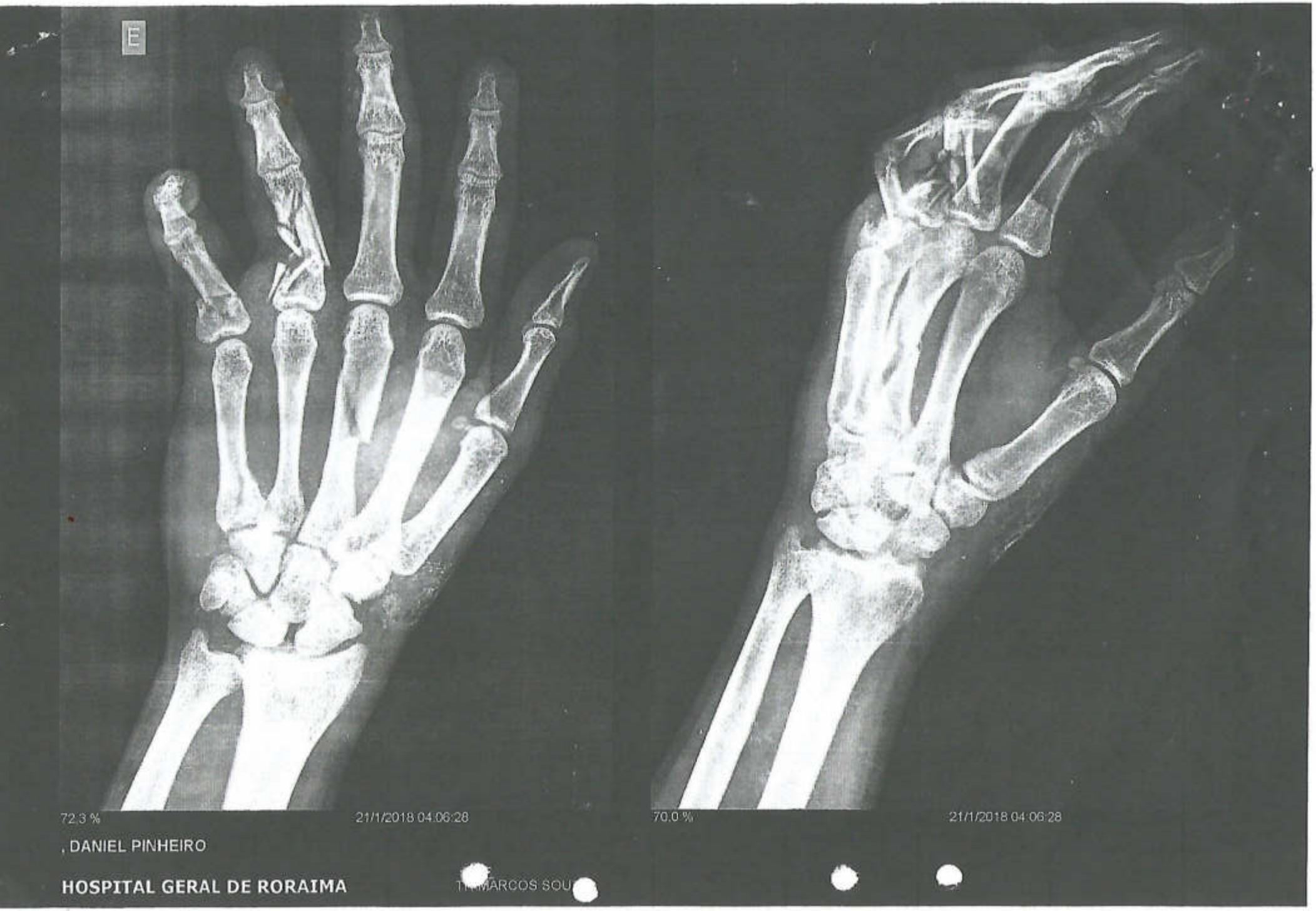
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. [illegible]

BOA VISTA, 03/02/18

Pablo C. Fernandes Jr.
Médico
CRM-RR 1908

MÉDICO

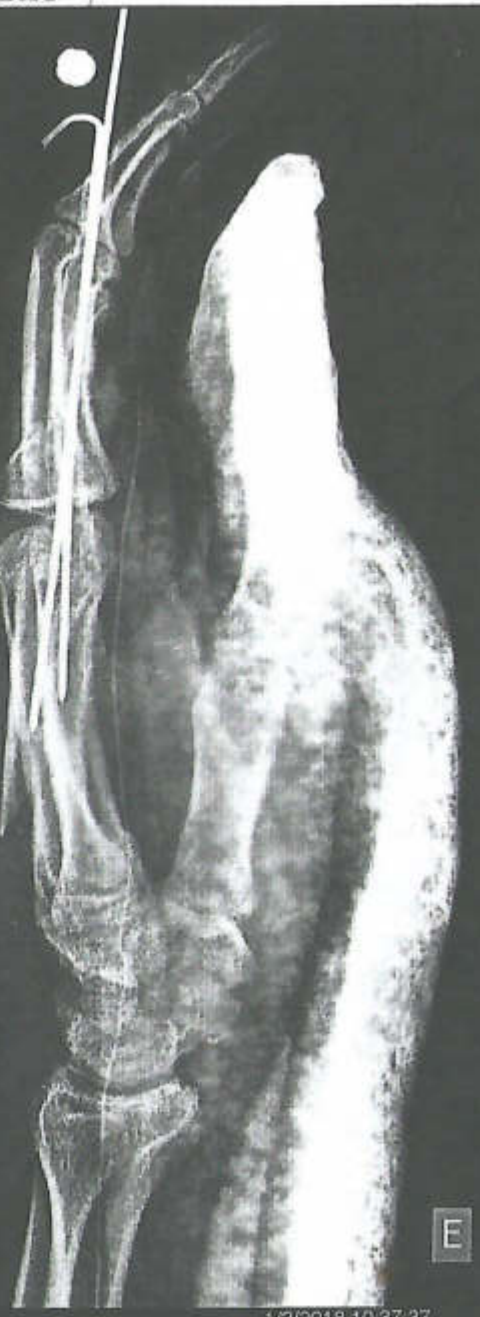
25 ABR. 2018


E
72,3 %
21/1/2018 04:06:28
70,0 %
21/1/2018 04:06:28
, DANIEL PINHEIRO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
MARCOS SOU

2220-4

67,7 %

1/2/2018 10:37:37



73,1 %

1/2/2018 10:37:37

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS

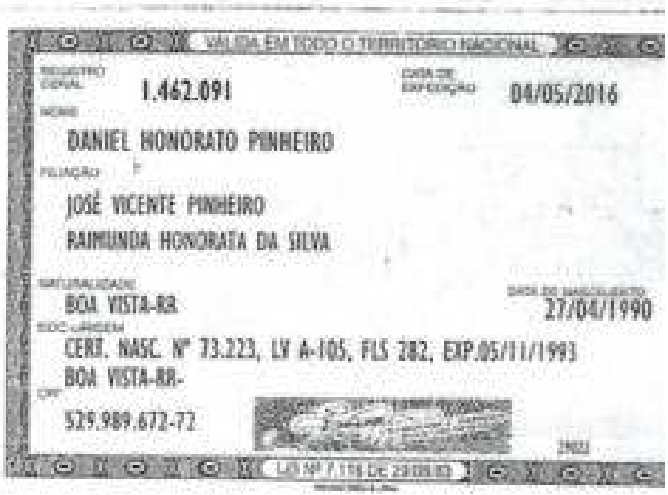
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Daniel honorato Pinheiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME
DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO
JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DO NASCIMENTO 27/04/1990

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993
BOA VISTA-RR-

CPF
529.989.672-72

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

25 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS

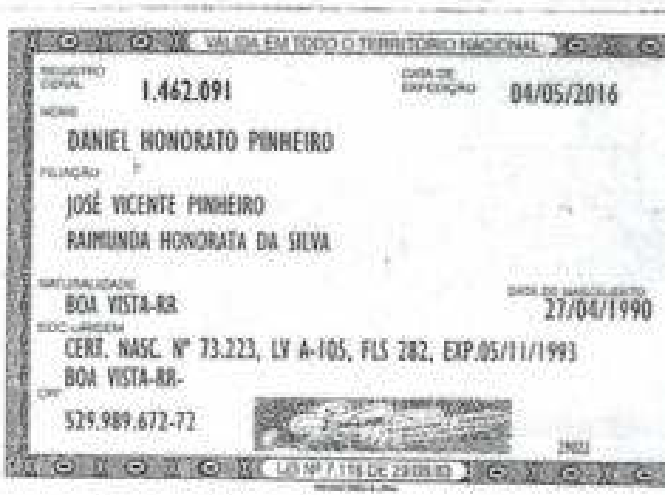
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Daniel honorato Pinheiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME
DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO
JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DO NASCIMENTO 27/04/1990

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993
BOA VISTA-RR-

CPF
529.989.672-72

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

25 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR(RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Daniel honorato Pinheiro
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME
DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO
JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
27/04/19

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993
BOA VISTA-RR-

CPF
529.989.672-72

29022

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

25 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.517-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 201.73710.78-0

NÚMERO 6819147 | SÉRIE 0030 | UF RR

Daniel honorato Pinheiro

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO.....: JOSE VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NASCIMENTO....: 27/04/1990 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: C. I. 271160 14/01/2003 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... .....: 529.989.672-72 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 04/07/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

IDENTIFICAÇÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME
DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO
JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
27/04/1990

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993
BOA VISTA-RR-

CPF
529.989.672-72

29022

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

03

Seguradora LÍDER

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:
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro			CPF: 529.989.672-72
Profissão: Garçom	Endereço: Rua. CC - 20		Número: 180 / Complemento:
Bairro: Jardim Moreira	Cidade: Boa Vista	Estado: Roraima	CEP: 69.318-095
E-mail: gloirrr@Hotmail.com			Tel.(DDD): (95)98125-9539

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 139.897 3 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 digital

Local e Data, Boa Vista - RR, 08 - 11 - 2018

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Honorato Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Homero Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CC20 Nº 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ilan Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P Galvão Nº 1832 Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.,

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Daniel Homero Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista

25 ABR. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honorato Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua: CC20 Nº 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ilvir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P Galvão Nº 1832 Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Daniel Honorato Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataide Teive, 4307 - Aza Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3027-3195
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

Reconheço por verdadeira a(s) firma(s) de:
[3ekzJO3O] -DANIEL HONORATO PINHEIRO .....
Do que dou fé. Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018. Consulte seu selo em:
Em testemunho da verdade. BPDO: https://cidadao.pgr.mp.rr.gov.br
Emolumentos: R$2,39 Fundos: ISS: R$0,60 Total R$ 2,99
Selos: REC FIR158295CVU-ASSTMS8FT968

Daniela Costa Retroz
Escrevente Autorizada

25 ABR. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288637/18

Número do Sinistro: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do acidente: 21/01/2018

CPF: 529.989.672-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 12/09/2018 Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO CPF: 529.989.672-72	Data do cadastramento: 12/09/2018 Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA CPF: 878.291.693-49
DANIEL HONORATO PINHEIRO	LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Nº Sinistro: **3180364560**
Vitima: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**
Data do Acidente: **21/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364560.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01979/01980 - carta_01 - INVALIDEZ
00020990
Carta nº 13213200

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Nº Sinistro: **3180364560**
Vitima: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**
Data do Acidente: **21/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364560**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00817/00818 - carta_03 - INVALIDEZ
00060409
Carta nº 13213201

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Carta nº 13470361

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3180364560 ASL-0288637/18**
Vitima:	**DANIEL HONORATO PINHEIRO**
Data Acidente:	**21/01/2018**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ILOIR INACIO DE SOUZA**

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00049/00050 - carta_25 - INVALIDEZ
00030025

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Carta nº 13632470

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3180364560 ASL-0288637/18**
Vítima:	**DANIEL HONORATO PINHEIRO**
Data Acidente:	**21/01/2018**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ILOIR INACIO DE SOUZA**

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00727/00728 - carta_25 - INVALIDEZ
00040364

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180364560 **Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Data do Acidente: 21/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00051/00052 - carta_25 - INVALIDEZ
00020026

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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_25 - INVALIDEZ

00040038

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL HONORATO PINHEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023762-2

Autenticação:
BB82407C6B20E178CBCB96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9