

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Sualmar Horbelt Panim
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo RG: 139319 CPF: 584.654.992-68
ENDEREÇO: Rua Tião Fook 389 Cidade Satélite
VITIMA: Sualmar 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 Smaldez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

BOM VISTA 17 de outubro de 20 19

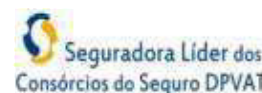


Sualmar HORBELT PANIM
Assinatura

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 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

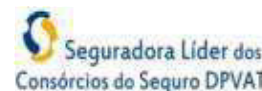
IVALMAR HORBELT PANIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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

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:

Autorização de pagamento	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.
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.
Documentos de identificação	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

Carta nº 15344272

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 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, 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



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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ASL

3 - CPF da vítima

584.654.992-68

Nome completo da vítima

Jualmar Horbelt Parim

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

5 - Nome completo

Jualmar Horbelt Parim

6 - CPF

584.654.992-68

7 - Autônomo

Emprego

Kia Tiam Fock

9 - Número

389

10 - Complemento

Casa

Cidade satélite

12 - Cidade

mae eista

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.317.548

15 - E-mail

ludibocavista.pendencia@hotmail.com

16 - Id (DDD)

(05) 9117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA:

25195

X

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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, e eu ou meu representante, reconhecendo a dívida, 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 a concessão imediata da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciada

☐ 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), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu (ou morreu)?

☐ 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, após caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Hora e Data

13h00 - 20 Dezembro 2019

JUALMAR HORBELT PARIM

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

SEM ASSINATURAS

TESTEMUNHAS



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

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVALMAR HORBELT PANIM (ENVOLVIDO)

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 (ENVOLVIDO)

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 satélite

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
POLÍCIA 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

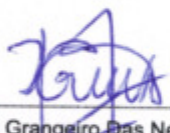
RELATO/HISTÓRICO


INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA 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 CONFECCIONADO 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 CONFECCIONADO 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


Polícia Militar de Roraima
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações aqui prestadas e que não tenho conhecimento de qualquer fato criminoso que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção ao Código Penal Brasileiro."

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ASL

3 - CPF da vítima

584.654.992-68

Nome completo da vítima

Jualmar Horbelt Parim

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

5 - Nome completo

Jualmar Horbelt Parim

6 - CPF

584.654.992-68

7 - Autônomo

Emprego

Kia Tiam Fock

9 - Número

389

10 - Complemento

Casa

Cidade satélite

12 - Cidade

mae eista

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.317.548

15 - E-mail

ludibocavista.pendencia@hotmail.com

16 - Id (DDD)

(05) 9117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA:

25195

X

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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, e eu ou meu representante, reconhecendo a dívida, 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 a concessão imediata da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso divergir do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciada

☐ 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), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu (ou morreu)?

☐ 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, após caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Hora e Data,

1304 11/12/2019

JUALMAR HORBELT PARIM

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

SEM ASSINATURAS

TESTEMUNHAS

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

19/12/2019

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

836700000083.031500750000.000000001024.074911190051





• **Mr. John Martin Egan**

4428988P

A Terra Social de Energia Brúica - T35E foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. F.L. 1/02

NOVEMBER 2019

117910

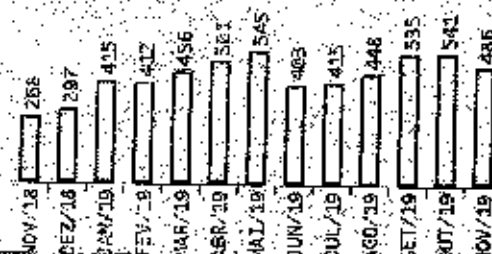
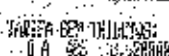
2000

175

JANAYLDE GOMES DE CARVALHO
R. TIAM FOCK 389 CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-543 BOA VISTA

CPF: 0007475336328

CONSUMO	486 A R\$ 0,77/110 =	377,67
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

[illegible]

MENSAJES
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO[illegible]

INTERNET AND FRENCH

COMPONENTES DA CARGA		VALORES CONTINUAIS	
		valor em	valor em
Energia:	Encargos:	Base de	ICMS:
10000000	10000000	Calculo:	PIF:
10000000	10000000	27000	24,20
Transmissao:		DOBS:	1,13

	INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	Uru.		Par.		Pir.	Méx.
Índice de	Durante o ano	Fim do ano	Durante o ano	Fim do ano	Final	Início
Continuidade	9,74	18,49	36,90	8,16	18,92	33,84
Descontinuidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Correio: FLORESTA, Brasília, 09/2014, p. 375-53

REF: 32,641,24,35,491,100



06-21-97 14:00:00 - Centre - Bas-Ville - AA
CNA: 06-21-97 14:00:00 - Centre - Bas-Ville - AA

БЕЛОРУССКА

TOTAL A PAGAR - R\$

007545

加

MÁS FUTURO

VINCINIBLYC

14120

4496544

2020-2021 Finalist: **40701810**

1992

83620000004 7 02900075000 9 00000000097 6 56481119028 6



SEQ.: 0054 UC: 004/564-X DT. ETV.: 11/11/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 25890 NORMAL TOTAL: 402.90 CARGA: 003

Site: www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Guvidor: 0800 021 91 85

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível em <http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=26636>

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 controlar o acesso e o uso dos dados envolvidos no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A ausência ou incorreção 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 passível de comunicação ao COAF.

SUPLENTE DE FUNÇÃO DE SEGURADORAS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE, E 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 expresso eu Denilze Corréa Pontes

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

Joalmar Horbelt Panim inscrito (a) no CPF sob o Nº 584.654.992 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joalmar Horbelt Panim

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 584.654.992 / 68 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 da documentação que respalda o endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Gláudio Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Itaiberê</u>	Cidade: <u>Rua Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@igmail.com</u>	CEP: <u>69.309-000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 9117-5392</u>

Local e Data:

Rua Vista - RR 09 Janeiro 2020

Denilze Corréa Pontes

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1700:



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO II

EQUIPE: Noemi e Abias

Paciente: Yurimar Horbelt PANIM

Idade: 44

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: AV. Antares

Bairro: Cidade Satélite

Nº 15 763

DATA 14/09/2019

HORA J/9: 10:03

BASE ☒ VIA ()

() RÁDIO

Médico (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

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

AVALIAÇÃO INICIAL

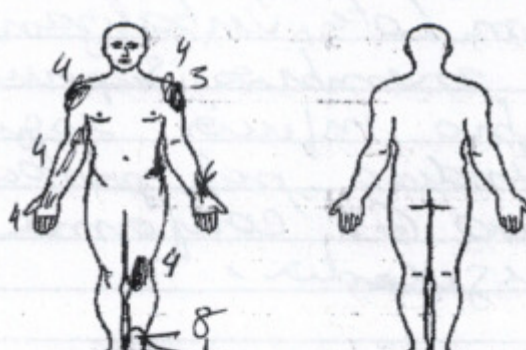
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 10:10	60x90	109	21	98			10	
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Fratura exposta <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Afundamento de crânio <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Ferida aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento <input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta <input type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assístolia
---	--

AFECÇÃO CLÍNICA

<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/>
--	--

HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
--	--

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Ileso☐ Pequena☐ Média☒ Severa☐ ÓbitoSAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL

Em 14/09/2019

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Stephanie

Dr. Lucas Elias França
Médico
CRM-RR 2046

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

NOTES

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Hospitalização

OS

☒ Polícia Militar☐ Guarda Municipal☐ Bombeiros☐ Outros



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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

Rec. Adm. e Financeira
M.º Edson M.º de Almeida
Téc. em Enfermagem
CORRELA
V.º
Zul Ass.

1901161689 14/09/2019 10:43:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA 18

Paciente: **IVALMAR HORBELT PANIM**
Tipo Doc: Documento
Mão: **ISABEL HORBELT PANIM**
Endereço: **RUA - TIAFUK - 389 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR**
Data Nascimento: **03/10/1974**
Idade: **44 A 11 M 11 D**
Sexo: **M**
Estado Civil: **NAO INFORMADO**
Raça/Cor: **PARDA**
CNS: **705800463621938**
CPF: **99159-2696**
Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Contato: **(95) 99159-2696**
Ocupação: **Prontuário**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO**
Setor: **GRANDE TRAUMA**
Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**
Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL**
Profissional do Atend.: **LIDIANE OLIVEIRA**
Procedência: **Procedimento Sol.**
Validade: **Sis Prenatal**
Autorização: **Peso**
Temp.: **Pressão**
Registrado por: **LIDIANE OLIVEIRA**

Queixa Principal: **Acidente de trânsito**

Anamnese de Enfermagem: **Nupia alergia**
GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**
TOTAL: **123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **h**)
Tratado pelo SAMU vítima de trauma carro-moto (condutor moto). com
história de trauma com fratura de pé e costela
e contusões em membros superiores
Exame Físico: **Exame físico, sem contusões, hematomas. Abdomen**
A, B, C, D e E sem alterações
GLASGOW 15

Hipótese Diagnóstica: **Trauma de pé (E)**

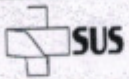
SADT - Exames Complementares
☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:
PRESCRIÇÃO:
(1) Dipirona 1g (E)
(2) Paracetamol 40mg (E)
(3) Tramadol 50mg + paracetamol 500mg (E)
(4) Ceftriaxona 1g (E)
APRAZAMENTO: **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - RR (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
14/09/2019
Shirley
Certifico e sou responsável por esta
cópia e fiel Reprodução Original
que foi apresentada nesta 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: **14/09/2019 10:43:54**

óbito: **Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não**
Destino: **() Família () IML Anatomia Patológica**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Dr. Marcelo Marques**
Carimbo e Assinatura do Médico: **1901161689**

Alto 26.09.19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO 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)

205800463621938

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/10/74

Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991592696

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Fischel Robert Panim

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Tatiatuk 389 Cidade Solis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BU

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

S. - Insucesso. Hx e Exame físico.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hx e Exame físico

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

Hx e Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/09/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

14/09/19

0408050497
5828
V299



MACA 6

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 14/09/14 O.S. _____

Wilson Hoffmann
Pauze

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

14/09/2014

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Fot 304 sob plano anestésico.
- 2) exame + análise pré + colocação de campos.
- 3) Exame.
- 4) Incisão anestésica de face posterior.
- 5) Incisão de face anterior de face posterior.
- 6) Incisão de face anterior de face posterior.
- 7) Incisão de face anterior de face posterior.
- 8) Incisão de face anterior de face posterior.
- 9) Incisão de face anterior de face posterior.
- 10) Incisão de face anterior de face posterior.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potimódo dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

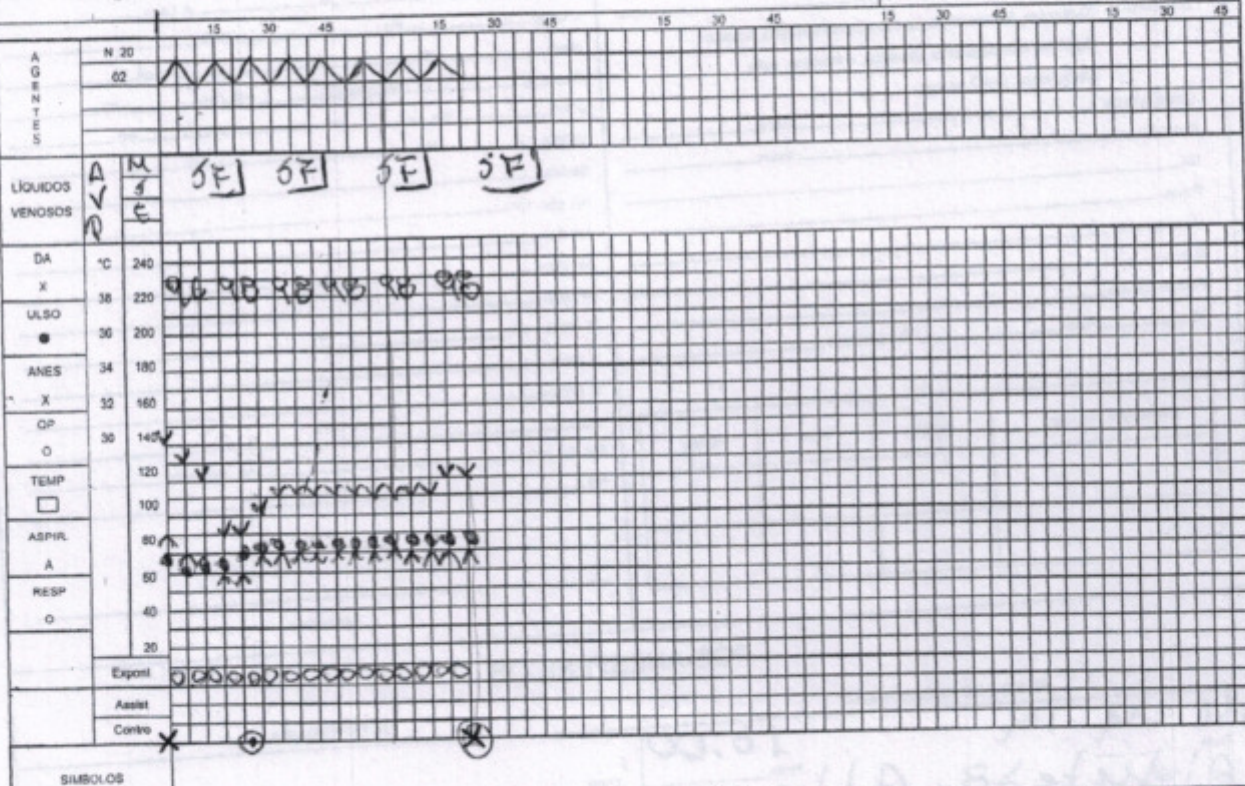
IVALMAR HORBELT PANIM, 44, M.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

14.09.19.

18:50

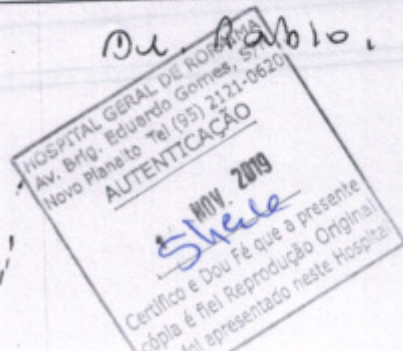


AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 0.5%	1.5 ml (10 mg)	Intubação orotraqueal	X. Chequeagem + monitorização
B. Sufentanil 0.5%	1.5 ml (10 mg)	Intubação orotraqueal	1. Asepsia larval.
C. /	/	/	2. Punção subaracnóidea
D. /	/	/	mediana simples em L3-L4
E. /	/	/	com Quincke 25: L4/L5
F. /	/	/	3. Propofol 0.5% 3 ml
G. /	/	/	4. Gftraxada 1 g IV
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDOD		Naso / Orotraqueal - Cego	
SANGUE	5F 200 ml	Bal - Tipo - Calibre do Tubo	
		Sol. Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	200 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Fixação externa de platina de torniquete (C).		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGIA	PERDA SANGÜINEA
Dr. Adonias		Dr. Odimar	

Dr. Daniel

Dr. Raulo

- 5. Clindamicina 600 mg
- 6. Dexametasona 30 mg
- 7. Tramadol 300 mg IV
- X. SHPA.



Monitorização: 300 c +
ELC + FC + PANDA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	442	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
IVALMER HERBERT PANIM	GT			14 / 09 / 19

CIRURGIA

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

FIO CIRURGICA FRAT. EP. TNZ (E)

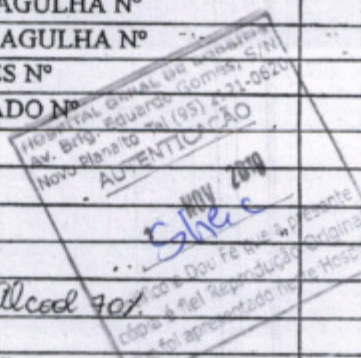
EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Adonias
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	R. Daniel
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	

TIP DE ANESTESIA: Raque

TEMPO DE DURAÇÃO: Kelly / Soares

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			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			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSEO	
1	SERINGA 05 ML		± 200 ml	KIT CATARATA Nº Alced 90%	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Cateter Oa	
1	Betadon		± 150 ml	OUTROS: PPT Topico	



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

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 Nº 80083650026
Material ACO INOX F138Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SPLote: 013965 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Fab.: 22/02/2019 Val.: 02/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIOLuiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

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

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (Y) Empresa ()		Dados Adicionais:		
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
01	Sistema de fixação Ossea 300 mm		02	
02	Pino intramedular Osseo		01	
<div>Lote: 01429S 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 Nº 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</div>				
<div>Lote: 01396S Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.: 22/02/2019 Val.: 02/2024 Registro Anvisa Nº 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</div>				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - RR (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
NOV 2019
Shelly
Certifico e por fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que se apresenta neste Hospital

MÉDICO CIRURGIÃO:

Pablo

1º AUXILIAR:

Odinash

INSTRUMENTADOR:

Dr. Odinashi Okemiri
Médico
CRM/RR 1851

1ª VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2ª OPME/CME

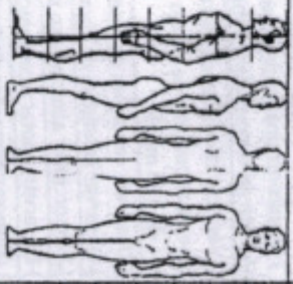
Nome: Juliana Herbert Pinim

Data de Nasc: 03/10/1974 Idade: 44a Setor/leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 14/09/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA										
Cirurgia Proposta:				Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais							
1. Informações:				Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		SRPA								
Jejum: <u>() Sim () Não</u> Prótese: <u>() Sim () Não</u> Exames: <u>() Sim () Não</u> Reserva UTI: <u>() Sim () Não</u> Lateralidade: <u>() Sim () Não</u> PNE: <u>() Sim () Não</u> Alergia: <u>() Sim () Não</u> Qual: <u></u> Reserva de Hemoderivado: <u>() Sim () Não</u> Outros: <u></u>				<u>13:40</u>	<u>14:00</u>	<u>14:10</u>	<u>15:15</u>	<u>15:20</u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: <u>() Desambulando</u> <u>() Com Suporte de O2</u> <u>() TOT</u> <u>() Agitado</u>				<u>TC curvas de frot. est. T12 (E)</u>		<u>Poque</u>		<u>Novo</u>		1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: <u></u>								
3. Sinais Vitais: T: <u></u> °C R: <u>88</u> rpm FC: <u>88</u> bpm PA: <u>125 x 83</u> mmHg SAT: <u>100</u> % () Regular () Irregular				N° de Compressas oferecidas: <u></u> N° de Compressas recolhidas: <u></u> Exames na SO: () Hit () Hb () Hemograma <u>ATRX</u> () Gasometria () Outros: <u></u>		CH: <u></u> Plasma: <u></u> Plaquetas: <u></u>		Localização: 				Horário	T	FC	PA	SPO2	ADRE-TE	DOR 0/10
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Paciente: Juliana Pinim</u> <u>do GT 3130-0</u> <u>cedido de</u> <u>legitimidade</u> <u>refrat. de</u> <u>fibra (E)</u> <u>neve oleosa</u> <u>e coagulada</u> <u>de</u>				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Ventôles 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° <u></u> 12. SVD () Não () Sim N° <u></u> 13. Outros: <u></u>		Anatomia Patológica: () Não () Sim N° Peças: <u></u> () Cultura () Outros: <u></u>		Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) Entrada: <u></u> Saída: <u></u>				ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)						
Sinais Vitais: Saída da SO T: <u></u> °C R: <u></u> rpm FC: <u>92</u> bpm PA: <u>125 x 83</u> mmHg SAT: <u>100</u> % () Regular () Irregular				Destino: () SRPA () UTI () outros: <u></u>		Hora Medicação CH SNG/Volúme Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros				Observações: 03:30 h 2 h								

Solange C. Enfermeira



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Fernando Rezende 61 ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30 / 01 / 19, COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura Exposta do fêmur (E)

NO DIA 30 / 01 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

MC + Colar de Gesso - Estímulo SENDO

OPERADO PELO DR. Dolbo E DR. Pereira

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26 / 01 / 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 / 10 / 19, ÀS 10:30, COM

DR. Pinto

ORIENTAÇÕES GERAIS :

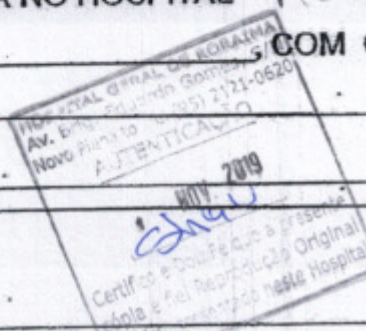
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Fernando Rezende

BOA VISTA, 26 / 01 / 19

MÉDICO



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

NOME
 DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / AF
 3142655 SSP RR

CPF
 792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
 08/03/1979

FILIAÇÃO
 JOSE DE SOUZA CORREA
 EVANGELINA LOBATO DA
 SILVA

PERMISSÃO
 ACC

CAT. HAB.
 2

VALIDADE
 20/08/2019

Nº REGISTRO
 04033412312

Y HABITAÇÃO
 31/05/2010

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Denilze Correa Dantas

DATA DE EMISSÃO
 25/08/2014

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

59564648026
 RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR
 905314502

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

ARTES DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSCRIÇÃO Nº 126.49456-02-9

3890710

003-0

RR

Assinado por: [Assinatura]

Assinado por: [Assinatura]



IVALMAR HORBELT PANIM

FILIAÇÃO: ORLANDO PANIM
ISABEL HORBELT PANIM

NASCIMENTO: 03/07/1974 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PORTO VELHO - RO

DOCUMENTO: R.G. 139519 SE6P RR 91110/XX9

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 664.664.992-89

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTS/RR - 18/02/2010

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75