

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 00345715233 3 - CPF da vítima: 00345715233 4 - Nome completo da vítima: GEIKSON RAMOS LIMA

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

5 - Nome completo: GEIKSON RAMOS LIMA 6 - CPF: 00345715233
7 - Profissão: TEC. ENFERMAGEM 8 - Endereço: R: JOSÉ RENATO HADAD 9 - Número: 1551 10 - Complemento:
11 - Bairro: DINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316572
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 8526 CONTA: 00160 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - Local e Data, BOA VISTA, 08/06/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 14:14 Data/Hora Fim: 16/01/2020 14:47

Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 12/01/2020 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cambará

Logradouro: RUA DR. RUBEM LIMA FILHO C/ RUA NAGIBE ELUAN

Complemento: PRAÇA DO CAMBARÁ

Tipo do Local: Outro

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEILSON RAMOS LIMA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 20/09/1990

Idade: 29 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Técnico em Enfermagem

Nome da Mãe: Maria dos Reis de Souza Ramos

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.457.152-33

RG - Carteira de Identidade: 338715

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ RENATO HADAD

Bairro: PINTOLANDIA

Telefone: (95) 99144-6513 (Celular)

Nº: 1551

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Placa NUH0790

Cor VERMELHA

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Número do Chassi FINAL 3224

Marca/Modelo HONDA CG 125FAN ES

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Geilson Ramos Lima

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE na data em tela o declarante dirigia a sua motocicleta pela via em questão, rumo ao seu trabalho (Hospital Lote Íres).



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior

Data de Impressão: 16/01/2020 14:47

Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

quando sofreu um acidente de trânsito na esquina da praça do Cambará; QUE guiava pela Rua Rubem filho no sentido Centro-Bairro e no cruzamento com a Rua Nagibe, um veículo avançou a rua, não chegando a cruzar a preferencial, mas foi suficiente para fazer o declarante perder o controle da motocicleta e cair ao chão; QUE na queda houve danos no veículo e uma fratura no braço direito do declarante; QUE o motorista do veículo em questão acionou o SAMU e RESGATE, mas como não chegou nenhuma ambulância, ele levou o declarante em seu carro até o hospital mais próximo (Cosme e Silva); QUE no Hospital o declarante passou por exame de Raio-X, tomou medicamento e foi encaminhado ao hospital HGR, poré, na falta de ambulancia disponível, foi levado pelo cunhado (Adelson Araújo Viana Júnior) em carro particular até o Trauma do HGR com sangramento; QUE já no trauma passou por cirurgia e está atualmente internado no Hospital das Clínicas aguardando nova cirurgia. É o relato.

ASSINATURAS

Adelson Araujo Viana Junior
Agente de Polícia
Matrícula 42000909
Responsável pelo Atendimento

Geilson Ramos Lima
(Comunicante)

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



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
WWW.CAERR.COM.BR

Matrícula:

337277

Novembro/2019

Dados do Cliente:

Endereço para entrega:

GETILSON RAMOS LIMA

RUA JOSE RENATO HADAD, 01551 - PINTOLAND

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

001.153.0292.0001

Data de Instalação

5/11/2019

Situação Água

RESIDENCIAL

Situação Esgoto

00147793

27/04/2000

LIGADO

POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 818

829

11

33

LEITURA INF.

DT. LEITURA 03/10/2019 05/11/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201910

10-0

201909

12-0

201908

11-0

201907

10-0

201906

9-0

201905

15-0

MEDIA

11

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODOR	C.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRICAÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

11 M3

28,10

JUROS DE MORA 07/2019

0,24

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/12/2019

28,34



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

337277

11/2019

15/12/2019

28,34

82660000000- 2 28340004001- 2 00033727701- 6 11201950003- 5



Via do Cliente

Via da CAERR

**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: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	01/2020	20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1197	10-FEB-20	R\$ 969,04

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
539180	01/2020	R\$ 969,04

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEILSON RAMOS LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000006160-4

Autenticação:

372543E8D4FA4964404147E055A61D216266127955726D7CBB8E1E70D40429CF

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
GEINSON RAMOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 003457152 / 33
do sinistro de DPVAT cobertura INTRAVIDE2 da Vítima GEINSON RAMOS LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 003457152 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>R:SD.DM.JACINTO JDES SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CARANÁ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAF1@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 08 DE JUNHO DE 2020.

Luanna Amorim de S. Lopes
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 00345715233 3 - CPF da vítima: 00345715233 4 - Nome completo da vítima: GEIKSON RAMOS LIMA

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

5 - Nome completo: GEIKSON RAMOS LIMA 6 - CPF: 00345715233
7 - Profissão: TEC. ENFERMAGEM 8 - Endereço: R: JOSÉ RENATO HADAD 9 - Número: 1551 10 - Complemento:
11 - Bairro: DINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316572
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 8526 CONTA: 00160 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - Local e Data, BOA VISTA, 08/06/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NIR

Transf 714101120



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frat exposta de úmero distal

(D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ita Cirurg

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

FF + Ro

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

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408020385

5424

1799

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

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

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

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

2001208300		12/01/2020 07:43:57		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		2	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GEILSON RAMOS LIMA		20/09/1990		29 A 3 M 22 D		704202779771785		00345715233	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		3387151		SSP RR		10/12/2013		M	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA DOS REIS DE SOUZA RAMOS		SOLTEIRO(A)		PARDAS		Naturalidade		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato		Ocupação		Sis Prenatal	
RUA - JOSE RENATO HADAD - 1551 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		FRANCISCO NELCIVAR		(95) 99144-6513		NÃO INFORMADA			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		ALEXSANDRO PEREIRA	
GRANDE TRAUMA		TRANSPORTADO POR TER							
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		MRV: 123456			
Acidente de moto		AO: 1234		RV: 12345					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		Acidente motociclistico x carro. com fratura exposta de braço direito.							
Exame Físico		B.C.G., hidrotado, normocorado.							
		Fratura exposta de cotovelo direito, dor, inchaço.							
Hipótese Diagnóstica		Fratura exposta braço direito.							
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE	
		<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1- tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml cv		Dr. Victor Costa Costa							
2- Diclofenaco 2g EV		Médico CRM RR 2143							
		Edmilson C. Cardoso							
		Técnico Enfermagem							
		CONEN-RR 887.869-15							
Condição		Certifico e fé que a presente							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		cópia e fiel reprodução Original							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		que foi apresentado neste Hospital							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		(até 24h)							
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ortopedia		<input type="checkbox"/> Internação							
óbito		Data e Hora da Saída/Alta:							
Antes do 1º Atendimento?		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não					
Destino:		<input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML					
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 12/01/2020 07:44:27



2001208300



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 12/01/20 O.S.

Gielson Tavares Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. Exposta de osso distal (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + Osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Jonathas

1º aUXILIAR: Dado

2º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º aUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Fabiano

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em DHT sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Ampliação de incisão post. cl. divisão transfrONTAL
- 4) LMC expansiva cl. OF
- 5) Redução parcial dos fragmentos cl. 03 fios de Kirschner
- 6) Controle radiológico
- 7) Instalação de FE transfrONTAL em cofre
- 8) Curativo

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia

ASL-0163519/20
bianca.vieira
06/08/2020 17:04:14

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294316382 - 15

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASL-0163519/20
bianca.vieira
06/08/2020 17:04:14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0163519/20
bianca.vieira
06/08/2020 17:04:14

ASL-0163519/20
bianca.vieira
06/08/2020 17:04:14



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN RR 000.119.762

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOME
GEILSON RAMOS LIMA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
BOA VISTA
RR
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE
20/09/1990 24/05/2021



V 05406720

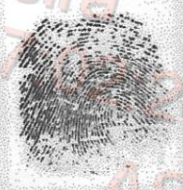
FILIAÇÃO
FRANCISCO NELCIVAR LIMA DE
SOUSA
MARIA DOS REIS DE SOUZA RAMOS

IDENTIDADE
3387151

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SSPRR

CPF
003.457.152-33

DATA DE EMISSÃO
24/05/2016



Geilson Ramos Lima

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

LEI Nº 13.963, DE 2016 (ART. 15, INCISO VII, "LII", § 3º, 9º)
DE 12/02/73 E LI 6.206 DE 07/05/75

PROIBIDO PLASTIFICAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163519/20

Vítima: GEILSON RAMOS LIMA

CPF: 003.457.152-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/01/2020

Titular do CPF: GEILSON RAMOS LIMA

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
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

GEILSON RAMOS LIMA : 003.457.152-33

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: 11/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200210672 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEILSON RAMOS LIMA **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ÚMERO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO

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 DE COTOVELO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3/4_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GEILSON RAMOS LIMA

Identidade: 3387151 SSP/RR CPF: 003.457.152-33

Naturalidade: BOA VISTA/RR Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO Profissão: TÉCNICO EMFERMAGEM

Endereço: RUA JOSÉ RENATO HADAD, 1551 – PINTOLÂNDIA / CEP: 69.316-752

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONARIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 06 de fevereiro de 2020.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Geilson Ramos Lima

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
19.XXSGY01-GEILSON RAMOS LIMA
ARP Em testemunho da verdade Boa Vista, 11/02/2020
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vir Selo 1,50
Selo: RECFIR158345PLC63RKBCFJN5K32 N° Ticket: 00177
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 00345715233

DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELIÃO E REGISTRADOR

Dr. *Severino de Sousa Júnior*
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro