



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022756/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/02/2020 11:10 Data/Hora Fim: 06/02/2020 11:18

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM SERIE J Nº 1579 Data: 28/07/2019

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/07/2019 23:32 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nova Canaã

Logradouro: Av. Nazaré filgueira c/ ataide teive

Tipo do Local: Via Pública

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

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA (ENVOLVIDO)	
---	--

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 53 anos

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 118089

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 293.684.132-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. Mauro Campelo

Nº: 248

Complemento: casa

Bairro: Joquei clube

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)	
---	--

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: Antônio Rejane Vicente da

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 293.684.132-15

Placa NAN7008

Renavam 00229933114

Número do Motor KC16E1A030865

Número do Chassi 9C2KC1610AR030865

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022756/2019-A01

Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 19/08/2010

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Claudemir Alves de Sousa

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) compareceu nesta unidade de polícia a VTR- da CIPTUR-02 informar que foram acionados via CIOPS pra atender uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado. No local foi informado pelo envolvido Claudiemir Alves de Sousa que o mesmo trafegava conduzindo o um motocicleta/CG-159 TITAN na cor vermelha placa NAN-7008, na Av. general Ataíde teve sentido onde envolveu-se em uma colisão com uma bicicleta que trafegava sentido contrário conforme narrado os fatos no Rop/PM Serie J nº 1579. É o que tem a realiza.

QUE NA DATA DE HOJE, 06/02/2020, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO O SR CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA, SOLICITANDO ADITAMENTO DESTE REGISTRO. O MESMO SOLICITOU INCLUSÃO DOS DADOS DA SUA MOTOCICLETA PLACA NAN7008 NO SISTEMA. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento



(Comunicante)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Claudemir Alves de Souza		
233.684.132-15				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Claudemir Alves de Souza	6 - CPF: 233.684.132-15		
7 - Profissão: Autônomo	8 - Endereço: Rue Manoel Campelo	9 - Número: 248	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jockey clube	12 - Cidade: Bento	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: TLOIRRR@HOTMAIL.COM		16 - Tel.(DDD): (95) 98903-5066	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 08842 (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.

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

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do falecimento 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 (vel 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 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Bento, 05/11/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudemir Alves de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU - 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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 00000008842-1

Autenticação:

2D0BEB52F705C9E3FFB0B321C3C62CEFD02BD7A261B4378FFB1EB8EB91583F0F

07/02/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089153



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4296867

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
163	11-JAN-20	R\$ 177,05

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	12/2019	R\$ 177,05

836000000015.77050075003.000000001081.915312190050



13 FEV. 2020



RORAIMA ENERGIA S.A
AV. CAPITAO ENE GARCEZ, 691 - CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 24007023

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL IF: 4644131

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA
R. CAMPELO, 248

JOQUEI CLUBE

CÓDIGO ÚNICO
37238-2

CONSUMO (kWh)
292

69313-005-BOA VISTA

MÊS
FEV/2020

VENCIMENTO
16/03/2020

PERÍODO DE CONSUMO
21/01/2020 a 18/02/2020

TOTAL A PAGAR
253,65

OBSERVAÇÕES

- Não será cobrada taxa por esta via de pagamento de conta de energia
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia
- Ligue RREI: 08007019120

Autenticação mecânica

Corte aqui



RORAIMA ENERGIA S.A
AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691 - CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 24007023

CÓDIGO ÚNICO
37238-2

MÊS
FEV/2020

TOTAL A PAGAR
253,65

836700000026 536500750008 000000000572 238202200057



**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, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilon Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 , 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudemir Alves de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 293.684.132/ 15,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Claudemir Alves de Souza.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 293.684.132 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

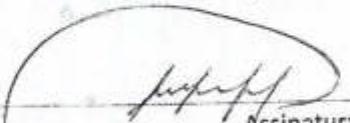
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69 309-209</u>
E-mail:	<u>ILOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5069</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 10/02/2020


Assinatura do Declarante

13 FEV. 2020

CLAUDEMIR ALVES DE SOUZA

10012



ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente automobilístico, provisoriamente. Apresenta lesões escoriações em unhas e unhas. Estas não penetraram em pele (I) e unha (II), sem comprometimento ósseo ao exame físico.

Diagnósticos de pele (I), unha (II), unha (III) sem evidência de fratura recente. Apresenta laceración óssea unha em pele (I).

~~Seus cuidados cirúrgicos~~

De imediato é de evitar goteira e em breve aplicar pomada na lesão positionar unha (I). Recuperação e nova manutenção mensal fá-lo todo na esquerda.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

29/02/19
00:15hs Paciente com lesão escoriação removido d'água.
perfurando unha e cútano feito hincos sob anestesia.

J. Arnaldo J. H. Pires
CRM 1554/RP / COE 178
Surgia Geral

Data: 03/08/19

Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

INSC. CNPJ / NOME DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE

H602

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

H602

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Kamuriz Alves M Soeza

1 - CHES

2 - CHES

3 - CHES

4 - CHES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

31594

M

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Maria Alves dos Reis Rodrigues

Rua Campelo, 248, Jockey Club

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RKT

000

25 / 12 / 66

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Bela Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima agredido acidentalmente
por membro da família por desacordos
em jogos e pensos (G) (surpreso para CG)
+ Tchups em ambas (G).

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

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marcus Brunner

Médico Residente

33 - CNAE DA EMPRESA

34 - CBOR

35 - CNAE DA EMPRESA

36 - SÉRIE

37 - N° DO SÍDITE

38 - CNPJ DA SEGURO

39 - CNPJ DA SEGURO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408060950

586.8

V299

13 FEVEREIRO 2020



Sistema Único de da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOUCITANTE

2 - CNES

3 - CNES

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

5 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/12/66

9 - SEXO

Masc. [X] Fem. []

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

100

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acedente de moto x bicicleta com lesão extensa de partes moles do ventro e panturrilhas D,

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quando cairá

HOSPITAL VILA ISABEL
Av. Blumenau, 1000
NOVO PARQUE INDUSTRIAL
AFLONTE 4222

Certifico que o paciente acima mencionado é o mesmo que compareceu ao meu hospital

[Signature]

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Panturrilhas

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

SÍNTSE de Ferimentos

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

[Signature]

Medida de Barra

Cirurgia P/ R. S. Amaro

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de sangue

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/07/19

O.S. _____

Claudenir ALVES DE SOUSA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Polimnia com ferimentos extensos em mamilos

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Lesão extensa em joelhos (e) e PANTURNUA D,

CIRURGÃO: Dr Helder Grossi 1º auxiliar: Dr Jorge Barras RI

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

PACIENTE: Dr. Ana Paula ANESTÉSICO: Dr Daniel RI

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) paciente em DDH sob RAQUANESTESA
ANSEPSIA + ANTISSEPSIA(2) identificada lesão contumiosa de grande
extensão em joelhos e o PANTURNUA
direita e região Glúteos e ESQ.(3) Suture dos tecidos com vicryl 2.0 e
nylon 2.0. Precedida de lavagem com SF 0.9%.

(4) curat VO

Dr. Helder Grossi
MÉDICO.
CRM-MG 150-CRM-MG 2004
CRM-G 2004
Médico Residente
Dr. Jorge Barras FreitasDr. Jorge Barras Freitas
Residente Cirurgião Geral
CRM-MG 2004

13 FEV. 2020

Claudelleine Alves de Souza, M. 52 - -

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

01:20

Nº
29.07.19.

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES		N 20											
		02	/	/									
UÍQUIDOS VENOSOS	A	M	OF	OF									
	V	3											
	D	0	/										
DA.	T°C	280											
ULSO		200	200	200									
•	36	200											
MESES	X	34	180										
X	32	180											
OP	O	30	140										
TEMP		28											
ASPIRAL	A	100											
RESP	O	80											
		60											
		40											
		20											
Expirat.		01000000000000											
Assist.													
Contro.		* ① X											
SÍMBOLOS		55											
		20											
		6											

AGENTES: A. Bujivacalina 15ml. B. Propofol anestesia a inalabil hidrocarbonada simples sob ventilação espontânea.

DOSES: TÉCNICA

Respiratória 10 ml/kg. Ialubal hidrocarbonada simples sob ventilação espontânea.

ANOTACÕES: ① Checagem monitorização.

② Anestesia e intubação lalubal.

③ Tumores subalveolares da lalubal simples paramediana ④ Válvula quincho 25:60% cloro.

⑤ Bujivacalina 0,5% 3 ml SA.

⑥ Cefazidimica 4g IV

GLUCOSE: LÍQUIDOS: 1F 1500 ml

Cálcio - Naco / Co. Potássio
Pecto / Citrato / Glicose
Sal - Tamp - Calibra do Tubo
Sob Medida
Dissolvente Técnico

1500 ml

TOTAL: 1500 ml

TEMPO DE ANESTESIA:

OPERAÇÃO: Síntese de lacrimação de pele III

Anarop - Etomidato - Butorfanol
Depressão Pausinibeta - Nitroxil
"Succin" - Utens

Hemorragia - Anemia
Brad Tachicardia - Choque

ANESTESIA: M+D

Dra. Ana Paula Thomé

Médica Anestesiologista

CRM-RP-1408

Dr. Welder

Dr. Daniel

Dr. Jorge

⑦ Epinefrina 5 mg IV

⑧ Dexameetaramida 50 mg IV.

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Claudemir Alves de Souza		APT OU LEITO CIRURGIA	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 27 10.7.17
TIPO Intervençao de leucerese de pele em mmi			TEMPO DE DURAÇÃO	
		INICIO 03:25	FIM 04:40	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO Drº Helder Gomes		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR Ri Jorge Barnes		ANESTESISTA: Res. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:	Ana Paula Dr. Danielle R.S.	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE Isaura Paixao, Isabela		
TE ANESTESIA: Rague		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO
1	PACOTES GAZE Cl Souza		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3/0
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0.0
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
LÂMINA BISTURI Nº			1	FIO CATGUT SIMPLES Nº
DRENO DE SUCÇÃO Nº			1	FIO CATGUT CROMADO Nº
DRENO DE TORAX Nº			1	FIO PROLENE Nº
DRENO DE PENROSE Nº			1	FIO SEDA Nº
SERINGA 01ML			1	SURGICEL Agulha 26 Rague
SERINGA 03ML			1	CERA P/ OSSO
SERINGA 05 ML			1	KIT CATARATA Nº
SERINGA 10ML			1	GEOFOM - equipamento gás
SERINGA 20ML			1	FITA CARDIACA
10 eletrodos			1	OUTROS: Cateter O2
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Solange	VALOR		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
			TAXA DE SALA	
			TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

13 FEV. 2020



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Claudemir Alves De Souza 52 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 28/07/15, COM
DIAGNÓSTICO DE Fractura Encanada Plena de + lesão
NO DIA 1/8/15, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____ SENDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/8/15, AS 8:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDICO NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 27/08/15, AS 8:00h, COM O
DR. Manaus B

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

ANTECEDÊNCIA - LEVAR ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Wachi Okemoto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18511/RR

BOA VISTA, 03/08/15

NOME: CLAUDEMIR ALVES DE SOUZA
MÉDICO: MARCUS BRUNNER PEREIRA BATISTA
Nº. Controle: TC SUS



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
Resp. Pec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado aquissição volumétrica multislice, com cortes axiais de 1,25 mm, e posterior reformatação nos planos coronal e sagital e reconstrução tridimensional, evidenciando:

Fraturas cominutivas no corpo da escápula e do acrômio, associado à edema do tecido subcutâneo adjacente com focos gasosos na região ântero superior do ombro.
Articulação glenoumeral preservada.

Planos musculares sem alterações significativas ao método.

Fraturas antigas consolidadas no 3º, 4º e 5º arcos costais à esquerda e avulsão das extremidades do 2º e 3º arcos costais esquerdos.

Fratura antiga consolidada no terço médio da clavícula, com neo-articulação com o 1º arco costal neste lado.

Correlacionar com dados clínicos.

13 FEV. 2020

Boa Vista, 29 de julho de 2019



Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1955

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

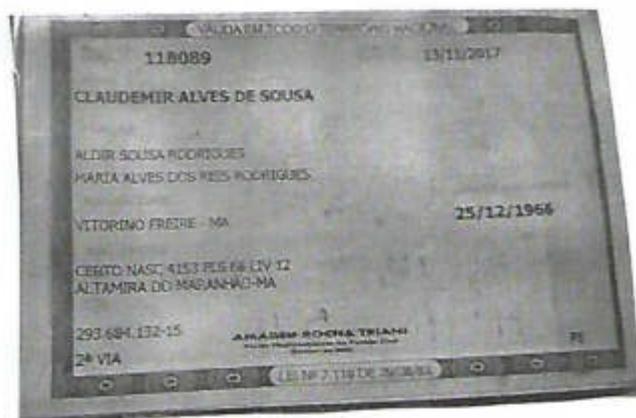
Paulo Emerick Seixas Henriques CRM RR 2091

clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax:

(95) 99122 - 2122 Vídeo (95) 98119 - 0555 Tlm

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."



13 FEV. 2020

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

NAME
ILOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CRG / PASSAPORTE
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04 **DATA NASCIMENTO**
07/04/1978

PLAÇA
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACE
AB

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
01101912304 **VALIDADE**
28/01/2020 **HABILITAÇÃO**
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ABNOMINAÇÃO DO PORTADOR
BOA VISTA - ROPAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DA PESSOA
MIGUELINO ALBERTO PEREIRA
DRIVERS PRESSOLITE
ASSINATURA DO ENCARREGADO

DETTRAN-RR (RR/ROPAIMA)

13 FEV. 2020

980151096

980151096

PRATICADO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067476 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA Data do acidente: 28/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE ESCAPULA E ACRÔMIO ESQUERDO.
DESENLUVAMENTO EM REGIÃO DE JOELHO E Perna ESQUERDA (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DESENLUVAMENTO (SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 6/7/8_CIRÚRGIA

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067476 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA Data do acidente: 28/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE ESCAPULA E ACRÔMIO ESQUERDO.
DESENLUVAMENTO EM REGIÃO DE JOELHO E Perna ESQUERDA (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DESENLUVAMENTO (SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 6/7/8_CIRÚRGIA

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cláudemir Alves de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 318089

ENDEREÇO: Rua: Capela, Joque Clube - N: 248
OUTORGADO

NOME: Flávia Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 254807

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão - 3832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 28/07/2019, cobertura Incêndio, vitima: Cláudemir Alves de Souza.

Boa Vista 01-11-19

LOCAL E DATA

Cláudemir Alves de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Gabinete do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tribunais e Registros
Av. Ataíde Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR.
Fone: (62) 3627-4110
E-mail: gabineteboavista@advocaciadanielaquino.com.br

41-367000181893696
Reconhecido por VERDADEIRA(s) firma(s)
CLÁUDEMIR ALVES DE SOUZA

Em testemunho da verdade, EG.O
De que dão fé Boa Vista/RR, 01 de novembro de 2019.
Consulte os(s) ato(s) abaixo em cidadão.portalseletivo.com.br
RECFIR1562961LB7J8KPOGJP0023

Emolumentos: R\$ 2745 Fundos ISS: R\$ 0,55 SEI: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

Yole
Yole Gervasio Portes dos Santos
Escrivente Autorizada

13 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054943/20

Número do Sinistro: 3200067476

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

CPF: 293.684.132-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 16/03/2020
Nome: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA
CPF: 293.684.132-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054943/20

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

CPF: 293.684.132-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA : 293.684.132-15

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: 10/02/2020
Nome: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA
CPF: 293.684.132-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054943/20

Número do Sinistro: 3200067476

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

CPF: 293.684.132-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA : 293.684.132-15

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: 10/03/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067476

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.

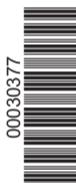
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067476

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067476

Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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 Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200067476 **Vítima: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: 28/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000008842-1

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.

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

293.684.132-15

Claudemir Alves de Souza

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

5 - Nome completo:

Claudemir Alves de Souza

6 - CPF:

293.684.132-15

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Manoel Campelo

9 - Número:

248

10 - Complemento:

oasrc

11 - Bairro:

Jockey clube

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

65.300-000

15 - E-mail:

TIOTERRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(65) 98903-5060

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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: 08842

(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)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)