

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 00000037686-0

Nr. da Autenticação BD0D4219204B97BC

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571148 **Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO**

Data do Acidente: 10/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000037686-0

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, retorno 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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E

Descrição do exame físico: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANA EM HÁLUX DIREITO E EDEMA LOCAL EM TESTÍCULO ESQUERDO COM QUEIXA DE COMPROMETIMENTO NA VIDA SEXUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM PUNHO E PÉ DIREITOS E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TESTÍCULO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO E HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU MODERADO E HÁLUX DIREITO EM GRAU INTENSO.
O EDEMA TESTICULAR NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2019 05:48 Data/Hora Fim: 10/03/2019 06:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP-PM Nº069417 SÉRIE "J" Data: 10/03/2019
Delegado de Polícia: Rodrigo de Oliveira Gomides

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 10/03/2019 03:17

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Centro
Logradouro: AV-Mário Homem de Melo c/ Av. Terêncio Lima

Ponto de Referência: CRUZAMENTO
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JORGE ANDRÉ SOUSA GARCIA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade: 42
Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Sem Informação
Em Serviço: Sim

DAI
Confere com original
Data: 19/03/2019
Upíera
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Gabinete do Delegado de Polícia Civil
Mat. 042000998
Idade: 28

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: JHONATAN DA SILVA MINEIRO (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino
Profissão: Técnico em Segurança do Trabalho
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 906
Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO FILHO
Bairro: JARDIM CARANA
Telefone: (95) 99110-2852 (Celular)

Nome Civil: EDILSON FERREIRA DE QUEIROZ (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 20
Profissão: Vigilante
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 556729-7

Endereço



07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FELIPE DE PAULA RODRIGUES
Bairro: ALVORADA

Nº: 554

Nome Civil: LUCAS LIMA DUARTE (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 19
Profissão: Militar do Exército
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4736109

07 OUT. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: NÃO INFORMADO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 114.734.952-53	Placa NAW7929
Renavam 00168737264	Número do Motor KC16E2A012909
Número do Chassi 9C2KC1620AR012909	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES
Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/10/2009	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jhonatan da Silva Mineiro	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 019.242.682-64	Placa NBA4606
Renavam 00471015075	Número do Motor G379E-026796
Número do Chassi 9C6KG0210C0053263	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250
Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 25/01/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edilson Ferreira de Queiroz	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a) 1º DP Informo que fomos acionados via CIOPS para uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítimas no endereço acima supracitado, conforme relato feito pela testemunha diz que, o veículo V01 (HONDA FAN DE PLACA NAW-7929) conduzido pelo item 01(JHONATAN) trafegava pela Av. Mário Homem de Melo, sentido centro bairro Mecejana, em velocidade moderada e ao chegar no cruzamento avançou o semáforo (vermelho). O



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005529/2019

outro veículo V02(HONDA LANDER PLACA NBA-4606) conduzido pelo item 02(EDILSON), trafegava pela Av. Terêncio Lima, bairro centro, no sentido Av. Ene Garcez, quando passando pelo semáforo (verde) em alta velocidade, veio a colidir frontalmente com motocicleta (veículo v01), ocorrendo o sinistro.

Diante dos fatos, logo após 02 (duas) viaturas do SAMU prestarem os primeiros socorros às vítimas e encaminharem ao Pronto Socorro Francisco Elesbão com múltiplas fraturas e lesões no corpo, o local foi isolado com apoio da VTR 656 e acionado a perícia. Fazendo-se presente o PC NELSON SOUZA. Os veículos foram consultados junto ao DETRAN e estão devidamente legalizados e licenciados. Sendo liberado no local, o veículo V01 foi entregue a EIK VINICIUS SOUZA DOS SANTOS, CNH 06895993764-AB. O veículo V02 para o proprietário, Sr. VANDEILTON SILVA DE ALEMIDA, CNH 05867079850-AD. Não houve acordo entre as partes com relação aos danos materiais. Este é o relato conforme ROP PM em anexo.

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto
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 prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contrivenção do Código Penal Brasileiro."

DAI
Confere com original
Data: 19/03/2019
Oliveira
Assinatura

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

07 OUT. 2019

07 OUT. 2019



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:
------------------------	----------------	--------------------------

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
------------	-----------	---------	--------------

Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
---------	---------	---------	------

E-mail:	Tel.(DDD):
---------	------------

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

07 OUT. 2019

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

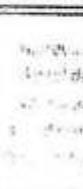
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falicídos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X *Theron de Souza Viana*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gómez 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-46 | Inscrição 24.07.022
Nota Fiscal Eletrobras Energia Pública - NFP-01
Regime especial em impostos autorizado pelo SRF-GZ-2001-13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0065683-6

Nº da Nota Fiscal: **002399863**

A nota fiscal de Energia Elétrica - TSEB é emitida
pela Lei nº 10.430 de 25 de abril de 2002.

CONSOLIDADO TOTAL APAGAR R\$

FEVEREIRO/2019

06/03/2019

178

169,90

HUZANA DA SILVA SOARES
AV PARINE BRASIL 1430 3 CARANA
CPF: 00076943461249
CEP: 69.313-625 - BOA VISTA

PRODUTO/LEITURA

Atual:	10850
Anterior:	10672
Consumo de Multiplicação:	1.000
Consumo Médio:	178
Consumo Faturado:	178

ROT: 7.001.15.05.180305

NORMAL

28

DADOS DA FATURA DE CONSUMO R\$

RESIDENCIAL BI Número Monitor Ponto Código Faz. Mês 12 meses

RESIDENCIAL BI 11ED60/1190 1522807 1.1.1.2 138

DETALHAMENTO DO CONSUMO

Mês/Ano JAN/18 DEZ/18 NOV/18 OUT/18 SET/18 AGO/18 JUL/18 JUN/18 MAI/18 ABR/18

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 178 A R\$ 0,762157 = 139,22

30,68

TABELA DE TARIFAS:

R\$ 178 - 0,634628

MENSALIZAÇÃO ANTES DO VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 01/2019 149,25

VALOR TOTAL DA FATURA: 149,25

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04, na ¹ qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jhonatan da Silva Mineiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 999.184.712 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jhonatan da Silva Mineiro

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 999.184.712 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

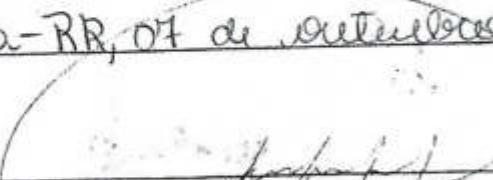
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

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

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

Local e Data: Boa Vista-RR, 07 de outubro de 2019.


Assinatura do Declarante

07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação
Secretaria do Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Visto
03/03/2019

1901082341	10/03/2019 04:04:23	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 5	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07 Prontuário	
JHONATAN DA SILVA MINEIRO		17/04/1990	28 A 10 M 23 D	702504300603630	99918471204	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Nacionalidade	
IDENTIDADE	5986457	SSPPA		M	BRASILEIRA	
Mãe				Raça/Cor	Contato	
DEUZIMAR DOS SANTOS DA SILVA				PARDA	(95) 99141-8528	
Endereço				BOA VISTA - RR	Ocupação	
AVENIDA - DOMINE BRASIL - 2148 - CARANA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				OZIRES.PRADO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input 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	
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: _____		
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não) Destino: (<input type="checkbox"/> Família) (<input type="checkbox"/> IML Análise Patológica)						
Assinatura do Paciente ou Responsável						

09:30h.

Oncopress

Primeras visitas acordadas programadas
de maneira em pente (1) + abd (2)
+ peito + fígado (3).

Anamnesis neg + exames em
reservado, significativo.

(1). Sospecha de carcinoma (1).

Referência ao Trauma M
Aviation está em discussão.

Prox. ARA no TRAUMA para
avaliação da oncologia

Dr Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917IRR

Re retorna

c/ Rx: lesão pedigida

Referência local em pente

Rx: Feat radio e Ura.

cl. ind.

Alta cl. ortopedia

09:30h - 10/12/19 - Sócio adquirido Urologia

(comunicado à Cooperativa às 09:30h - 10/12/19)

USG: hemicapsula parcial do testículo (E)

Marcus Brunner

CRM-RR 1917IRR / 09/12/2019
Dr. Jonathas G. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho

07 OUT. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/03/19 O.S. _____

Tomathau da Silva Nunes

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trauma, evolução espontânea.
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Artur 1º auxiliar: _____
2º auxiliar: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º auxiliar: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Fábio / Daniel ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pente a DHE jolo + apê + p. lige
- traqueia branca em g. estreita
- ② Lipo transversa evolução espontânea
- ③ Hora dura túnica esquistada
- Testículo integro per alto e baixo
- testes dura ver lato.
- ④ gesto para planar 17 OUT. 2019
- ⑤ Anatomia desenhada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FUNERÁRIO

FICHA DE ANESTESIA

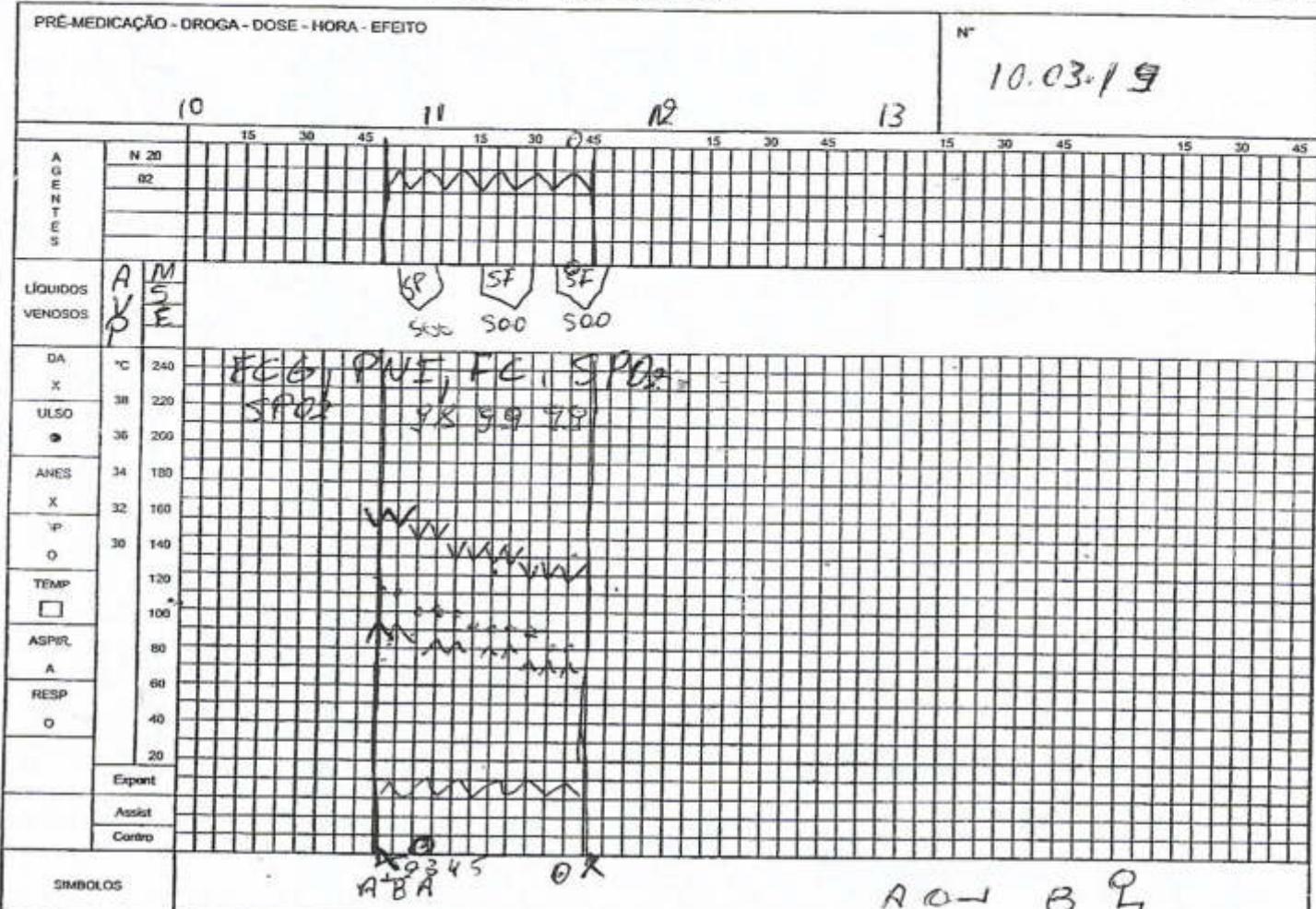
JONATHAN DA SILVA MENEIRO

NEGA ALÉRGICO E
PATÓLOGO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

10.03.19



A O- B ♀

AGENTES	DOSES	TÉCNICAS	ANOTAÇÕES
A BUPIVACAÍNA 0,5% Hipér-		ANESTESIA	X MONITORIZAÇÃO + CHECK LIST
B BARBITÚRICAS 15ug.		COLBAR MEDIANA	1- CONTEIR 100ML 02 2L/min
C MIDAZOLAM 5mg		HIPERBARICA, SIMPLES + SODA CAU	2- RAIA ANESTESIA: ASSEPSIA E ANTISEPSIA COM ALCOOL 70%, CAMPO ESTERIL. PUNCAO SUBDURAL- NOIDEA, AGULHA DE QUINIC N° 26,
D		VENOSA COM OFERTA DE O2 SOB CATETER INAL	3- L4 PLLR. POSITIVO CLARO, NORMOTENSÃO COM INJECAO BUPIVACAÍNA
E			0,5%, 15ug
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Câmla - Naso / Oro Faringea Naso / Oropharinal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dificuldade Técnica	
NODD			
SANGUE			
5% 0,9% 2000ML		NAO	
TOTAL	2000ML	TEMPO DE ANESTESIA 10:50 às 11:40	
OPERAÇÃO	EXPLORACAO DE ESCROTO E TESTICULO		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	R3 DANTELE	CÓDIGO CIRURGIAO DR. ARTHUR	Hemorragia - Anemia Bradí Taquicardia - Choque PERDA SANGUÍNEA

(3) MIDAZOLAM 5mg EV

(4) CEFALOTINA 2g IV

(2) DEXAMETASONA 10mg EV

X ENCOMINHADA A SRPA-

Dr. Alberto J. M. Bentes
Anestesiologista
CRM 00 111

07 OUT. 2019



MEDICAL RECORD NUMBER: 1148

NAME OF PATIENT: Jonathan da Silva Mineiro

DATE: 07/10/2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NAME OF PACIENTE:

Jonathan da Silva Mineiro

APT OU LEITO: F = 18

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA:

10/03/2019

CIRURGIA

TIPO:
Exploração do Estreito "E"

CIRURGIA:

Mº Arthur.

1º AUXILIAR:

AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA:

Raqui 10:50.

QUANT.

MATERIAIS

VALOR

QUANT

MEDICAMENTOS

VALOR

1	10 UNID COMPRESSAS		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	500ml
1	PAQUETE GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADA	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° 2.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 11.		1	FIO CATGUT SIMPLES N° 2.0	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML		1	Equipo macro	
1	SERINGA 03ML			fermento cateter P/B 1/2	
1	SERINGA 05 ML		1	Agulha B/raqui 26	
1	SERINGA 10ML			Clor xodine 700-500ml	
1	SERINGA 10ML			oxigênio f/epico 700-500ml	
1	Elétrodos			Álcool 700-500ml	
1	agulha 40x12				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A):

ENFERMEIRA CHEFE

Ana Renata.

Jaqueline

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRULANTE DE SALA

Elizangela M.

Gilberto.

DEBITAR NA CC DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

07 OUT. 2019



NOME: Jannatam da Silva, Mirene

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
Atenção medicamentosa
Comorbidades

CEMORB. da paciente

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 10 / 03 / 19

Idade: 28

Ref.: _____

Chegada: 10:16h

(F) Energética () U.T.I. 1

() Internação () U.T.I. 2

() Outros: _____

Crurgia Proposta:

Tecos de luxação

130gundo.

1. Informações:

() Jejun () Pré-anestésico

() Jóias () Intracath

() Barito () Sangue

() Alergia () Cardiopata

() Exames () Asmático

() Outros: _____

2. Estado Emocional/ Mental

() Chároso () Sonolento

() Agitado

() Outros: calmo

3. Sinais Vitais:

T: 37 °C P: 80 bpm

FC: 88 PA: 122/72 mmHg

SAT: 100% R: 16 ppm

() Regular () Irregular

SG a 10%:

Outros: _____

07 OUT. 2019

Legendas:
1. Eletrodos
2. Oxímetro

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Cateter IV

7. Vendise J

8. Dreno

9. SNG

10. Falsa de Sengenbach

11. Outros: PNT

12. PNT

13. PNT

14. PNT

15. PNT

16. PNT

17. PNT

18. PNT

19. PNT

20. PNT

21. PNT

22. PNT

23. PNT

24. PNT

25. PNT

26. PNT

27. PNT

28. PNT

29. PNT

30. PNT

31. PNT

32. PNT

33. PNT

34. PNT

35. PNT

36. PNT

37. PNT

38. PNT

39. PNT

40. PNT

41. PNT

42. PNT

43. PNT

44. PNT

45. PNT

46. PNT

47. PNT

48. PNT

49. PNT

50. PNT

51. PNT

52. PNT

53. PNT

54. PNT

55. PNT

56. PNT

57. PNT

58. PNT

59. PNT

60. PNT

61. PNT

62. PNT

63. PNT

64. PNT

65. PNT

66. PNT

67. PNT

68. PNT

69. PNT

70. PNT

71. PNT

72. PNT

73. PNT

74. PNT

75. PNT

76. PNT

77. PNT

78. PNT

79. PNT

80. PNT

81. PNT

82. PNT

83. PNT

84. PNT

85. PNT

86. PNT

87. PNT

88. PNT

89. PNT

90. PNT

91. PNT

92. PNT

93. PNT

94. PNT

95. PNT

96. PNT

97. PNT

98. PNT

99. PNT

100. PNT

101. PNT

102. PNT

103. PNT

104. PNT

105. PNT

106. PNT

107. PNT

108. PNT

109. PNT

110. PNT

111. PNT

112. PNT

113. PNT

114. PNT

115. PNT

116. PNT

117. PNT

118. PNT

119. PNT

120. PNT

121. PNT

122. PNT

123. PNT

124. PNT

125. PNT

126. PNT

127. PNT

128. PNT

129. PNT

130. PNT

131. PNT

132. PNT

133. PNT

134. PNT

135. PNT

136. PNT

137. PNT

138. PNT

139. PNT

140. PNT

141. PNT

142. PNT

143. PNT

144. PNT

145. PNT

146. PNT

147. PNT

148. PNT

149. PNT

150. PNT

151. PNT

152. PNT

153. PNT

154. PNT

155. PNT

156. PNT

157. PNT

158. PNT

159. PNT

160. PNT

161. PNT

162. PNT

163. PNT

164. PNT

165. PNT

166. PNT

167. PNT

168. PNT

169. PNT

170. PNT

171. PNT

172. PNT

173. PNT

174. PNT

175. PNT

176. PNT

177. PNT

178. PNT

179. PNT

180. PNT

181. PNT

182. PNT

183. PNT

184. PNT

185. PNT

186. PNT

187. PNT

188. PNT

189. PNT

190. PNT

191. PNT

192. PNT

193. PNT

194. PNT

195. PNT

196. PNT

197. PNT

198. PNT

199. PNT

200. PNT

201. PNT

202. PNT

203. PNT

204. PNT

205. PNT

206. PNT

207. PNT

208. PNT

209. PNT

210. PNT

211. PNT

212. PNT

213. PNT

214. PNT

215. PNT

216. PNT

217. PNT

218. PNT

219. PNT

220. PNT

221. PNT

222. PNT

223. PNT

224. PNT

225. PNT

226. PNT

227. PNT

228. PNT

229. PNT

230. PNT

231. PNT

232. PNT

233. PNT

234. PNT

235. PNT

236. PNT

237. PNT

238. PNT

239. PNT

240. PNT

241. PNT

242. PNT

243. PNT

244. PNT

245. PNT

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

Jhonatan da Silva Mineiro

APT OU LEITO

F = 18

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

30 / 03 / 2019

CIRURGIA

TIPO:

Exploração do Estreito "E"

CIRURGIA:

Mrº Arthur

DR AUXILIAR:

AUXILIAR:

TIPO DE ANESTESIA:

Raqui 30:50.

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

11:01

FIM

11:30h

TEMPO TOT.

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

Mrº Fabrício

RES. ANESTESIA:

Mrº Daniel

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE

Gilberto

Elizangela M.

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	POLY COMPRESSAS		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7,5	LUVA ESTERIL 7.5		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL N° 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON N° 3.0	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° 2.0	
1	LÂMINA BISTURI 1º 11.		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	DRENO DE SUCCION N°		1	FIO CATGUT SIMPLES N° 2.0	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO PROLENE N°	
1	SERINGA 01ML		1	FIO SEDA N°	
1	SERINGA 03ML			Equipo macro	
1	SERINGA 05 ML			Vermelho Latex P/	
1	SERINGA 10ML			vermelho ouro B/raqui 26	
1	SERPESA 30ml			Cloridrato 700-1000mg	
1	Elhoumados			Cloridrato óptico 700-1000mg	
1	açulha 40x12			Cloridrato álcool 700-1000ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA
DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A):

ENFERMEIRA CHEFE

Dna Renata

Jaquele

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

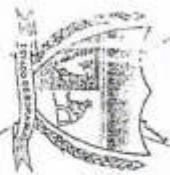
TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

07 OUT. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

L.
Artur José Pinto de Souza
Urologist
CRM-RR 1144 / RQE 529

07 OUT. 2019

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

۱۸



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG:005 /2019	D.N.:17/04/90	
NOME: JHONATAN DA SILVA PINHEIRO	IDADE: 28	SEXO: M
EXAME: USG. BOLSA ESCROTAL		
PROCED: TRAUMA	MÉDICO SOLIC: JOEL G. DE SOUZA	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO DE BOLSA ESCROTAL

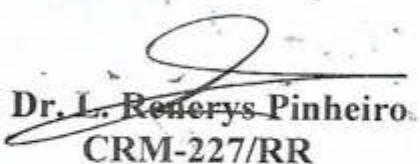
TESTÍCULO DIREITO: Tópico, homogêneo, bordas regulares; bem delimitado. Ausência de lesões focais.

EPIDÍDIMO DIREITO: Cabeça, corpo e cauda acusticamente normais,

TESTÍCULO ESQUERDO E EPIDÍDIMO ESQUERDO: perda da arquitetura natural laceração parcial do testículo com estrvassamento de liquido livre para bolsa escrotal e edema acentuado dos sub cotaneo testicular

HD: derrame seroso e hemático para bolsa escrotal e laceração parcial do testículo esquerdo

Boa Vista-RR, 10/3/2019 06:00


Dr. L. Renerys Pinheiro
CRM-227/RR

07 OUT. 2019

E

79.4 %

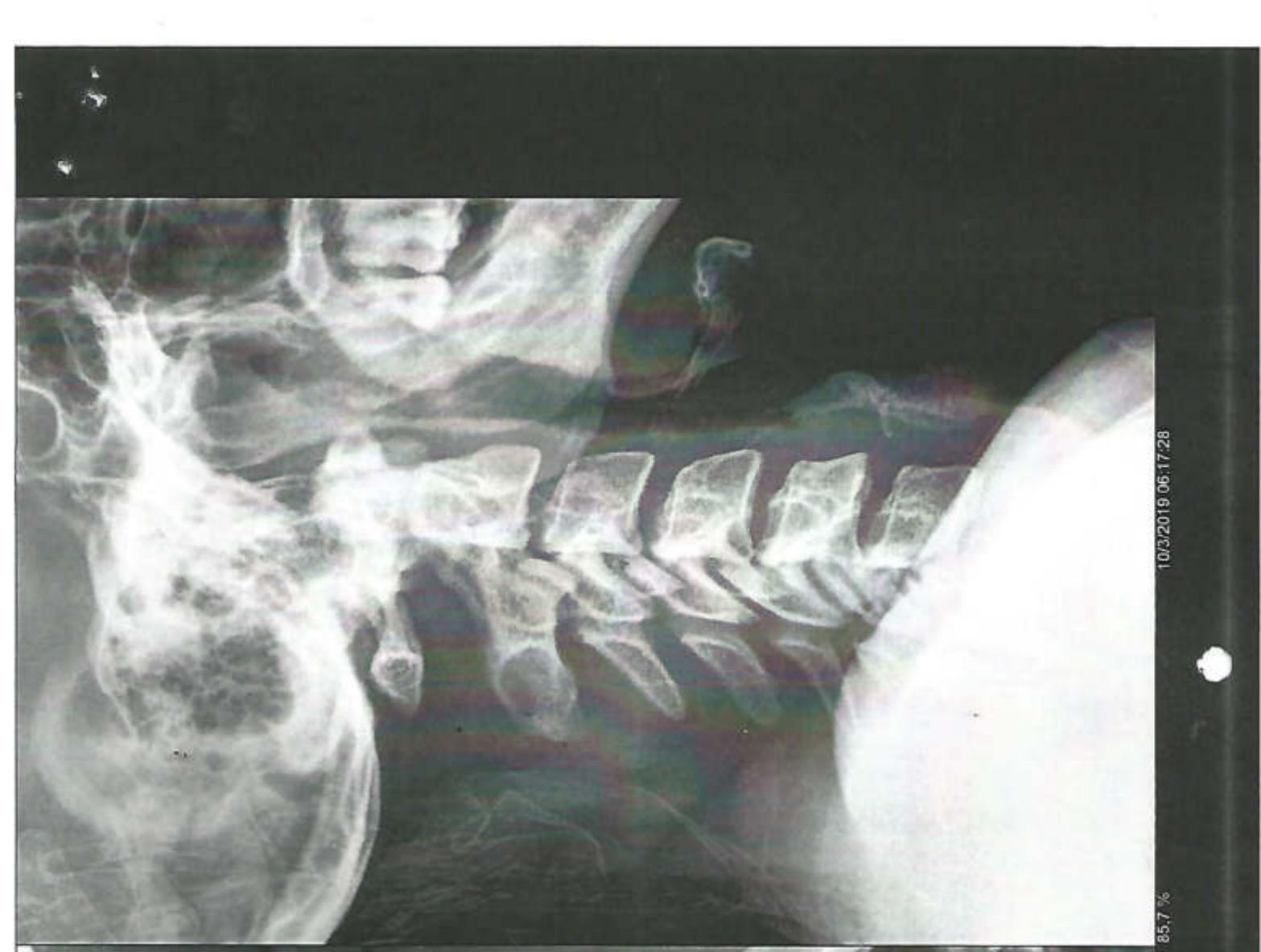
, JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/3/2019 06:17:28

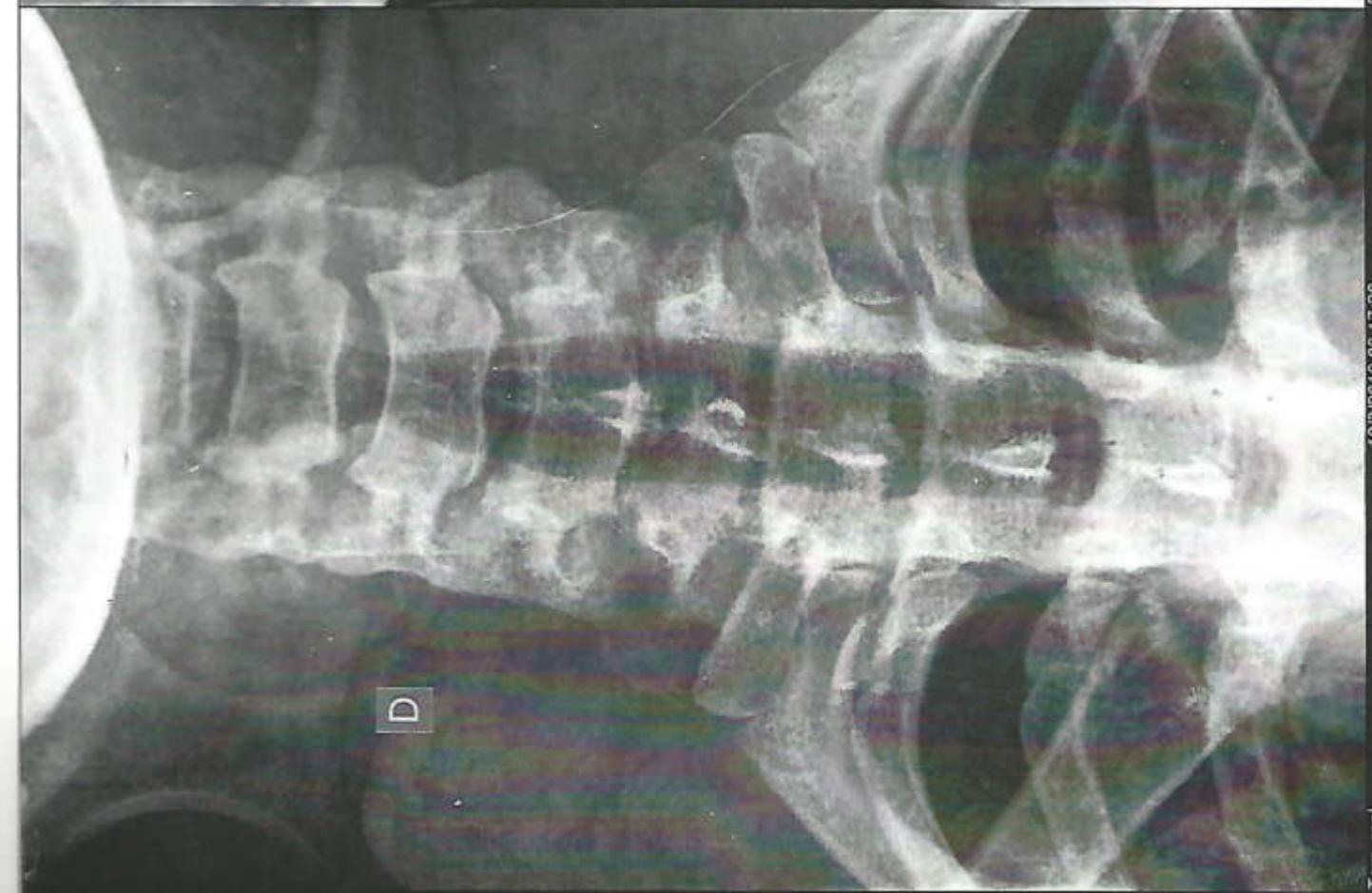
Tam real

10/3/2019 06:17:28



10/3/2019 06:17:28

85.7%



10/3/2019 06:17:28

Tam. real
JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

X

, JONATAN DA SILVA

10/3/2019 06:17:28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

87,7 %

10/3/2019 08:15:20

56,7 %

10/3/2019 08:15:20

61,1 %

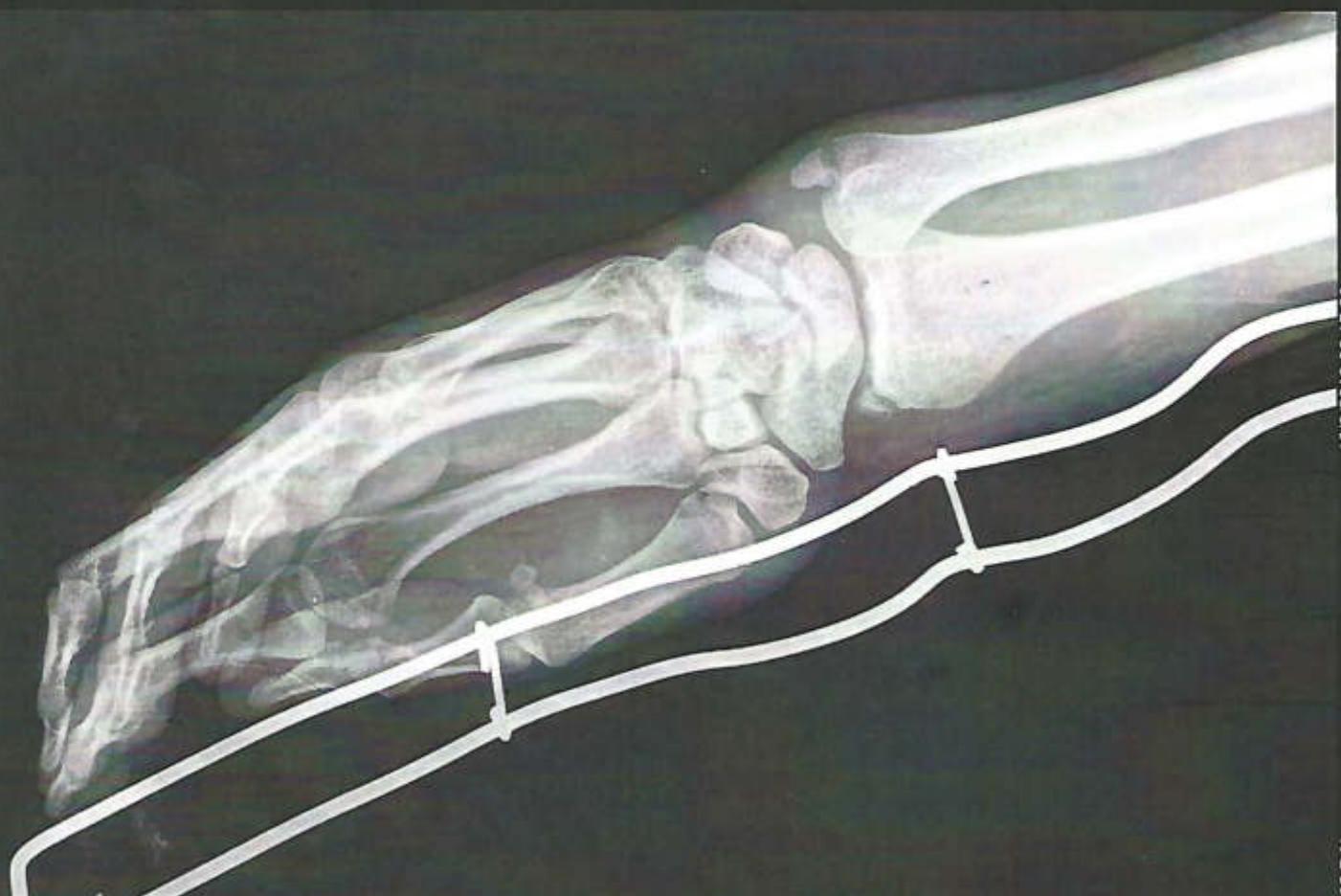
, JHONATAN SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D

D

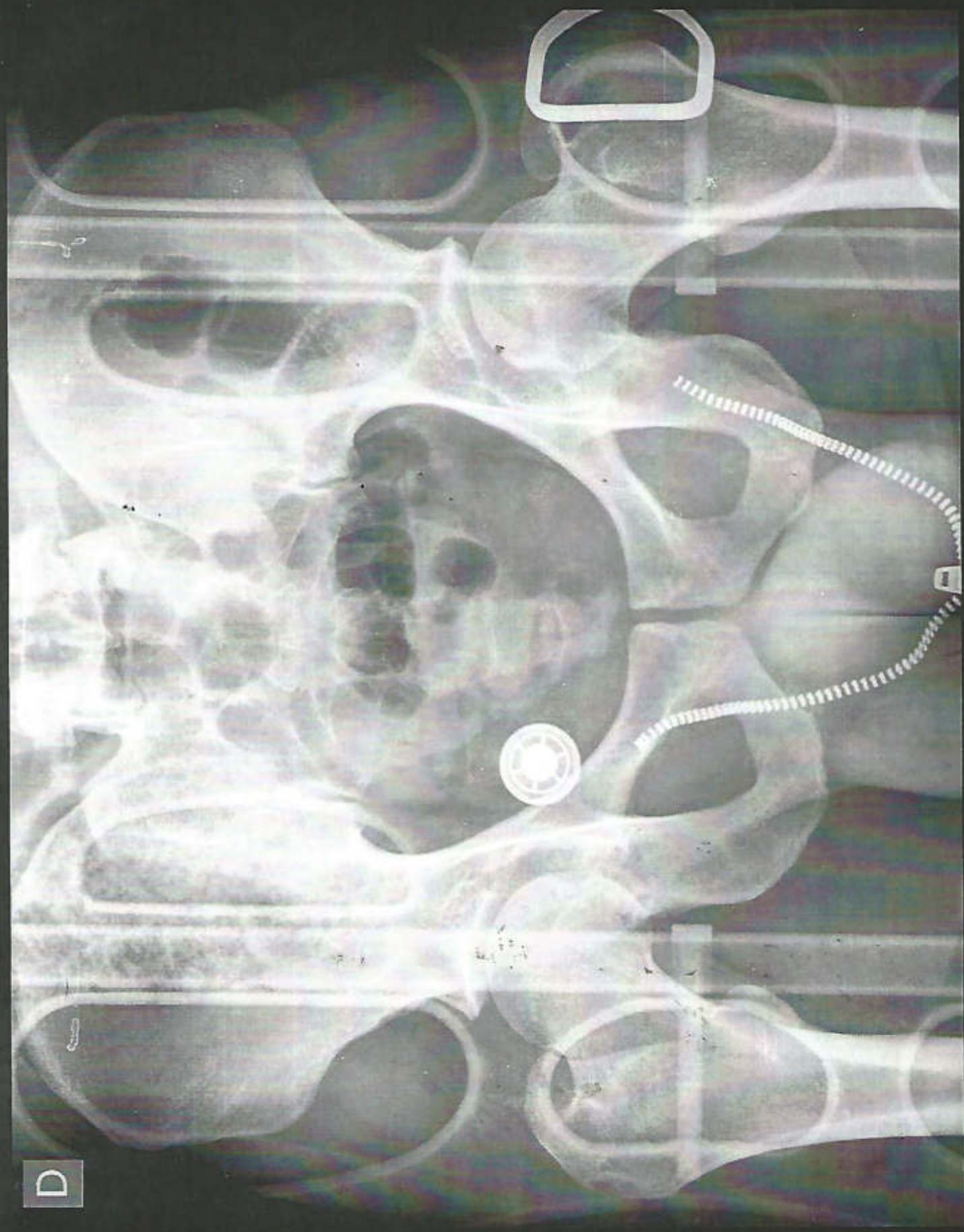




D

JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/3/2019 06:17:28

70.3 %

10/3/2019 06:17:28

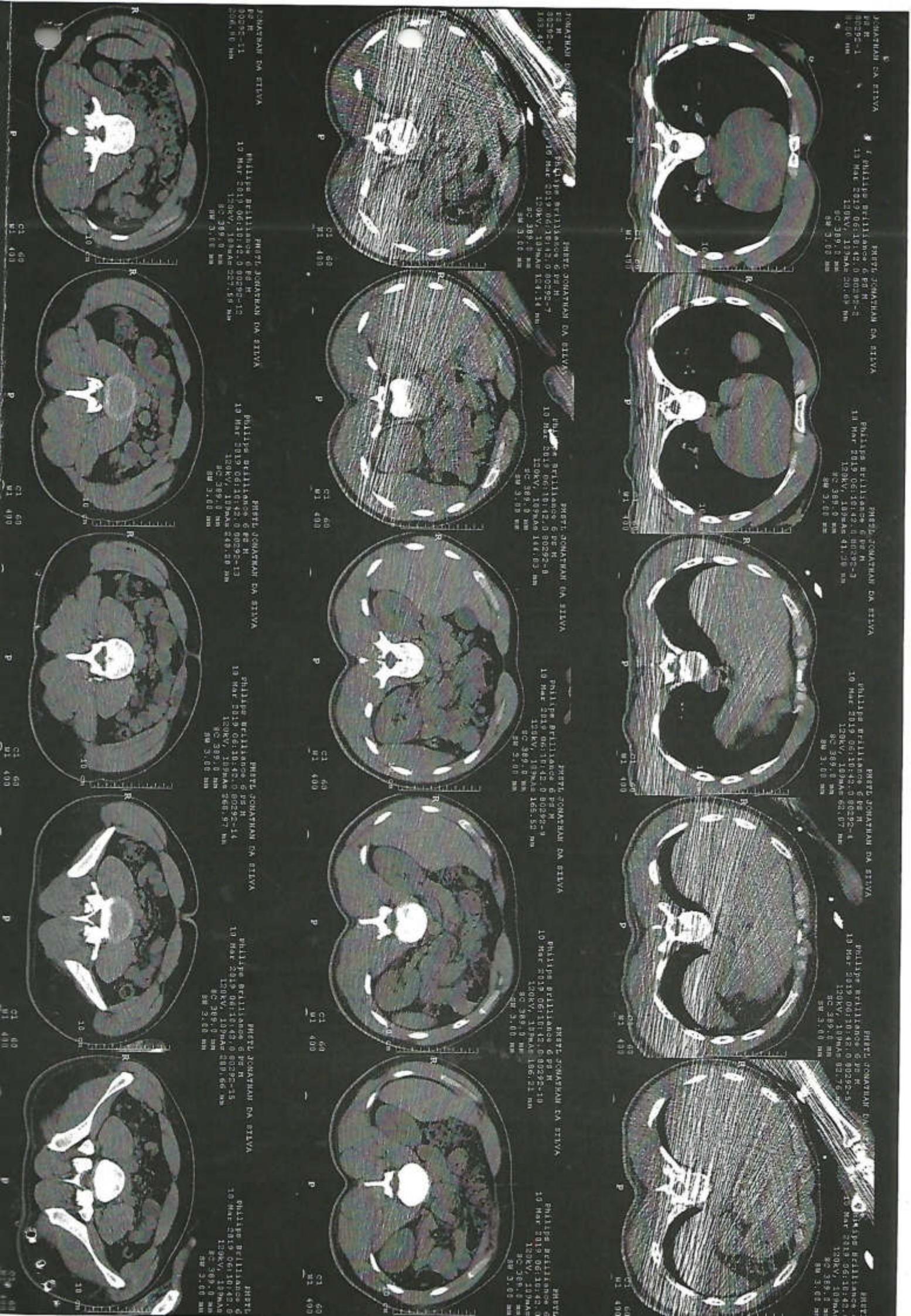
126.0 %

10/3/2019 06:17:28

126.0 %

JONATAN DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0402

UIPE SAMU BV

UNIDADE:

RAVO III

EQUIPE: Téc. Douglas Cordeiro



Paciente: Gláucio da Silva Ministro

Idade: 28

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia

Endereço: Av. Mario Covas de Melo

Bairro

Nº 3842 DATA 30/10/2019

HORA J/9: 03:23

RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Alisson

HORA J/10: 03:33

CELULAR

MOTIVO INICIAL

Afasto do BII.

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Acidente de trânsito Urgência psiquiátrica Queimadura Urgência obstétrica
 Agressão física / espancamento Tentativa de suicídio Choque elétrico Transferência
 Agressão física - FAF Envenenamento Queda Exame complementar
 Agressão física - FAB Afogamento Urgência clínica Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

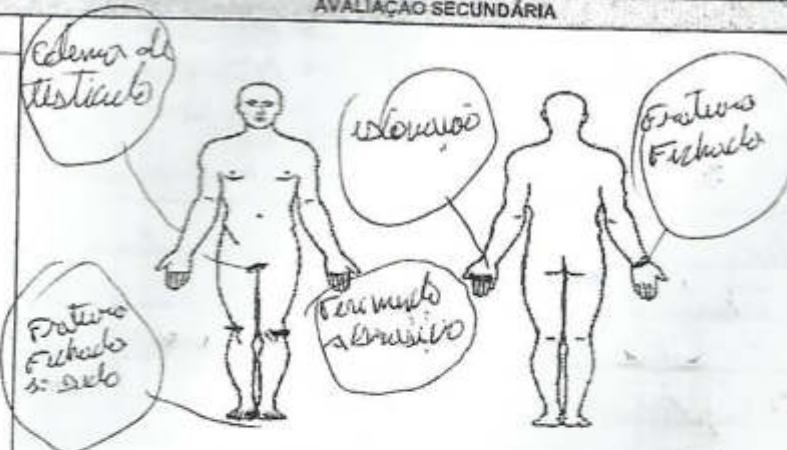
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apneia	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miase
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

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"	Glasgow
Inicio	130x80	95	23	98	-	-	0.6	
Fim	130x70	90	23	99	-	-	0.6	

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Espontânea
<input checked="" type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão	<input type="checkbox"/> À dor
<input checked="" type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Sem resposta
5 - Lacerção	
6 - Luxação	
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



AVALIAÇÃO CARDIÁCA

AFLAÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva		<input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA

/ Ileso/ Pequena/ Média/ Severa/ Óbito

07 OUT. 2019

Juci Gonzaga de Souza

Assinatura e Carimbo do médico (se destino)

CRM 1120

MEIOS ACIONAMENTOS

Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN

Bombeiro
 Outras

TERMO DE RECUSA	PERT DO PAI	Função do Receptor:
		Assinatura do Receptor:
		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							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cândula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolha-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

07 OUT. 2019

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

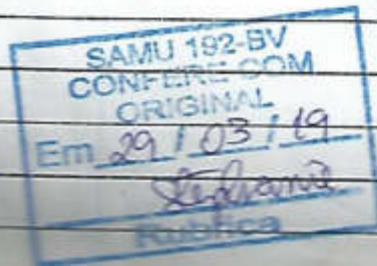
+ fer. aberto degm

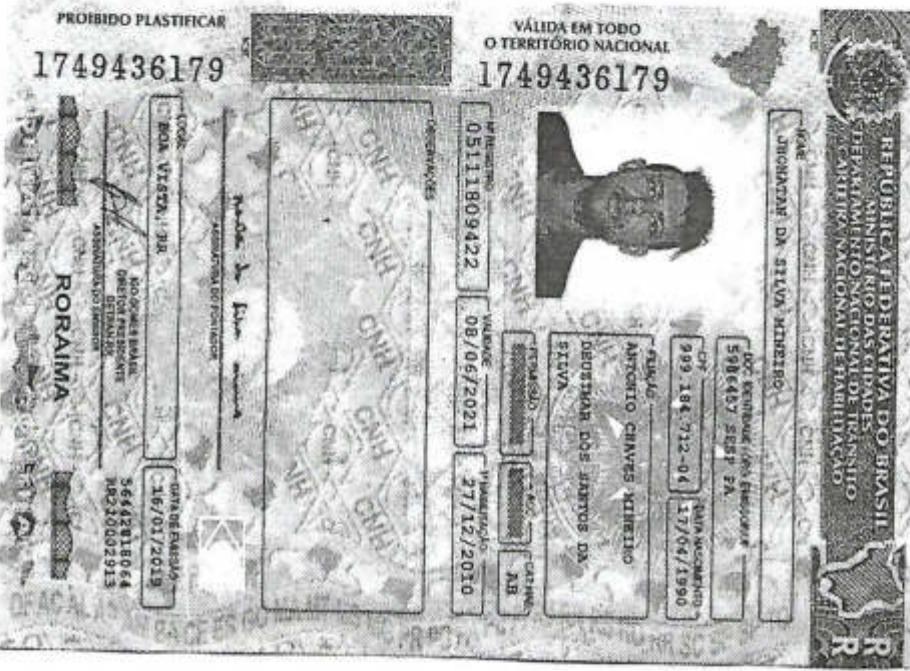
+ reperfusão de luto vr

+ luxo mesolom

- luxo teto dt Ponto

FOMOS acionados para ressuscitar um cidadão do B71
Geminato de traseira moto x/ moto. Deixou vitima ZTC assumiu
a vitima "Geminato da Silva" menino, 28 anos. condutor da moto
que se encontrava fora da curva de traseira vitimado tombou
para fora da curva, escurtado, em direção ao sul. Bem lati.
com luxo fratura coluna de culho direito rocambois
segundo. Fratura coluna. no 3º deula da pi omuto. coluna da culha
segundo e ferimento aberto no dedo da mão, dor e coluna
no traseiro. feito imobilização. concreto a antecoluna
que nos orienta a concretar a coluna para o CT FIGR





07 OUT. 2019

14 JAN 2010

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

NAME: ILLOIR INACIO DE SOUZA

DOC DENTRO DE ÓRGÃO EMISSOR/F
114807 SSP RR

GPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PAI: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

MÃE: ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CAT/HAB: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

DESCRIÇÃO:

VALIDADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

ABERTURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

JOSÉ LUIZ KORTESCHER PESQUINA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR:

DETRAN R.R. RORAIMA

92495240616
92207968620

980151096

07/01/2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190571148
Nome do(a) Examinado(a):	JHONATAN DA SILVA MINEIRO
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA PARIMÉ BRASIL 1436 3 CARANÁ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	999.184.712-04
Data e local do acidente:	10/03/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO RÁDIO/ULNA D + HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) + CONTUSÃO/LACERAÇÃO TESTÍCULO E

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 45 DIAS EM PUNHO/PÉ D + CIRURGIA NO TESTÍCULO; NÃO CONSEGUIU FAZER FISIOTERAPIA DEVIDO FALTA DE VAGA NO SETOR PÚBLICO

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PUNHO: ALTERAÇÃO ANATOMICA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO/CIRCUNDAÇÃO

HALUX D: AUSENCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANOS

TESTÍCULO: EDEMA LOCAL COM TESTÍCULO ESQUERDO MAIOR QUE O DIREITO/ COM QUEIXAS DE COMPROMETIMENTO DE SUA VIDA SEXUAL

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

PUNHO D: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

HALUX D: COMPROMETIMENTO EM GRAU ACENTUADO

TESTÍCULO E: COMPROMETIMENTO EM GRAU ACENTUADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): HALUX D

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): TESTICULO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E

Descrição do exame físico: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS INTERFALANGEANA EM HÁLUX DIREITO E EDEMA LOCAL EM TESTÍCULO ESQUERDO COM QUEIXA DE COMPROMETIMENTO NA VIDA SEXUAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO RÁDIO/ULNA D, FRATURA DO HALUX D (BASE FALANGE DISTAL) E CONTUSÃO/LACERAÇÃO DO TESTÍCULO E, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM PUNHO E PÉ DIREITOS E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM TESTÍCULO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO E HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU MODERADO E HÁLUX DIREITO EM GRAU INTENSO.
O EDEMA TESTICULAR NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO PÉLVICA.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347578/19

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

CPF: 999.184.712-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

JHONATAN DA SILVA
MINEIRO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JHONATAN DA SILVA MINEIRO : 999.184.712-04

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: 07/10/2019
Nome: JHONATAN DA SILVA MINEIRO
CPF: 999.184.712-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JHONATAN DA SILVA MINEIRO

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347578/19

Número do Sinistro: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

CPF: 999.184.712-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

JHONATAN DA SILVA
MINEIRO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JHONATAN DA SILVA MINEIRO : 999.184.712-04

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: 08/01/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

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



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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571148

Vítima: JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JHONATAN DA SILVA MINEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

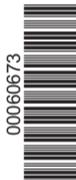
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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:

999.384.712-04

4 - Nome completo da vítima:

Thonatan da Silva Menino

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

5 - Nome completo:

Thonatan da Silva Menino

6 - CPF:

999.384.712-04

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Pará Brasil

9 - Número:

1436

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Carana

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-623

15 - E-mail:

TLOIRRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDP):

(65) 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:

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
 SEM RENDA

- R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

- R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0653

CONTA: 34686

(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 Lider 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 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

 Solteiro Casado/União Civil Divorciado Separado/Desvinculado Viúvo

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 deu ou nasceu?

 Sim Não31 - 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 Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 28 de novembro de 2019

X Thonatan da Silva Menino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

3 - CPF da vítima:

999.384.712-04

4 - Nome completo da vítima:

Thonatan da Silva Menino

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

5 - Nome completo:

Thonatan da Silva Menino

6 - CPF:

999.384.712-04

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Pará Brasil

9 - Número:

1436

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Carana

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-623

15 - E-mail:

TLOIRRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDP):

(65) 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:

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0653

CONTA: 34686

(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 Lider 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 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

 Solteiro Casado/União Civil Divorciado Separado/Desvinculado Viúvo

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 deu nascimento (val nascer)? Sim Não31 - 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 28 de novembro de 2019

X Thonatan da Silva Menino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)