



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP 2695	DATA 18/10/2019	TIPO OUTROS	UND OP CIPTUR	DP
HORA TRANS. 16:13:00	HORA INICIAL 16:13:00	HORA CHEGADA 16:30:00	HORA FIM 18:45:00	VTR CIPTUR 01
KM INICIAL 50362	KM FINAL 50385			
Código Ocorrência - 1003 - 1001	Código Providência - 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010		Código Serviço Prestado	
Local da Ocorrência RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE				

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ
RG: 126531	CPF: 446.330.172-68
	CNH: 02614999663
	Idade: 43
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE
2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA
RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79
	CNH: N/INF
	Idade: 16
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

21 JAN. 2020

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Hurici Ly Rodrigues
NOME POLICIAL

42000300
MATRÍCULA

Silva
ASSINATURA

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTUR

Rua

Fones: (95)



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901175503	18/10/2019 16:48:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA		24/09/2003	16 A 0 M 24 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		PARDA
Mãe	Pai		Contato		Nacionalidade	
WALTERVANIA PEREIRA	CRISTIANO PEREIRA DA SILVA				BRASILEIRA	
Endereço	Ocupação					
RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAIS - 452 - - -						
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					
Sabor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem			GSC		TOTAL	
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:48h)						
Acidente de moto						
Amputação traumática de						
Exame Físico						
Podo do pé do pé (D)						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
DIPLOMA 20 EV			17:05			
TILLOT 405 EV						
A.V.D.						
Condição						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica			<input type="checkbox"/> Ambulatório			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido			<input type="checkbox"/> Observação (Atenção e cuidado a presente)			
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia			<input type="checkbox"/> Internação			
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:			Data e Hora da Saída: 18/10/2019 16:48:39			
óbito			Carimbo e Assinatura do Médico			
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 18/10/2019 16:49:23

© 2019
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
S/A - Indústria e Comércio
Rua 11, 111 - 11111-111

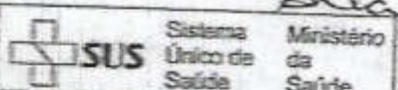
21 JAN. 2020



1901175503

D

Data: 21/10/19



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com lesão em HbA1c
+ Angiotensina + tratamento de 2º Bdo
da HbA1c.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HbA1c elevado (superior + regulador
de glicose)

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

Audiometria + Rx + Ex - F/S/O

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lesão HbA1c + Angiotensina e 2º Bdo

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

21 JAN. 2020



0415040035 → R02
T013
V099
598.1



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18.10.19

O.S. _____

Mathews Lucas
Souza

Usado em Hbraz D.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + Amputação traumática 2º dedo da

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Regulização de coto + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Poracer +

1º AUXILIAR: Dr. Elton

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15287 RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Antépsia + Antissépsia + colocação de curativos estériles
- 3- LMC com sol 0,9% + clorexidina 2%.
- 4- Sutura da lesão em Hbraz proximal. (D)
- 5- regulização de coto em 2º dedo da mão (D)

21 JAN. 2020

Segue

6 - curativo
7 - RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 2026

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Associação Profissional dos Brásileiros

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Nuvon Pereira 16a RHE de Alagoas

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

11

Nº 18/10/19

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
ULSO	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
ANES	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
OP	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
TEMP	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
ASPR	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
A	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
RESP	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
O	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
Expon	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
Assist	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
Contro	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14
SÍMBOLOS	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	14

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Atropina	0,5 mg	LVT sub ventral	1) Check List. OK
Midazolam	2 mg	expiratório	2) Ventose 8 18 msd. OK
C			3) Propofol 30 mg 10
D			4) Midazolam 2,5 mg 10
E			5) PRT disposto ao RPS.
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea	
NOCD		Naso / Oritruncal - Cega	
SANGUE		Gal - Temp - Catete do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA	CÓDIGO	GRUPO	PERDA SANGÜÍNEA

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308
CRH 308/RR

anestesiologista

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE




FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA			1901175503		18/10/2019
CIRURGIA					
TIP@		TEMPO DE DURAÇÃO			
Lompezo Cirurgico + sutura mie + regularização de coto 3º podo doctilo "D"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Fabian / Dr. Mariso	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Res. Emanuel	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA:		CIRCULANTE			
Rogue		Hilma / Ramundo			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pares m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	Madura gupton 6m
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	cateter de 02
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML			GEOFOAM	Elétrades
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico	± 200ml
				Alcool 70%	± 300ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
Rebeca E			SUB-TOTAL		
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
FIM DE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

21 JAN. 2020

21 JAN. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE		
NOME ILOIR SPACIO DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSORAF 114807 SSP RJ	
	CPF 383.051.512-04	DATANASCIMENTO 07/04/1978
	FUNÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
	ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
TIPO	PERMISSÃO	ACC
		CATIA
		JS
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	VIMPERFACAO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES		
		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LOCAL BOA VISTA - ROBERTA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
		92485240616
ASSINATURA DO DIRETOR		RR207968020
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO		

980151096

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **CRISTIANO PEREIRA DA SILVA**

DOE. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA: **120607 SSP RR**

CPF: **382.778.082-91** DATA NASCIMENTO: **12/09/1971**

FILIAÇÃO: **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**
WILEA PEREIRA DA SILVA

FERNILIAÇÃO: **AB**

IV REGISTRO: **02915510894** VALIDADE: **06/01/2022** HABILITACAO: **13/06/2003**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *CRISTIANO PEREIRA DA SILVA*

LOCAL: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSAO: **09/01/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1360577379

PROIBIDO PLASTIFICAR
1360577379

21 JAN. 2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Christiano Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	120607
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832 - Bunito

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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Matheus Luam Pereira da Silva

Boa Vista-RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Christiano Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Alameda Teófilo, 4107 - Ann Branc - Boa Vista/RR
 Fone: (93) 3627-4180
 daniel@boavista2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPO
 De que dou fé. Boa Vista-RR, 14 de novembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abarcado em: portal.selom.com.br
 REC.FIR.1662961307E3KSDP6Y68711

Emolumentos: R\$ 2,45 - Fundos ISS: R\$ 0,55 - SELO: R\$ 3,40 - Total: R\$ 4,40

Thaís Carneiro Barbosa dos Santos
 Escrevente Autorizada

21 JAN. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Christiano Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	120607
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832 - Buitis

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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Matheus Luam Pereira da Silva.

Boa Vista-RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Christiano Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Alameda Teófilo, 4207 - Boa Vista - Boa Vista/RR
 Fone: (93) 3627-4180
 daniel@boavista2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de CRISTIANO PEREIRA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPO
 De que dou fé. Boa Vista-RR, 14 de novembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abarcado em: portal.selori.com.br
 REC.FIR.1662961307E3KSDP6Y68711

Emolumentos: R\$ 2,45 - Fundos ISS: R\$ 0,55 - SELO: R\$ 3,40 - Total: R\$ 4,40

Thaís Carneiro Barbosa dos Santos
 Escrevente Autorizada

21 JAN. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Número do Sinistro: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 078.808.142-05

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023667-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (pôlido) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da assinatura

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 17/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 078.808.142-05 3 - CPF da vítima: 078.808.142-05 4 - Nome completo da vítima: Mathew Ruam Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Mathew Ruam Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua Antonio Moreira Moraes 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Cristiano Pereira da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão legível da assinatura do requerente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 17/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 078.808.142-05 3 - CPF da vítima: 078.808.142-05 4 - Nome completo da vítima: Mathews Ruam Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Mathews Ruam Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antonio Moreira Moraes 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Cristiano Pereira da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão legível da assinatura do requerente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 17/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/11/2019 10:29 Data/Hora Fim: 11/11/2019 10:51
Origem: Polícia Militar
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 18/10/2019 18:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Murilo Cidade c/ Travessa dos Macuxis

Bairro: Dr. Silvio Leite
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 43
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Praça do Centro Cívico - Tribunal de Justiça
Bairro: Centro

Nome Civil: DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 16
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Antonio Moreira de Moraes Nº: 122
Bairro: Alvorada

Nome Civil: CRISTIANO PEREIRA DA SILVA (COMUNICANTE , REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Fortaleza Sexo: Masculino Nasc: 12/09/1971
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Wilka Pereira da Silva Nome do Pai: Antonio Ferreira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 382.778.082-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Antônio Moreira de Moraes Nº: 452



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/11/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

21 JAN. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99135-4795 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 24/09/2003
Profissão: Estudante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Walterlânia Pereira dos Santos Nome do Pai: Cristiano Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.808.142-05
RG - Carteira de Identidade: 426701-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 34.812.669/0001-08	Placa NAR-0403
Renavam 01113336673	Número do Motor 4M41UCBG9517
Número do Chassi 93XXNKB8THCG29711	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo MMC/L200 TRITON GLX D
Modelo MMC/L200 TRITON GLX D	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
João Batista Leite Muniz	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 045.648.782-47	Placa NAQ-0104
Renavam 01116290518	Número do Motor KC22E0H034519
Número do Chassi 9C2KC2200HR034487	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Devson Venicio de Oliveira Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/11/2019 10:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

CONFORME ROP/PM-CIPTUR 2695 :

A guarnição foi acionada para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, no local foi verificado que se tratava de acidente com vítima; QUE foi apurado no local, que o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da polícia militar/ TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa dos Macuxis no sentido bairro/Centro. A motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva; QUE no cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros. O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o perito JACI CAETANO; QUE o cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal; OS veículos estavam regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva- CNH: 02915510894, que é parente dos ocupantes da motocicleta. QUE o condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC, e segundo o ROP, o condutor não pode ser encaminhado até o DP, por está recebendo atendimento médico especializado.

O COMUNICANTE SENHOR CRISTIANO COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT OS DADOS DA MOTOCICLETA DE PLACA NAQ-0104, DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA E QUE ESTÁ EM NOME DE VICTOR PEREIRA DA SILVA, A QUAL SEU FILHO MATHEUS RUAN ERA PASSAGEIRA NA GARUPA DA MESMA, NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, O QUE FOI FEITO ACIMA. QUE NÃO DESEJOU REPRESENTAR CRIMINALMENTE, É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 042000908
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Pereira da Silva
(Comunicante / Representante Legal)

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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

21 JAN. 2020

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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023667-3

Autenticação:

D1C29CD5FA98CD0F23BB08EEF6661FE3062E5644F52C6EA7871255DB43C73C23

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual) 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 3985019

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71


WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA

CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34648	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-4-1-1
Anterior: 34236	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 07/12/2019	Ligação: 1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 = 7,99
	70 A R\$ 0,457078 = 31,99
	120 A R\$ 0,685623 = 82,27
	192 A R\$ 0,761797 = 146,26
	52,88
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12)	
PARCELAMENTO DE DÉBITO 3/12	155,97
ILUMINACAO PUBLICA	25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
30 A 30 - 0,215470	
30 A 100 - 0,369375	
100 A 220 - 0,654697	
220 A 412 - 0,615625	
Média 12 meses: 474	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

10/2019 467,93

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019.


LIGUE 0800749120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 145,20	Encargos: 7,87	Base de Cálculo: 268,51	Alíquota: VALOR
Distribuição: 63,94	Tributos: 51,68	ICMS: 17,88%	45,64
Transmissão: 8,00		PIS: 0,37%	1,01
		COFINS: 1,80%	4,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DCRI
Mensal: 9,24	Mensal: 8,46	Mensal: 4,99	Mensal: 4,99
Trimestral: 18,49	Trimestral: 16,92		
Anual: 36,99	Anual: 33,84		
Realizado: 0,00	Realizado: 0,00	Realizado: 0,00	Realizado: 0,00
Limite: 0,00	Limite: 0,00	Limite: 0,00	Limite: 0,00

Conjunta FLORESTA Período de apuração: 09/2019 EUSD: 104,76

ROT: 30.001.29.11.007060



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0062273-7

MÊS FATURADO
11/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

TOTAL A PAGAR - R\$
449,71

VENCIMENTO
01/12/2019

FCAM*

83600000004 9 49710075000 7 00000000062 0 27371119008 5



SEQ.: 0145 UC: 0062273-7 DT.LEIT.: 07/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 34648 NORMAL TOTAL: 449,71 CARGA: 023
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4101

21 JAN. 2020

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual) 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 3985019

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71

WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA
CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34648	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-4-1-1
Anterior: 34236	Anterior: 10/10/2019	Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 07/12/2019	Ligação: 1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRICAÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 = 7,99
	70 A R\$ 0,457078 = 31,99
	120 A R\$ 0,685623 = 82,27
	192 A R\$ 0,761797 = 146,26
	52,88
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12)	
PARCELAMENTO DE DÉBITO 3/12	155,97
ILUMINACAO PUBLICA	25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
30 A 30 - 0,215470	
30 A 100 - 0,369375	
100 A 220 - 0,654697	
220 A 412 - 0,615625	
Média 12 meses: 474	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

10/2019 467,93

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019.

LIGUE 0800749120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
	Energia: 145,20 Distribuição: 63,94 Transmissão: 0,00 Encargos: 7,87 Tributos: 51,68	Base de Cálculo: 268,51 ICMS: 17,88% 45,64 PIS: 0,37% 1,01 COFINS: 1,80% 4,85
INDICADORES DE CONTINUIDADE		
DIC	FIC	DMIC
Mensal: 9,24	Mensal: 8,46	Mensal: 4,99
Trimestral: 18,49	Trimestral: 16,92	
Anual: 36,99	Anual: 33,84	
Realizado: 0,00	0,00	0,00
Conjunta FLORESTA	Período de apuração: 09/2019	EUSD: 104,76

ROT: 30.001.29.11.007060

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA

Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44

Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0062273-7

MÊS FATURADO: 11/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

TOTAL A PAGAR - R\$: 449,71

VENCIMENTO: 01/12/2019

FCAM*

83600000004 9 49710075000 7 00000000062 0 27371119008 5



SEQ.: 0145 UC: 0062273-7 DT.LEIT.: 07/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 34648 NORMAL TOTAL: 449,71 CARGA: 023
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4101

21 JAN. 2020

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

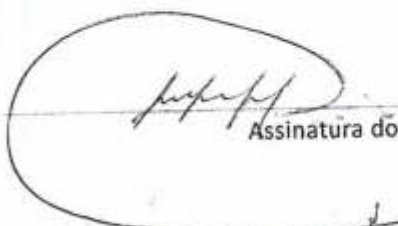
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE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

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Matheus Ruam Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Matheus Ruam Pereira da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 17/01/2020


Assinatura do Declarante

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2695	18/10/2019	OUTROS	CIPTUR	
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
16:13:00	16:13:00	16:30:00	18:45:00	CIPTUR 01
KM INICIAL	KM FINAL			
50362	50385			
Código Ocorrência	Código Providência	Código Serviço Prestado		
- 1003 - 1001	- 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010			
Local da Ocorrência				
RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE				

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ
RG: 126531	CPF: 446.330.172-68
	CNH: 02614999663
	Idade: 43
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE
CONDICÕES: 1	
2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA
RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79
	CNH: N/INF
	Idade: 16
	País: BRASIL
ENDEREÇO:	Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE
CONDICÕES: 1	

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venício de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

21 JAN. 2020

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Hurici Ly Rodrigues
NOME POLICIAL

42000300
MATRÍCULA

Silva
ASSINATURA

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTUR

Rua

Fones: (95)

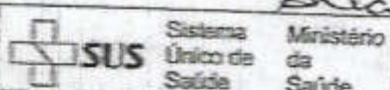


Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



D

Data: 21/10/19



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com lesão em HbA1c
+ Angiotensina + tratamento de 2º Bdo
da HbA1c.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HbA1c elevado (superior + regulador
de glicose)

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

Audiência + Rx + Ex - F/S/O

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lesão HbA1c + Angiotensina e de HbA1c

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

21 JAN. 2020



0415040035 → R02

T013

040860425 →

V099

598.1



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18.10.19

O.S. _____

Mathews Lucas
Souza

Usado em Hbraz D.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + Amputação traumática 2º dedo da

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Regulização de coto + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Poracer +

1º AUXILIAR: Dr. Elton

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Elton Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15287 RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia.
- 2- Antépsia + Antissépsia + colocação de campos estéreis
- 3- LMC com sol 0,9% + clorexidina 2%.
- 4- Sutura da lesão em Hbraz proximal. (D)
- 5- regulização de coto em 2º dedo da mão (D)

21 JAN. 2020

Segue

6 - curativo
7 - RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 2026

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Associação Profissional dos Brancos

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Nuvon Pereira 16a RHE de Alagoas

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

11

Nº 18/10/19

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	240												
X	220												
ULSO	200												
●	180												
ANES	160												
X	140												
OP	120												
O	100												
TEMP	80												
□	60												
ASPR	40												
A	20												
RESP													
O													
Expon													
Assist													
Contro													
SÍMBOLOS													
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES										
Atropina	0.01	LVT sub ventral	X Anestesia geral										
Midazolam	0.05	expiratória	① Check List. OK										
C			② Ventose 8 18 mSD. OK										
D			③ Propofol 30 mg 10										
E			④ Midazolam 2.5 mg 10										
F			⑤ PRT disposto ao RPS.										
G													
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea											
NOCD		Naso / Oritracheal - Cega											
SANGUE		Sel - Temp - Catete do Tubo											
		Sob Máscara											
		Dificuldade Técnica											
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO													
ANESTESIA	CÓDIGO	GRUPO	PERDA SANGÜÍNEA										
De lause		De lause											

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308
CRH 308/RR

anestesiologista

Marisa Pinto
anestesiologista
CRM/RG - 308

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA			1901175503	18/10/2019	
CIRURGIA					
TIP@		TEMPO DE DURAÇÃO			
Lompezo Cirurgico + sutura mie + regularização de coto 3º podo doctilo "D"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Vitor Paracot		Dr. Fabiano / Dr. Mariso			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Res. Marco Brunner		Res. Emanuel			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Res. Marco Rezende					
TIPO DE ANESTESIA: Rague		CIRCULANTE			
		Hilma / Ramundo			
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pares m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0	Adura guion 6m
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	cateter de 02
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML			GEOFOAM	Elétrades
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico	± 200ml
				Alcool 70%	± 300ml
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL			
Rebeca E		TAXA DE SALA			
Juciano		TAXA DE ANESTESIA			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		SOMA			
CIRCULANTE DE SALA					
FABRICAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

21 JAN. 2020