

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200014273      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVALMAR HORBELT PANIM      **Data do acidente:** 14/09/2019      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Sivalmar Horbelt Panim  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 139.319 CPF: 584.654.992-68  
ENDEREÇO: Rua Tiam Fook 389 Lajadão Zatábi  
VITIMA: Sivalmar Horbelt Panim  
CPF: 584 654 992 - 68 DATA DO ACIDENTE: 14 / 09 / 19  
NATUREZA: ( ) DAMS ( X ) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00

Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Sivalmar, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Belo Vista 17 de outubro de 2019



Sivalmar Horbelt Panim

Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012851/20

**Vítima:** IVALMAR HORBELT PANIM

**CPF:** 584.654.992-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/09/2019

**Titular do CPF:** IVALMAR HORBELT PANIM

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

### IVALMAR HORBELT PANIM : 584.654.992-68

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](http://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: 09/01/2020  
Nome: IVALMAR HORBELT PANIM  
CPF: 584.654.992-68

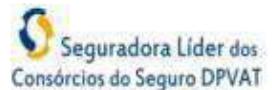
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
IVALMAR HORBELT PANIM

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012851/20

Número do Sinistro: 3200014273

Vítima: IVALMAR HORBELT PANIM

CPF: 584.654.992-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2019

Titular do CPF: IVALMAR HORBELT PANIM

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

**DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**IVALMAR HORBELT PANIM : 584.654.992-68**

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](http://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: 23/01/2020  
Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

DENILZE CORREA DANTAS

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 3200014273**

**Vítima: IVALMAR HORBELT PANIM**

**Data do Acidente: 14/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVALMAR HORBELT PANIM**

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](http://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: 3200014273**

**Vítima: IVALMAR HORBELT PANIM**

**Data do Acidente: 14/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), IVALMAR HORBELT PANIM**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
---------------------------------	--

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

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.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 06 de Fevereiro de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200014273 Vítima: IVALMAR HORBELT PANIM

**Data do Acidente: 14/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVALMAR HORBELT PANIM**

Informamos que o pagamento da i

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 tornozelo 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: IVALMAR HORBELT PANIM

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000010025195-1

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030603/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 10:19 Data/Hora Fim: 25/11/2019 10:28

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 2181 Data: 14/09/2019

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/09/2019 11:20 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua alameida Antares

Bairro: Cidade Satélite

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

Motivação

Não definido

EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: IVALMAR HORBELT PANIM (EN VOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 45

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 584.354.992-68

RG - Carteira de Identidade: 139319

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Tiam Fook nº 389

Bairro: cidade satélite

**Nome Civil: ELON DE OLIVEIRA MACEDO (EN VOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 31

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.461.442-93

RG - Carteira de Identidade: 3091813

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Josemar batista de souza

Bairro: cidade satelite

Nº. 60

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

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 2stg Antonio da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030603/2019-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	747.533.632-87	Placa	NAN3005
Renavam	00306409585	Número do Motor	KC16E7B355014
Número do Chassi	9C2KC1670BR355014	Ano/Modelo Fabricação	2011/2011
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	02/07/2013	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivalmar Horbelt Panim	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL, AS INFORMAÇÕES DOS ENVOLVIDOS DÃO CONTA DE QUE V1 E V2 TRAFEGAVAM NA MESMA VIA E MESMO SENTIDO DE TRAFEGO. O V1(VW/NOVO VOYAGE NA COR PRATA E PLACA NAV-5757) TRAFEGAVA NA ALAMEDA ANTARES, SENTIDO RUA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA, CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO ELOM DE OLIVEIRA MACEDO, QUANDO ANTES DO CRUZAMENTO COM A RUA UNIFESP, VEIO A COLIDIR COM O V2(HONDA/FAN NA COR VERMELHA E PLACA NAN-3005) QUE TRAFEGAVA NA MESMA VIA E MESMO SENTIDO DE TRAFEGO, CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO IVALMAR HORBELT PANIM, QUE FOI REMOVIDO PARA O PSE POR UMA EQUIPE DO SAMU, APRESENTANDO LESÕES APARENTE. FOI CONFECIONADO TODO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO REFERENTE À RECUSA DE SE SUBMETER AO TESTE DO ETILOMETRO POR PARTE DO ENVOLVIDO ELOM DE OLIVEIRA MACEDO, E PELA FALTA DE CNH DO ENVOLVIDO IVALMAR HORBELT PANIM. AINDA NO LOCAL OS VEICULOS FORAM LIBERADO, O V1 PARA O PROPRIO CONDUTOR, E O V2 PARA A SENHORA JANAYLDE GOMES DE CARVALHO (ESPOSA DO ENVOLVIDO IVALMAR). NÃO FOI SOLICITADO A PERICIA OFICIAL DA PC.

DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECIONADO ESTE RELATÓRIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

ADITAMENTO:

O REFERIDO B.O. FOI ADITADO PARA CRESCENTAR INFORMAÇÕES DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN PLACA NAN-3005, QUE ERA CONDUZIDA POR IVALMAR HORBELT PANIM, CONFORME DADOS IMPRESSOS ACIMA.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações fornecidas na presente declaração e que farei 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 ao Código Penal Brasileiro."



Policia Militar de Roraima

(Comunicante)

CONFERIDOR



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro na ASL:

3 - CPE da vítima:

580.654.992-68

4 - Nome completo da vítima:

Jovalmar Horbett Panim

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

5 - Nome completo:

Jovalmar Horbett Panim

6 - Endereço:

Rua Tiam Fook

7 - Cidade:

12 - Cidade:

Maia Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.548

15 - Fone:

16 - Telefone:

(15) 4911-7539/2

Enderrocto: [jovalmar.panim@gmail.com](mailto:jovalmar.panim@gmail.com)

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 - N° 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\$7.000,00  
 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 correntes bancos abaixo. Destale um só)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA: 25195 X

CONTA CORRENTE (não corrente)

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT que eu tiver direito, reconhecendo que, 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

Peço, por favor, que não seja feita a exigência de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização no Seguro DPVAT (Lei nº 6.794/74), uma vez que:

- a - Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- b - O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Sou ciente de que o laudo da perícia de indenização do Seguro DPVAT, por sua vez, permanente, com base na documentação médica apresentada, é da responsabilidade do IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica prescrita, caso necessário, às custas da seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 947/74.

Declaro que existem concordância entre a futura avaliação médica ou remessa ao diretor de contestar a avaliação médica, caso necessário, da seguinte forma:

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(s):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

rasistru (a) herdeiros?

Não

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Sim

Nulos

34 - Vivos

Falecidos:

Nós

35 - Teve filhos?

Nós

36 - Teve irmãos?

Nós

37 - Vivos:

Nós

38 - Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização no Seguro DPVAT por morte de qualquer beneficiário que se apresentarem e provarem seu parentesco, estando certo, a todo, de que qualquer comissão ou certidão não verificáre poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da restituição da multa prevista no artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  
Maia Vista - RR 20 Dezenbro 2019

Jovalmar Horbett Panim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVALMAR HORBELT PANIM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010025195-1

---

Nr. da Autenticação 49B841C04720E3C9





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: 4105035

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
976	11-DEC-19	R\$ 803,15

### 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
1020749	11/2019	R\$ 803,15

836700000083.031500750000.000000001024.074911190051



**RORAIMA**  
**ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Presidente Dutra, 651 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.311.470/0001-44 | DRE: Estadual 24.007.022-9  
Área Fazenda e Operação de Energia Elétrica - Sistema  
Região Sistêmica da Amazônia e do Nordeste (SISNE)

Pasta comprovante de  
a Roraima Energia  
NOTA DE INSCRIÇÃO

009704-1

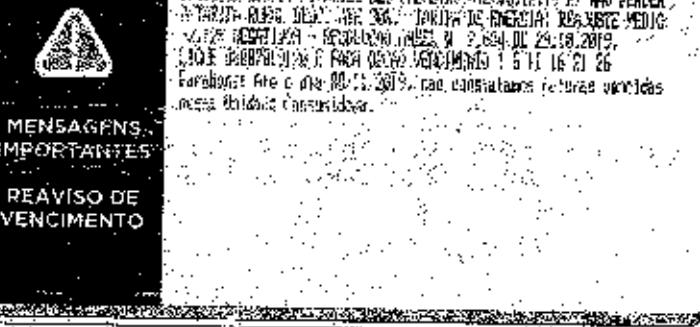
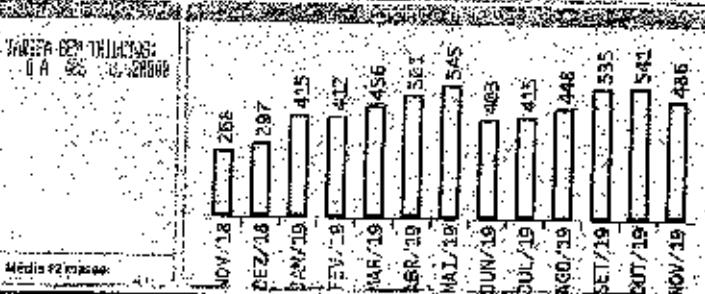
Nº da Nota Fiscal: 40009888

NTT - Natura Sustentável - TCEC lotado  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002 - FLAM

NOVEMBRO/2019 11/12/2019 486 402,90  
BANAY DE GORES DE CARVALHO  
R. TIAM FUDK 589 - CIDADE: SATELITE  
CEP: 69.317-543 - BOA VISTA  
EPF: 60074753363267

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Mês:	NOV/19	Ano:	11/12/2019	Endereço:	11-1-1-2
Anterior:	2404	Anterior:	11/10/2019	Cidade/Endereço:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	24	Próxima leitura:	11/12/2019	Logradouro:	SENTE LA
Constante da Multiplicadora:	3.364	Emissões:	11/11/2019	Número Medidor:	13109953
Consumo Métrico:	107	Aviso de Tagada:	11/11/2019	Forma de Pecúltamento:	Métrico
Consumo Estimado:	000			Métrida:	0.1452499

CONSUMO  
ILUMINACAO PUBLICA 486 A R\$ 0,777110 = 377,67  
25,23



MENSAGENS  
IMPORTANTES

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

RESERVADO AO FISCO

COMPONENTES DA CONTA		VALORES DE REFERÊNCIA - 05/12/2019	
Energia:	Energia:	Base de Cálculo:	ICMS:
107 kWh	107 kWh	PIB:	17,40%
Transmissão:	Tributos:	DOIBI:	84,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Mês:	Nov/19	Mês:	Dez/19	Mês:	Jan/20
Consumo:	9,74	18,49	36,99	8,46	16,92
Preço:	36,99	33,84	4,99	33,84	4,99
Desconto:	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	36,59	33,84	4,99	33,84	4,99

NOTA 32 (W1-24-89-001400) PAGAMENTO: 05/12/2019 PIB: 17,40% ICMS: 84,20%

**RORAIMA**  
**ENERGIA**

SOLUÇÕES SUSTENTÁVEIS  
Av. Presidente Dutra, 651 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.311.470/0001-44 | E-mail: Este endereço de e-mail está sendo protegido de spambots. Você precisa ativar o JavaScript para vê-lo.

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

009704-1

402,90

MÊS FATURADO

11/10/19

VENCIMENTO

11/12/2019

Data Nota Fiscal: 40009888 FCABR:

8362000004 7 0298675000 9 0000000097 6 56481119008 6

SEQ.: 0054 UC: 008/564-8 DT. LEIT.: 11/11/2019 T. ENTR.: 07  
LEITURA: 25890 NORMAL TOTAL: 402,90 CARGA: 003





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Site: [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entrar 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

FAQ (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central GuiaDílar: 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, disponibilizada no endereço eletrônico:

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

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

Apesar da constatação das 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 possível de comunicação ao COAF.

SISTEMA INTEGRADO DE SEGUROS PRIMOS/CS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM Poderes para fiscalizar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades não tão previstas na Lei nº 9.537/97.

Pelo expresso, eu, Denilze Corrêa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joalmir Horbett Panim Inscrito (a) no CPF sob o N° 584.654.992 / 68

da sinistro da DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Joalmir Horbett Panim

Inscrito (a) no CPF sob o N° 584.654.992 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declara Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

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

Endereço	<u>Av. General Alaioli 7116</u>	Número:	<u>2748</u>	Complemento:	<u>02</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>	Cidade:	<u>Ribeirão Preto</u>	Estado:	<u>SP</u>
E-mail:	<u>Liderboavista-pendencia@hotmail.com</u>			Tel. (DDD):	<u>(15) 99117-5392</u>

Local e Data:

Ribeirão Preto - SP 09 Jan/2020

Assinatura do Declarante

Denilze Corrêa Dantas



## FICHA DE ATENDIMENTO

COOPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO II

Nº 1700 :



Paciente: Yudilmar Horst PANIM Idade: 44 Sexo: M  
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia  
 Endereço: AV. Antares Bairro Cidade Satélite

Nº 15763 DATA 14/10/2019

HORA J/9: 10:03

BASE  VIA ( ) ( ) RÁDIOMédico (a) Regulador (a): Dr. Alina

HORA J/10: 10:07

( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão carro c/moto.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

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura       | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento  | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico  | <input type="checkbox"/> Transferência       |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF           | <input type="checkbox"/> Envenenamento         | <input type="checkbox"/> Queda            | <input type="checkbox"/> Exame complementar  |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB           | <input type="checkbox"/> Afogamento            | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> 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"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Assento para criança

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicardico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima da 2°	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> P脉so radial ausente	<input type="checkbox"/> D [ ] E
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> P脉so central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	10:10	160x90	309	21	38		10	
Fim								

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 – Hematoma	3 – Ao comando
3 – Contusão	2 – À dor
4 – Escoriação	1 – Sem resposta
5 – Lacerção	
6 – Luxação	
7 – 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	AFECÇÃO CLÍNICA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Neurológica
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> Metabólica
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Infeciosa
	<input type="checkbox"/> Cardiovascular
	<input type="checkbox"/> Digestiva
HISTÓRIA PEGRESSA	
	<input type="checkbox"/> Diabetes
	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
RESPOSTA VERBAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	
4 – Confuso	
3 – Palavras inapropriadas	
2 – Palavras incompreensíveis	
1 – Sem resposta	
RESPOSTA MOTORA	
<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos	
5 – Localiza a dor	
4 – Movimento de retirada	
3 – Flexão anormal	
2 – Extensão anormal	
1 – Sem resposta	

GRAVIDADE COMPROVADA	Ileso	Pequena	Média	Severa	Óbito

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL  
Em 14/10/2019  
Assinatura e Cârtula Médico (Unidade de Destino)

Stephanie

Cancelamento  
Recusa de Atendimento / Hospitalização05 ADOS  
 Polícia Militar  
 Guarda Municipal Bombeiro CRM-RR 2046  
 Outros:Dr. Lucas Elias França  
Médico



1901161689 14/09/2019 10:43:04

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente <b>IVALMAR HORBELT PANIM</b>	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil INFORMADO	Idade 03/10/1974	CNS 705800463621938	CPF	Prontuário
Tipo Doc							Naturalidade Naturalidade	BRASILEIRA	
Mãe	ISABEL HORBELT PANIM								
Endereço	RUA - TIAFUK - 389 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Piano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Nº da Carteira	Profissional do Atend.	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedência Procedimento Sol.	Temp.	Peso	Pressão		
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
Queixa Principal	Acidente Traumato								
Anamnese de Enfermagem	Nuga alergia Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 10h) Foi trazido pelo SAMU vítima de trauma carro-moto (condutor moto). com Histórico de trauma com fratura no pé e tibia e costela e escoriações e nenhuma suspeita exposta. Sintomas: dor, coceira, hirsutismo. Alergia ao ronco A, B, C, D e E sem alterações GCAS Gow 15								
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica	Trauma no pé (E)								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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 ① Apissone 1g (E)    ② Tramadol 40mg (E)    ③ Tramadol 200mg + Iboprofeno 800mg (E)    ④ Cetobutufen 2g (E)									
					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
					HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Eduardo Gomes, 5711 Novo Planalto    Tel (55) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO				
					NOV. 2019 * Chefe Certifico e faço Fé que a presente cópia é fidelíssima à Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital				

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 / / : :

*Dr. Mercado Marques*

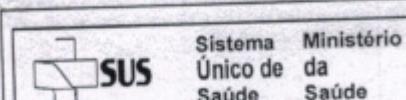
*Medico*

*Carimbo e Assinatura do Médico*

Assinatura do Paciente ou Responsável



Data 26-09-19



### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

20982

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
2058004636219388 - DATA DE NASCIMENTO  
03/10/74

9 - SEXO

Masc.  1Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Isabel Robert Panim

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991392696

12 - ENDEREÇO (RUA-Nº, BAIRRO)

R. Taiafuk 389 Cidade São Luís

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BZ

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*I- laxicos. H2 Esguelo.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

NOV. 2010  
*Shele*  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
deste Hospital

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

*Lx + Enor brs*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO****25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

*Pabu C. Espinosa / 14.09.19*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050497  
5828

✓ 299



MACA 6

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/09/19

O.S. \_\_\_\_\_

Wolmar Dossel  
Pain.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Pablo C. Guerra Jr. 1º auxiliar: Odont. Okano  
2º auxiliar: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º auxiliar: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gómez, S/N  
Novo Horizonte Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

Shelley 2019  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

O paciente sob plano anestésico.  
O expon + abd. supra + colocaçõe de campo  
Laparoscópico.  
O paciente encontra-se de face para trás  
orientado a direita em sua al. Parte pélvica  
① Pediada de FNTG feita e operada  
de parte da lâmina contém de partes molhadas  
colocação de fixador de FNTG  
(fixadores laparoscópicos) com seu aplicador sob o estande  
de esterilização de plástico. ② Cerrado ③ Aplicado



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

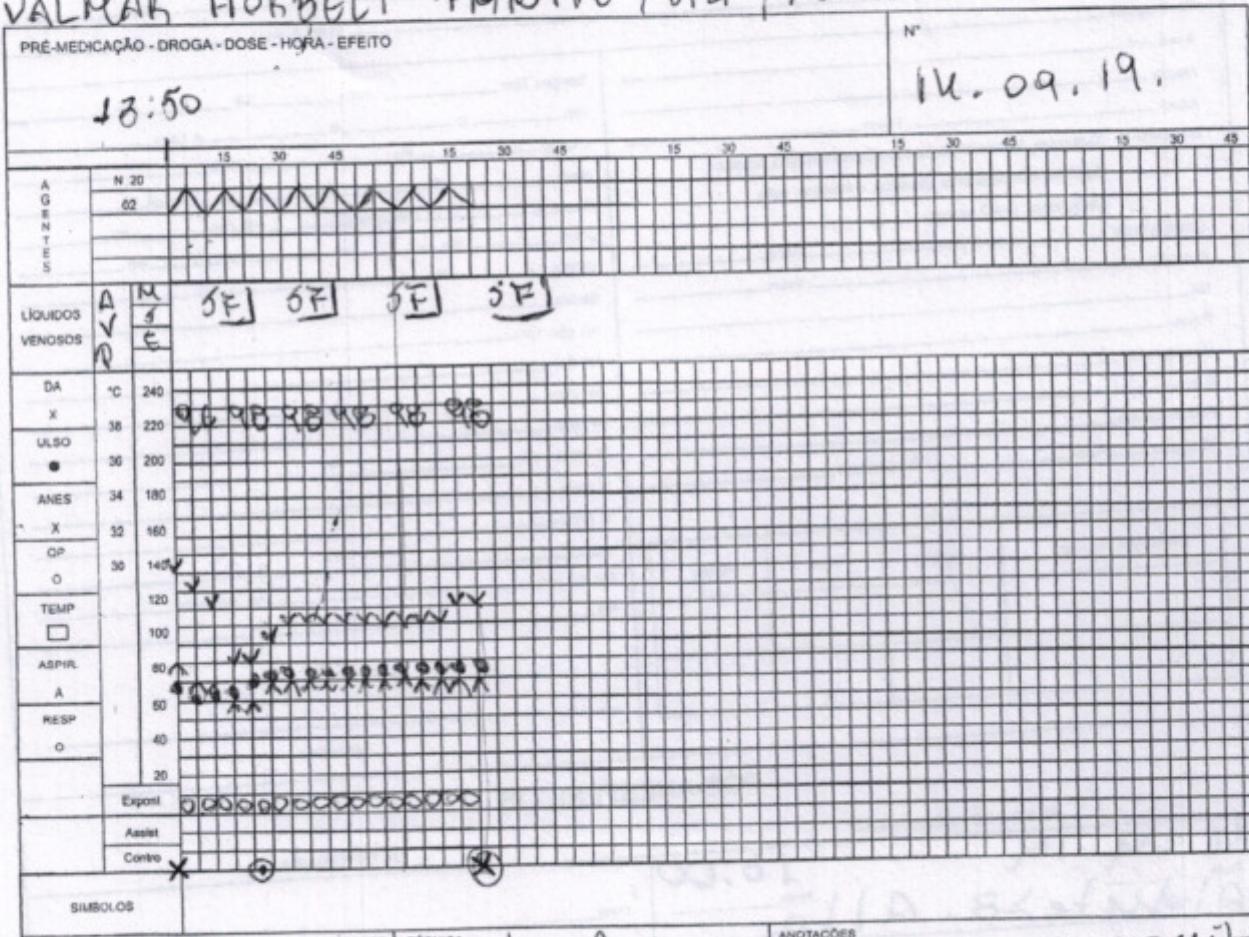
## FICHA DE ANESTESIA

IVALMAR HORBERT PANIM, HU, M.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

18:50

Nº  
14.09.19.



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA
Bupivacaína 0,5% B 3 ml (15mg)		Inhalar hiperbáti- ca siccata com ventilação espiral- rada.
C		
D		
E		
F		
G		
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cândula - Naso / Oro Faringea Naso / Oronasal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dificuldade Técnica
NDCC		
SANGUE	5F 2000 ml	
TOTAL	2000 ml	
OPERAÇÃO	Fixação externa de fratura de ferrojeto.	

ANOTAÇÕES

- 1. Cheiragem + monitorização
- 2. Assepsia torácica.
- 3. Fumado subanestésico
- 4. mediada siccata com L3-L4
- 5. Fumado 25:100 ml
- 6. Bupivacaína 0,5% 3 ml
- 7. Ceftriaxona 1g IV

ANESTESIA  
Dr. Adonias

CÓDIGO SURGIRÃO

Dr. Odilmar

PERDA SANGUÍNEA

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

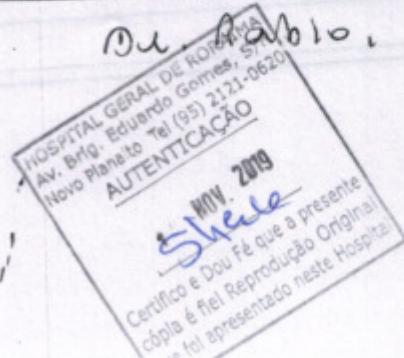
Hemorragia - Arritmia  
Bradítaquicardia - Choque

Ms Daniel

Dr. Fabio

- 8. Cetadacina 600 mg
- 9. Dexameetasona 30 mg
- 10. Tranadol 300 mg N
- X - SP PA.

ADONIAS REDE  
SUSPENSAO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	649	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATÁ
Walmar Horbett Panim		GT		14 / 09 / 19
CIRURGIA				

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	14:10	15:15	

TIP CIRURGICA FRAT. SP. TNZ E EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Pablo	ANESTESISTA:	Dr. Adonias
1º AUXILIAR	Ra Odinash.	RES. ANESTESIA:	Dr. Daniel
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	Kelly / Soares

TIP DE ANESTESIA: Raque TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 20	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	I.UVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML	± 800 ml		KIT CATARATA Nº Alcool 70%	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Catetor O2	
<input type="checkbox"/>	Bletoden	± 150 ml		OUTROS: PVP Tópico	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE Solange Alessandra	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Kelly Soares.	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	SOMA

Lote: 014295 Código: AF35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X TFab.: 21/02/2019 Val.: 02/2024  
Registro Anvisa N° 80083650026  
Material ACO INOX F138Lote: 013965 Código: F08 8 208  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX  
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL  
Fab.: 22/02/2019 Val.: 02/2024  
Registro Anvisa N° 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO



ESTADO DE RORAIMA  
“AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS”  
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Troca de prótese exp. tornozelo (E) + fixação		
Nome do Paciente: Jivalmar Heribert Panim		Nº do Prontuário NI	Data 14/09/19	
Bloco: GT	Enfermaria:	Leito: —	Nº da Sala 01	Circulante de Sala: Kelly e Soares
CAIXAS / EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Membro inferior				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )	Empresa ( )	Dados Adicionais:	UNID.	QUANT.	MARCA
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM				
01	Sistema de fixação óssea 300 mm			01	
02	Pino intramedular ósseo			01	
	Lote: 014295 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T				
	Fab.: 21/02/2019 Val.: 02/2024 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138				
	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br				
	Lote: 013965 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.: 22/02/2019 Val.: 02/2024 Registro Anvisa N° 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO				
	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br				

HOSPITAL GERAL  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
Novo Horizonte - CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima  
Fone: (065) 3512-1620

AUTENTICAÇÃO  
Nov. 2019  
Dr. Odinash  
Médico  
CRM/ROR/17851  
Certifico que o Dr. Pablo é o(a) cirurgião(a) presente  
na operação realizada no dia 14/09/2019.  
Este é o original.  
Este é o original.  
Este é o original.

MÉDICO CIRURIANO:

Pablo

1º AUXILIAR:

Odinash

INSTRUMENTADOR:

Dr. Odinash  
Médico  
CRM/ROR/17851

1ª VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª OPME/CME

Nome: Juanne Heribert Ponini - Bloco D - L - 06  
 Data de Nasc: 03/11/1974 Idade: 44 Setor/Leito:

Data: 14/109/19

Termo de Consentimento Cirurgia:  Sim  Não

Termo de Consentimento Anestesia:  Sim  Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

L. Informações:

Jejum:  Sim  Não  
 Prótese:  Sim  Não  
 Exames:  Sim  Não  
 Reserva UPI:  Sim  Não  
 Lateralidade:  Sim  Não  
 PNE:  Sim  Não  
 Alergia:  Sim  Não  
 Outras: \_\_\_\_\_

Qual: \_\_\_\_\_

Reserva de Hemoderivado:

Sim  Não

Outros: \_\_\_\_\_

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

Deambulando

Consciente

Com Suporte de O2

TOT

Agitado

3. Sinais Vitais:

T 36°C R 120 bpm  
 FC 80 bpm PA 125/80 mmHg  
 SAT 100%  
 ( Regular  Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Dolor  Dor intensa

Cet  Ceto-

Caducato  Cade-

Jaqueira  Ja-

Rovai  Rova-

Vagot. ouc  Vago-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

315.729  315.729

E  E

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

315.729  315.729

E  E

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles

Corvalho  Cor-

Solange C.  Sol-

Ent.  Ent.

COREN-PR  CORE-

Tabua  Tab-

Negre  Neg-

e canabioia  Can-

oles  oles



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIARESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSSPACIENTE T. Antunes Furtado, ANOS,DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30/08/19, COMDIAGNÓSTICO DE Fratura exposta fêmur (E)NO DIA 30/08/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DEMC + Colosseum de Fixation Fixum SENDOOPERADO PELO DR. Dolivo E DR. PereiraRECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/08/19, ÀS 12:00, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 06/09/19, ÀS 10:00 COMDR. DolivoORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Fernando Rezende  
Médico de Família  
Médico de Ortopedia

BOA VISTA, 30/08/19

MÉDICO





MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

PARTIDA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSS-PASEP 128.494.55.02-9

3890710

603-0

RR



IVALMAR HORBELT PANIM

FILIAÇÃO..... ORLANDO PANIM  
ISABEL HORBELT PANIM  
NASCIMENTO... 03/03/1974 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CÍVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: PORTO VELHO - RO  
DOCUMENTO... R.G: 136519 SE6P RR 01102X9  
LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995  
CPF: 061.654.992-20 CNH:  
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/RR - 18/02/2010

DATA EMISSÃO: 18/02/2010  
REGISTRO:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200014273      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVALMAR HORBELT PANIM      **Data do acidente:** 14/09/2019      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.  
TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>