



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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: Jaquei 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

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 06/02/2020 11:19
Protocolo nº: 118089

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 FEV. 2020



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 Claudemir Alves de Sousa que o mesmo trefegava 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 contrario 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 DESTA 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


POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
(Comunicante)
AGENTE DE POLÍCIA
COMUNICADOR

"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."

13 FEV. 2020

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000008842-1

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

836000000015.770500750003.000000001081.915312190050



13 FEV. 2020



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691 - CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 140070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL. DF: 4.644.131

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

R. CAMPELO, 248

JOQUEI CLUB

69313-005 - BOA VISTA

R/R

CÓDIGO ÚNICO 37238-2	MÊS FEV/2020	PERÍODO DE CONSUMO 21/01/2020 a 18/02/2020
CONSUMO (kWh) 292	VELOCIDADE 16/03/2020	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: 09007019120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691 - CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 140070223

CÓDIGO ÚNICO 37238-2	MÊS FEV/2020	TOTAL A PAGAR 253,65
--------------------------------	------------------------	--------------------------------

836700000026 536500750006 0000000000372 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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.

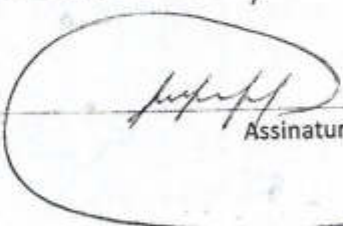
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE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

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Claudemir Alves de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 293.684.132 / 15
do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima Claudemir Alves de Sousa
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 Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bunitas</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69 309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98403-5069</u>

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


Assinatura do Declarante

13 FEV. 2020

E

CLAUDEMIR ALVES DE SOUZA

10012



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901141489 28/07/2019 23:07:53

Paciente: **CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA**
Data Nascimento: **25/12/1966** Idade: **52 A 7 M 3 D** CNS: **700503158274353** CPF: **29368413215** Prontuário: **00031594**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **INFORMAÇÃO** Naturalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **MARIA ALVES DOS REIS RODRIGUES** Pai: **ALDIR SOUSA RODRIGUES** Contato: **(95) 99158-5678**

Endereço: **RUA - CAMPELO - 248 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **VALIDADE** Autorização: **Sis Prenatal**

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

Sor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **Registrado por: JACKSON.SADOVSKI**

Queixa Principal: **Acidente de moto** **Alargão Dipriona**

anamnese de Enfermagem

Anamnese - HORA DA CONSULTA -

Doença **Acidente de moto - bicicleta, taxa 2.0 ped**
SARU, Imobilizado, marcha rigida, color cutâneo!
Exame Físico **A: VAP, color cutâneo, sem fovea** **B: m/ult** **D: pupila, isocor, rob rigido. ECG 15**
Hipótese Diagnóstica **Politrauma**

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 28/07/2019 23:08:21

13 FEV. 2020



SEGRE

ORTOPEDIA

Paciente vítima Acidente Automobilístico,
procurando atendimento. Apresenta lesões traumáticas,
em umbral e unguis. Lesão não penetrante
em polegar (E) e dedo (D), sem comprometimento
terminado do traque físico.

Radiografias de polegar (E), dedo (E), carpo (E)
sem evidência de fratura recente. Apresenta
consolidação óssea antiga em polegar (E).

~~paciente apresenta sem conduta ortopédica~~
de urgência e de emergência.
Em tempo: Paciente procura por um médico posterior
em tempo (E). Realização e nota radiográfica
apresenta fratura do colo da escápula.
Serviu TC.

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

29/02/14
00:15h

Paciente com lesões extensas de membros distais.
Realizar lavagem e curativos de lesões sob anestesia.

Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM 1554/RR - RQE: 176
Cirurgia Geral

D

Alta: 03/08/19

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

BLOCO D

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudio Alves de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 5 0 3 1 5 8 2 7 4 3 5 3

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/12/66

6 - N° DO PRONTUÁRIO

31594

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Alves dos Reis Rodrigues

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Campelo, 248, Jaquei Clube

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Zona Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RJ

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima Acidente Automotivo
por manobra de viragem por deslize lateral
em curva e + panos (1) (curvas para CG)
+ trauma em ombro @.

8 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico.

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

Artrorresonância + ec. ombro + punho

10 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura com descolamento + luxação de punho D.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação / Residência TC.

26 - CLÍNICA

Unidade Urbana

28 - DOCUMENTO

CNS

CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Marcus Brunner

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/07/19

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

Dr. Marcus Brunner

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

1917/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408060950

5868

V299

13 FEV 2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

3 - CNES

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

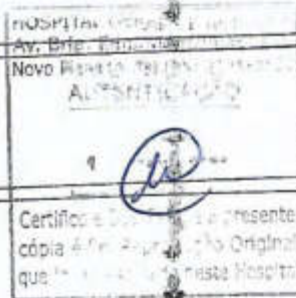
Acidente de moto x Bicicleta com lesão extensa de partes moles do membro E. PANTUFIMUS D.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quedado Clínico

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

em Anexo



Certifico e declaro a presente cópia ser verdadeira e original que se encontra nesta Hospital.

19 - DIAGNÓSTICO INICIAL

20 - CID 10 PRINCIPAL

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

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

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - CNPJ DA SEGURADORA

32 - Nº DO BILHETE

33 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBOR

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - AUTÔNOMO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - () CNS

51 - () CPF

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

13 FEV. 2020

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Data: 29/07/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: POLIOMAIA COM FEMUMENTOS EXTERIORS EM MALL

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: LESÃO EXTENSA EM JOELHO (E) E PANTURNITA D/

CIRURGIÃO: DR. HELDER GROSSI

1º AUXILIAR: DR. JORGE BARROS RI

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: DR. DANIEL RI

INÍCIO: _____

FIM: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM DDH SOB RAQUIMANESTESIA
- 2) ISSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) IDENTIFICADA LESÃO CONTAMINADA DE GRANDE EXTENSÃO EM JOELHO ESQ. E PANTURNITA DIREITA E REGIÃO GABARITADA ESQ.
- 4) SÍNTESE DOS TECIDOS COM VICRI 2.0 E NYLON 2.0. Precedida de LAUAGEM EXAUSTIVA dos FEMUMENTOS COM SF 0.9%.
- 5) CURATIVO

Dr. Helder Grossi
MÉDICO
CRM 150Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM 133 2004Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM 133 2004

13 FEV. 2020

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
"Anestesia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

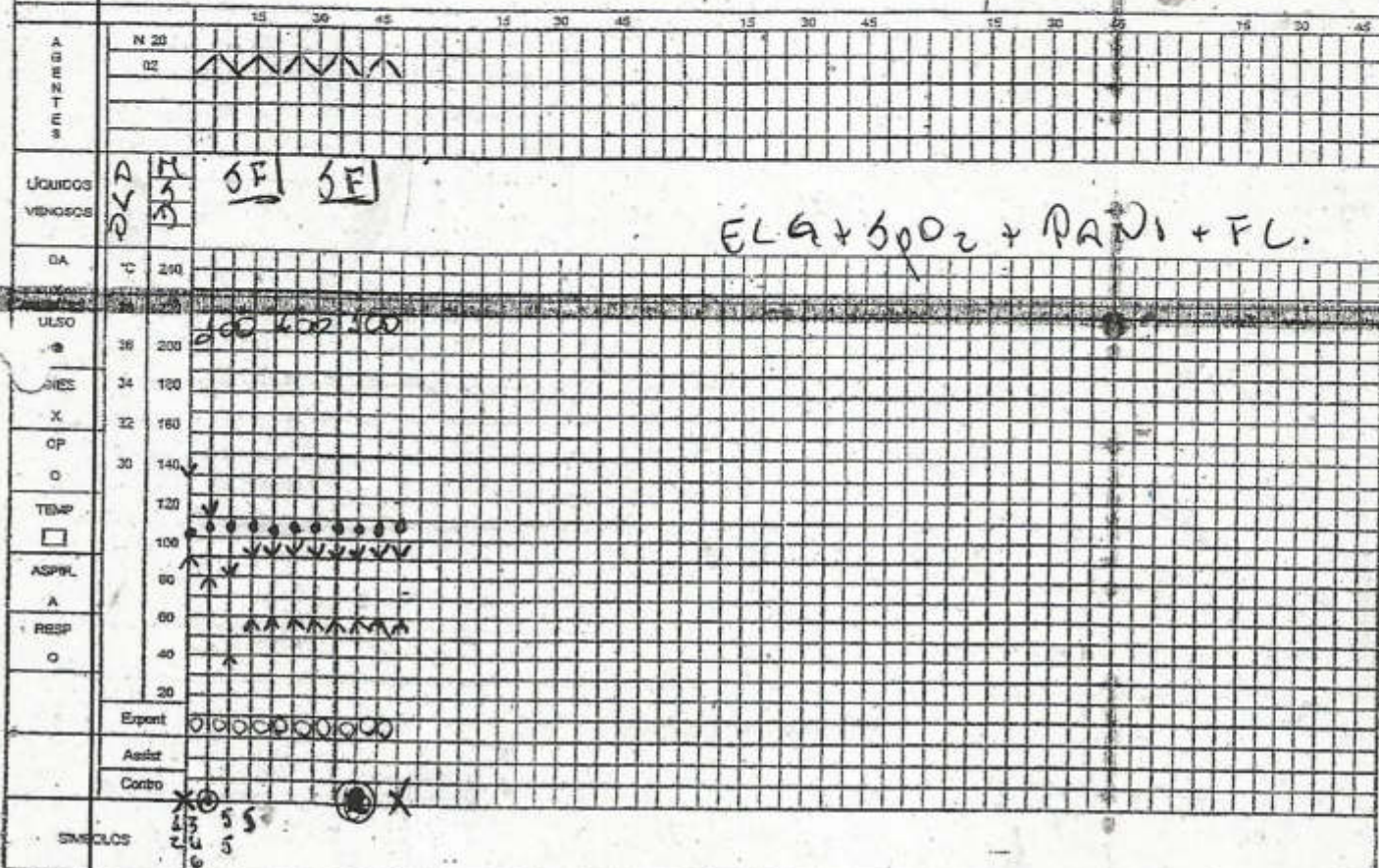
Claudete Alves de Sousa, M⁵²

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

01:20

N°

29.07.19

ELG + SpO₂ + PA Ni + FL.

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Supravacina 15mg		Rapida anestesia	x - Checagem e monitorização.
Fentanyl 100mcg		laubal hiperbarica	① Assepsia e antisepsia laubal.
		simples sob ventilação espontânea.	② Amniotomia subaracnoide da laubal
			simples para mediana ③ Cat
GLUCOSE	Líquidos	Cátodo - Hado - Gao Parangas	Quilome 25: hCh claro.
NOCE		Placa / Orotoliquel - Caga	④ Supravacina 0,5% 3 ml 5A.
SANGUE		Sai - Temp - Cateta do Tubo	⑤ Aftaxidizina 8g IV
		Sao Mucosa	
		Diffusate Técnica	
TOTAL	5F 1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Síntese de laubação de feli em		
ANESTESIA	Dr. Ana Paula	Dr. Welder.	Agonista - Efedrina - Eutaxo 5mg
	Dr. Daniel	Dr. Jorge.	Decressão Rastrosina - Hipocid
			"Eucod" - Vómito
			Hemostasia - Antona
			Rad Tecloride - Choque

Dra Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-PR 1403

13 FEV. 2020

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Claudemir Alves de Souza GT				27 10.7 19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
síntese de laqueação de pele em MMPI		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		01:25	01:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:		
Drº Helder Gressi	Larissa Paula		Drº Daniel R.L.		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
R. Jorge. Barros					
2º AUXILIAR	CIRCULANTE				
	Larissa, Raimunda, Isaluel				
DE ANESTESIA: Raquel		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
22	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE C/ 20cm		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	500ml
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		12	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL agulha 26 Raquel	
7	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
7	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
7	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM equipo macro ges	
7	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
15	eletrodos		1	OUTROS: Cateter O2	

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

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Solange

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

13 FEV. 2020

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: CLAUDENIL AUES

Setor/Leito: 220

Data: 29/08/2019

Data de Nasc: 25/12/1966 Idade: 52a

Termo de Consentimento Anest: Sim () Não

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

Informações:

Jejum: Não

Prótese: Não

Exames: Não

Reserva UTI: Sim () Não

Lateralidade: Sim () Não

PNE: Sim () Não

Alergia: Sim () Não

Qual: Sim () Não

Reserva de He: Sim () Não

Outros: Sim () Não

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

() Deambula

() Com Supo

() Agitado

3. Sinais Vitais:

R: 120 mmHg

FC: 95 bpm

PA: 120/80 mmHg

SAT: 95 %

() Regular

4. Anotação

Paciente: Adm. em CC

Admissão do

DA: 00h

Sala de PI Pro

Cad. de Curios

Sala de PI Pro

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

Adm. em CC

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na

Sala

Início da

Anestesia

Início da

Cirurgia

Cirurgia Realizada

Anestesia

Hidratação Infundida

SF 0,9%:

SG 5%:

Outros:

Nº de Compressas oferecidas:

Nº de Compressas recolhidas:

Exames na SO:

() Ht () Hb () Hemograma () R

() Gs () Outros:

Legenda:

1. Eletrodo

2. Oxímetro

3. Manguito PA

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Cateter O2

7. Vendicel

8. Dreno

9. SNG/SNE

10. Garrote

11. TOT () Não () Sim Nº

12. SVD () Não () Sim Nº

13. Outros:

Sinais Vitais: saída da SO

PA: 120/80 mmHg

FC: 95 bpm

SAT: 95 %

() Regular () Irregular

Destino: () SRPA () UTI () outro

Término da

Cirurgia

Término da

Anestesia

Posicionamento

CH:

Hemoderivados

Plasma:

Plaquetas:

Anátomo Patológico:

() Não

() Sim

Nº Peças:

() Leitura

() Outros:

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso

5. Outros:

Observações:

2 h

Entrada

Saída

Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

SNG/

Volume

Dreno/Qual

Hora

SVD/Aspecto

Dreno/Qual

Outros

Medi

cação

CH

Volume

Dreno/Qual

Hora

SVD/Aspecto

Atualizad

Atualizad

Atualizad



BOA VISTA, 03 08 19

NOME: CLAUDEMIR ALVES DE SOUZA

MÉDICO: MARCUS BRUNNER PEREIRA BATISTA

Nº. Controle: TC

SUS

CCRx

CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA

Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado aquisição 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

clínica@ccrx.com.br clínicaccrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3523 - 1091 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"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."

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



13 FEV. 2020

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CRG. EMISSOR
114807 SSP RJ

CPF
383.061.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. VEH.
AB

Nº REGISTRO
01101922304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
R9207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR - BOA VISTA

13 FEV. 2020

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

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

Valoração 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

Valoração 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:	Claudemir Alexs de Sousa
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	118089
ENDEREÇO:	Rua: Copelco, Joquei Clube - N: 248

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	234807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832, Bv. It's

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 Invalidez, vítima: Claudemir Alexs de Sousa.

Boa Vista 01-11-19

LOCAL E DATA

Claudemir Alexs de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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

CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDEMIR ALVES DE SOUSA

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

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



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

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

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: 000008842-1

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
293.684.132-15 Claudemir Alves de Sousa

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 Sousa 6 - CPF: 293.684.132-15
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua: Mauro Campelo 9 - Número: 248 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Joazeiro clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 65.300-000
15 - E-mail: TLOTRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 08842 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou representante legal, autografado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR, 03/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Claudemir Alves de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)