

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)
Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2915617520201123174815
Processo 0800838-33.2020.8.23.0020 ☆ - (24 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público**Pendências**

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 17/11/2020 - Prazo: 23/11/2020 à 15/12/2020 (15 dias): CONCEDIDO O PEDIDO
Cumprir Prazo

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	<input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>					
Descrição: <input type="text"/>					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/> 16	23/11/2020 17:48:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020)		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
		16.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2765573JUNTADADEDOC501.pdf		Público	
		16.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="text"/> 2765573JUNTADADEDOC5Anexo02.pdf		Público	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	15	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 12.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	14	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020)		Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária	
	13	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020)		Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária	
	12	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 15/02/2021 (90 dias)		Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária	
	11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) EXPEDIÇÃO DE CERTIFICAR APRESENTAÇÃO DE DEFESA (17/11/2020)		Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária	
	10	EXPEDIÇÃO DE CERTIFICAR APRESENTAÇÃO DE DEFESA Referente ao evento (seq. 8) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(17/11/2020 11:52:01). Identificador do Cumprimento: 0001		Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI Técnica Judiciária	
	9	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	8	17/11/2020 11:52:01		PAULO SERGIO FIRMINO - SJRI Analista Judiciário	
	7	16/11/2020 09:35:17	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (04/11/2020)	NILDO INÁCIO Magistrado	
	6	04/11/2020 18:09:55	CONCEDIDO O PEDIDO	SISTEMA CNJ	
	5	30/10/2020 15:09:18	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	30/10/2020 15:09:18	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	30/10/2020 15:09:18	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
	2	30/10/2020 15:09:18	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Caracaraí	SISTEMA CNJ	
	1	30/10/2020 15:09:17	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARACARAI/RR

Processo: 08008383320208230020

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JONAS PEREIRA DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARACARAI, 23 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200302831**

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003559

Conta: 000008374-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

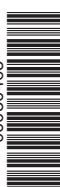
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - Número de Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

000.939.642-00

4 - Nome completo da vítima:

Jonas Pereira da Conceição

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

5 - Nome completo:

Jonas Pereira da Conceição

6 - CPF

000.939.642-00

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua: Júlio C. Abreu

9 - Número:

1080

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Nossa Senhora do Rosário

12 - Cidade:

Caracarai

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

65.360-000

15 - Telefone:

(95) 98404-5368

16 - Tel.(DDD):

(95) 98404-5368

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 - CEP do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$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 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: 3559

CONTA:

8374

7

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolse do Seguro DPVAT, diretamente ao meu favor, 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, não haverá perícias da região onde estou, impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de tramitação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), com base em:

- 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.

Em caso de não cumprimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica, ficarei à disposição para apresentar o laudo do IML, concordando, desde já, em me sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por mim, autorizando, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que este autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica e ao conteúdo da mesma.

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 e o tipo de parentesco:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Faletidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas)?:

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima teve pais/avós vivos?:

Sim

Estou ciente de que a Seguradora não é obrigada a efetuar a indenização do Seguro DPVAT por quantoultimo beneficiário que é o declarante, não se enquadra na hipótese de obrigatoriedade desse seguro. O valor devido ao declarante não gera responsabilidade criminal por infração do 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)

40 - Local e Data:

Boca Vista - RR, 20/10/2020

Jonas Pereira da Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6615/2020 - Registrado em: 14/07/2020 às 12h 58min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 15h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAI

UF: RR

Logradouro: VICINAL

Nº: S/N

CEP: 69360-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO(30), nascido(a) em 15/05/1990, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de PESCADOR, CPF Nº 000.939.642-00, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de JULIA PEREIRA DA SILVA e GENEZIO BATISTA CONCEIÇÃO, endereço: JULIO C ABREU, cep: 69360-000, Nº: 1080, bairro: CENTRO, CARACARAI-RR, complemento: NOSSA SRA LIVRAMENTO, Telefone: (95) 99143-7590.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2011/2012, CHASSI: 9C2KDO550CR536954, PLACA: NAU-1109, DE PROPRIEDADE DE ALEXANDRE RICARDO PEREIRA DA SILVA, CPF: 564.852.982-15 NO ENDEREÇO ACIMA INFORMADO QUANDO UMA MOTOCICLETA INVADIU A CONTRA-MÃO DA VIA COLIDINDO LATERALMENTE COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O EQUILIBRIO E VIESSE A CAIR. QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL IRMÃ AQUILINA E EM SEGUIDA PARA O HGR. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Jonas Pereira da Conceição
JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - Número de Sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

000.939.642-00

4 - Nome completo da vítima:

Jonas Pereira da Conceição

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

5 - Nome completo:

Jonas Pereira da Conceição

6 - CPF

000.939.642-00

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua: Júlio C. Abreu

9 - Número:

1080

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Nossa Senhora do Rosário

12 - Cidade:

Caracarai

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

65.360-000

15 - Telefone:

(95) 98404-5368

16 - Tel.(DDD):

(95) 98404-5368

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 - CEP do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$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 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: 3559

CONTA:

8374

7

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolse do Seguro DPVAT, diretamente ao meu favor, 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, não haverá perícias da região onde estou, impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de tramitação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), com base em:

- 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.

Em caso de não cumprimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica, ficarei à disposição para apresentar o laudo do IML, concordando, desde já, em me sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por mim, autorizando, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que este autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica e ao conteúdo da mesma.

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 e o tipo de parentesco:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Faletidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas)?:

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima teve pais/avós vivos?:

Sim

Estou ciente de que a Seguradora não é obrigada a efetuar a indenização do Seguro DPVAT por quantoultimo beneficiário que é o declarante, não se enquadra na hipótese de obrigatoriedade desse seguro. O valor devido ao declarante não gera responsabilidade criminal por infração do 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)

40 - Local e Data:

Boca Vista - RR, 20/10/2020

Jonas Pereira da Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03559

CONTA: 00000008374-7

Nr. da Autenticação F73EE3968F1FAA04



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.311.470/0001-44 - Insc. Estadual: 24.007.022-3
Setor Físico: Comitê de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Tarifário de Imprensa autorizado pela SEFAZ 388/12

Roraima Energia
informe este NÚMERO

0506426-0

Nº da Nota Fiscal 5456049

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONTABILIZADA

VENCIMENTO
11/07/2020

CONSUMO (KWH)

TOTAL A PAGAR (R\$)

75 70,30

FRANCISCO SAMPAIO DE OLIVEIRA
R. JULIO C ABREU 1080 - NOSSA SRA LIVRAMENTO
CEP: 69.360-000 - CARACARAÍ

CPF: 00022563520215

REGISTRO DA LEITURA (KWH)
Ano: 2133 Atual: 25/06/2020
Anterior: 2858 Próxima leitura: 24/07/2020
Dias de consumo: 31 Emissão: 23/06/2020
Constante de Multiplicação: 1.000 Apresentação: 25/06/2020
Consumo medido: 75 Consumo Faturado: 75

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOF
Número Medidor: 100007373
Forma de Faturamento: NORMAL
Modaldade: CONVENC

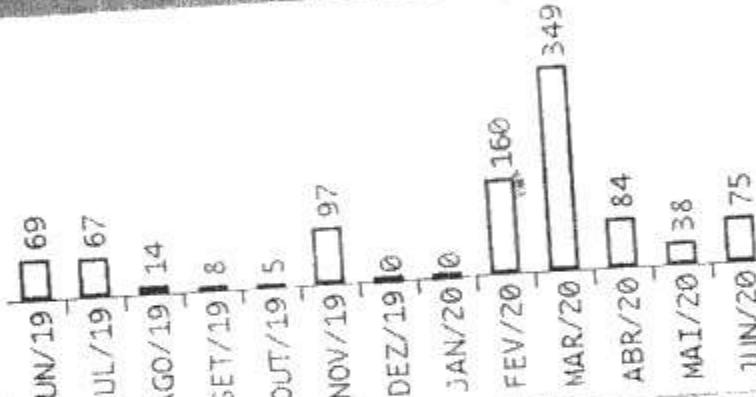
DESCRICAÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	75 A R\$ 0,625282 = 46,89
CONTR. I MINACAO PUB. (COSIP)	12,28
CORRECAO METARIA DA 02/20-00	0,12
CORRECAO METARIA IG 02/20-00	1,84
MULTA POR ATRASO DE I 02/20-00	2,77
JUROS DE MORA POR ATR 02/20-00	0,73
MULTA POR ATRASO 02/20-00	2,58
JUROS DE MORA DE IMPO 02/20-00	3,09

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 75 - 0,617770

Média 12 meses: 74

HISTÓRICO DE MEDICAO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensões do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2020, em função das contas reacondesadas neste faturamento. O não pagamento pode levar também à inclusão do nome do consumidor na SIEPE, informando assim existir débitos vencidos até a reacondesada no valor de R\$ 300,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
05/2020 33,92

LIGUE DE 20070191205 FAX 20070191205 VENCIMENTO 11/07/2020

RESERVADO AO FISCO 058F.36F9.C61C.F9EE.0080.C3D9.DE0E.99D6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	31,00	Encargos:	1,75
Distribuição:	13,59	Tributos:	0,55
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	ALIQUOTA	VALOR
	PIS:	0,20%	0,09
	COFINS:	0,99%	0,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Último	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto								

Período de apuração: 04/2020 EUSD: 0,00

ROT: 214.040.14.08.218000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.311.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0506426-0

TOTAL A PAGAR - R\$

70,30

MÊS FATURADO

06/2020

VENCIMENTO

11/07/2020

Nº da Nota Fiscal: 5456049

FCAM*

83650000000 2 70300075000 9 00000000506 6 42600620008 0



SEQ.: 0263

LEITURA:

2133

UC: 0506426-0

NORMAL

DT. VENC.:

DT. LEIT.: 25/06/2020 T. ENTR.: 03

TOTAL: 70,30 CARGA: 002

IRREG.: 000 COLETOR: 4521



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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

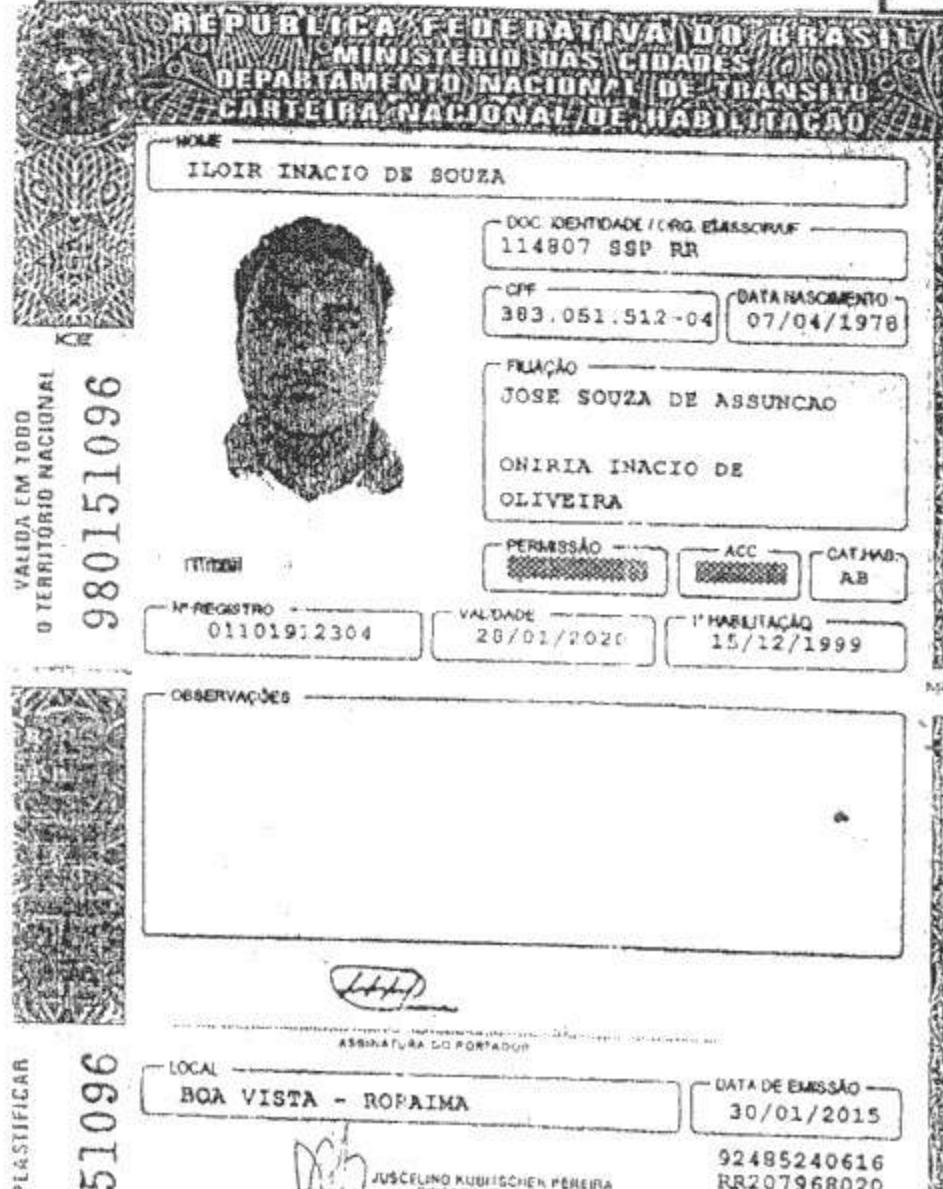


AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



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 N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Jonas Petrin de Conceição

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

Jonas Petrin de Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invadido da Vítima Jonas Petrin de Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

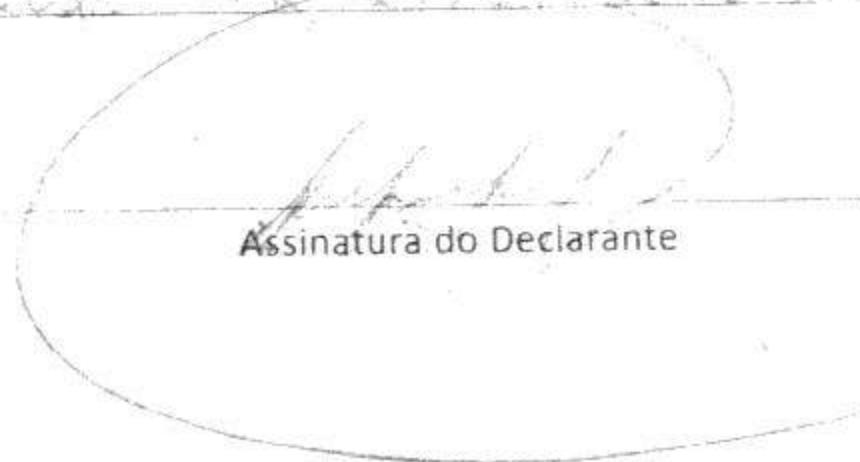
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Antônio V. Galvão</u>			Número:	Complemento:
Bairro:	<u>Curral</u>	Cidade:	<u>Bacabal</u>		
Estado:				CEP:	
E-mail:	<u>INCERRETO ACTIDRIL.COM.BR</u>			Tel.(DDD):	

Local e Data: Curral, 05/07/2014


Assinatura do Declarante

Nome: JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

Cód. Pac.: 56450

Data: 19/05/2020 Idade: 30A Procedência: HGR

Médico Solicitante: DON SILVA MARTINS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação

- Fratura.

Relatório

- Estudo realizado em aparelho gessado.
- Sinais de fratura com fragmentos ósseos associado, junto ao aspecto posterior da cortical posterior da tróclea umeral (fragmentos intra-articulares junto ao recesso posterior da articulação, medindo até 0,7 cm).
- Fratura do processo coronóide da ulna, notando-se fragmentos intra-articulares destacados (cerca de três maiores fragmentos), medindo até 1,2 cm no recesso articular anterior.
- Fratura do colo do rádio de aspecto completo, com discreto desalinho associado.
- Sinais de densificação difusa do subcutâneo dos planos gordurosos.

Clin

Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3

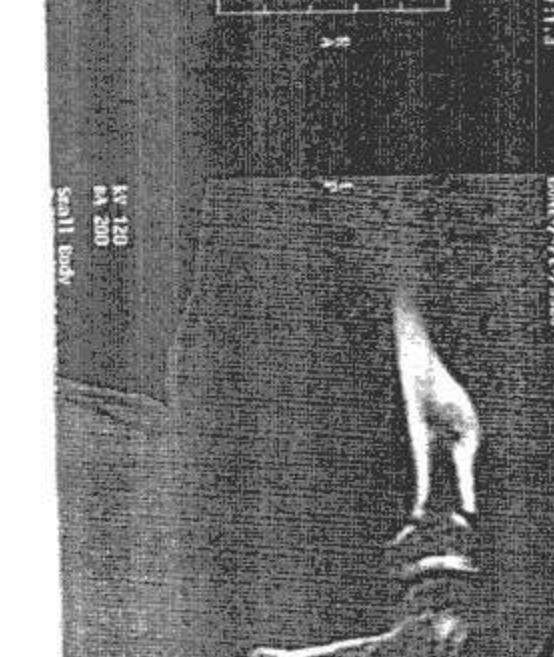
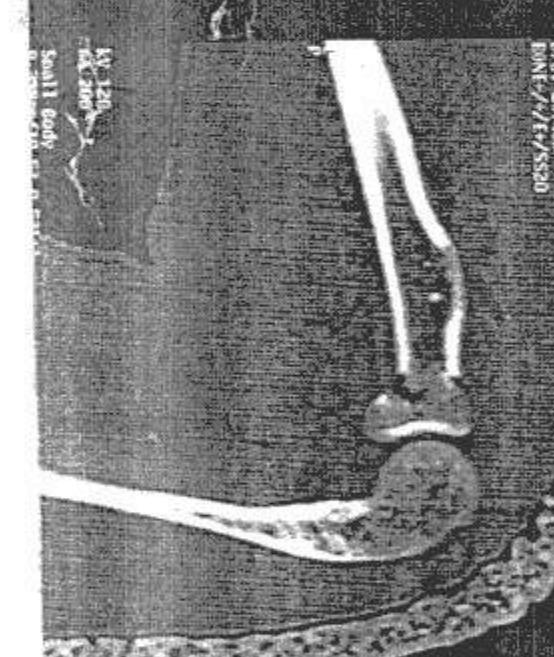
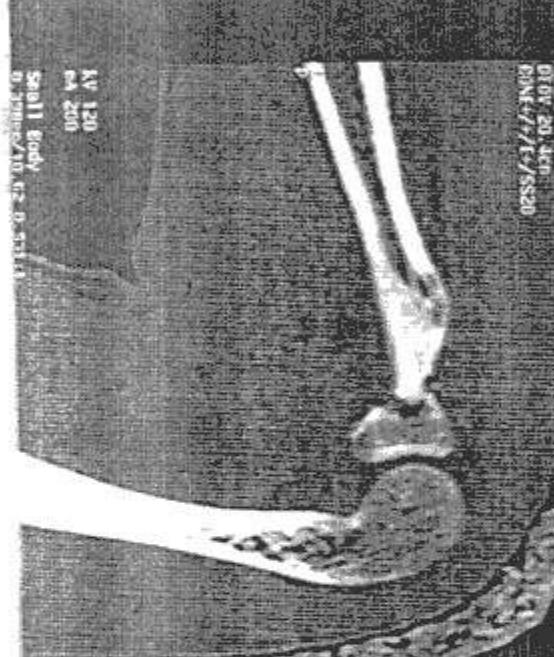
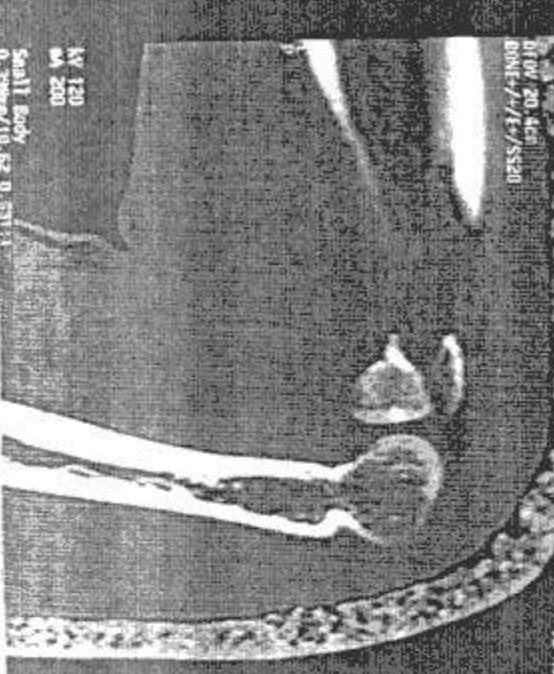
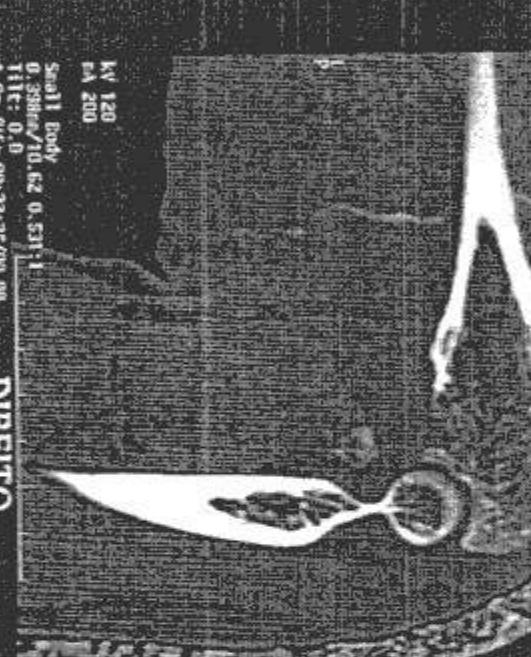
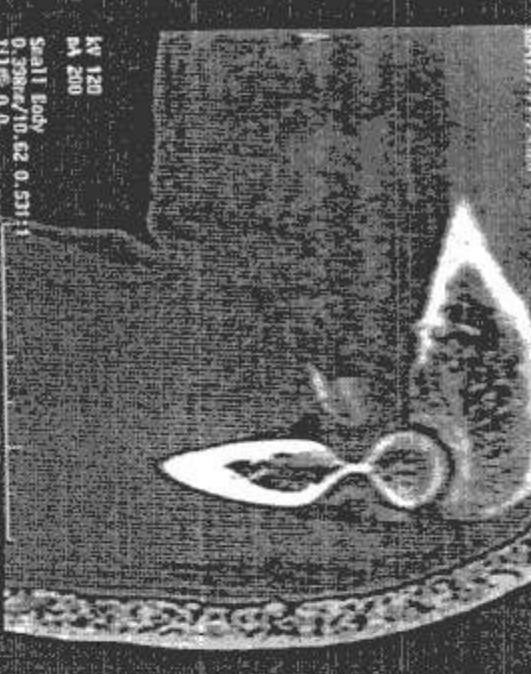
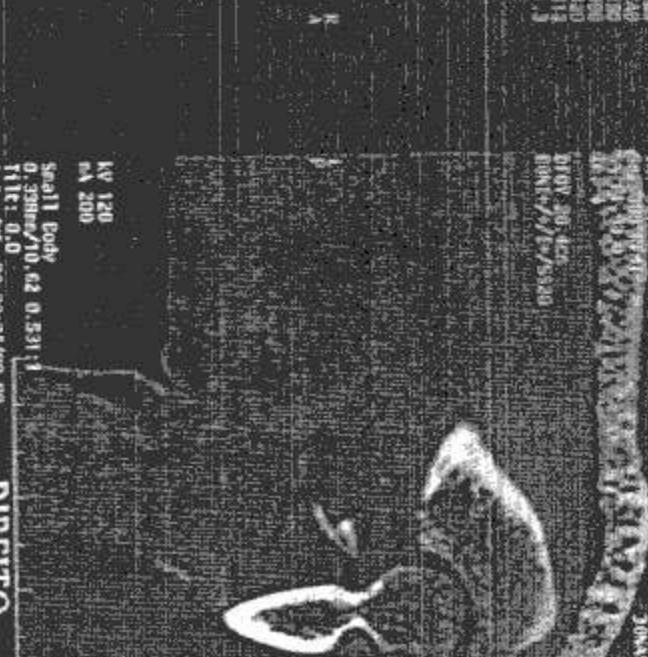
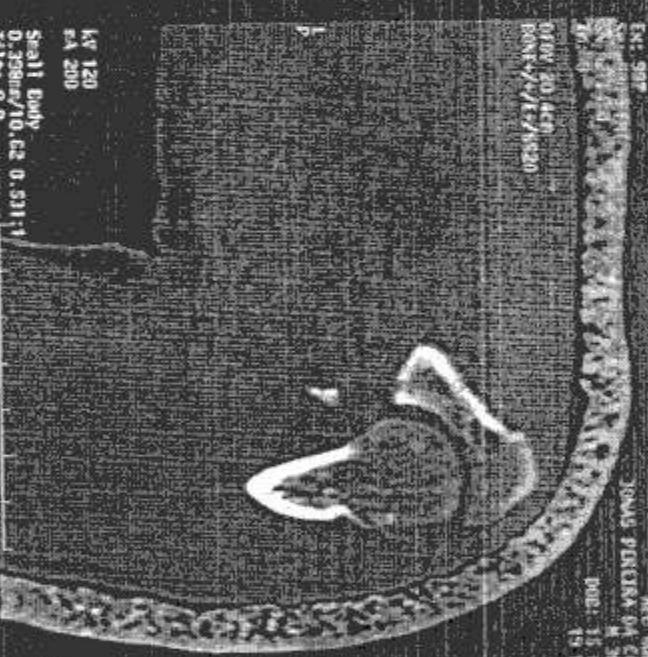
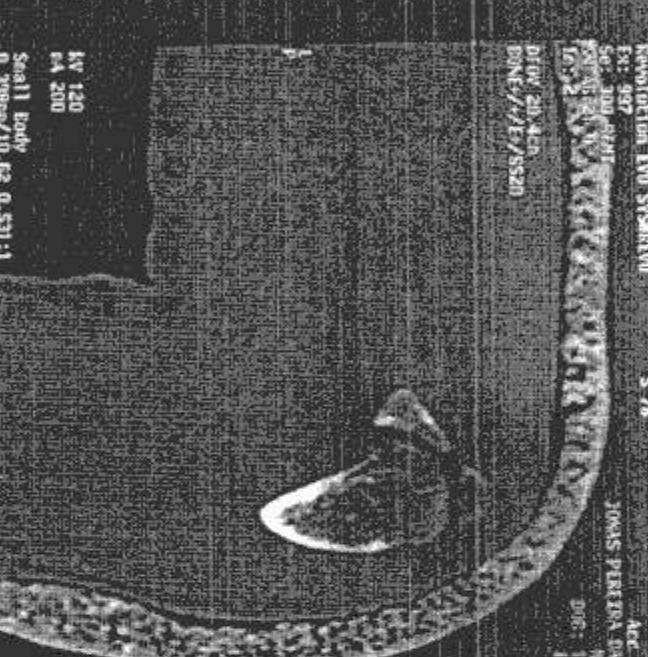
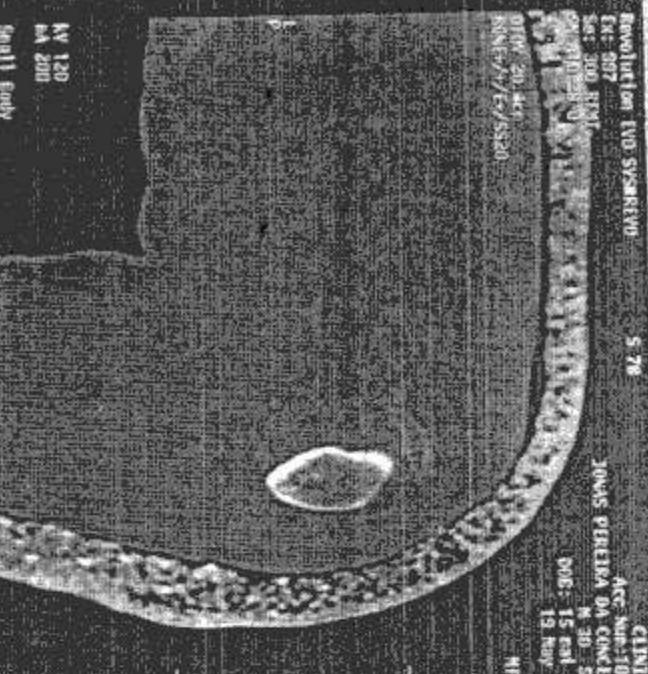
Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3

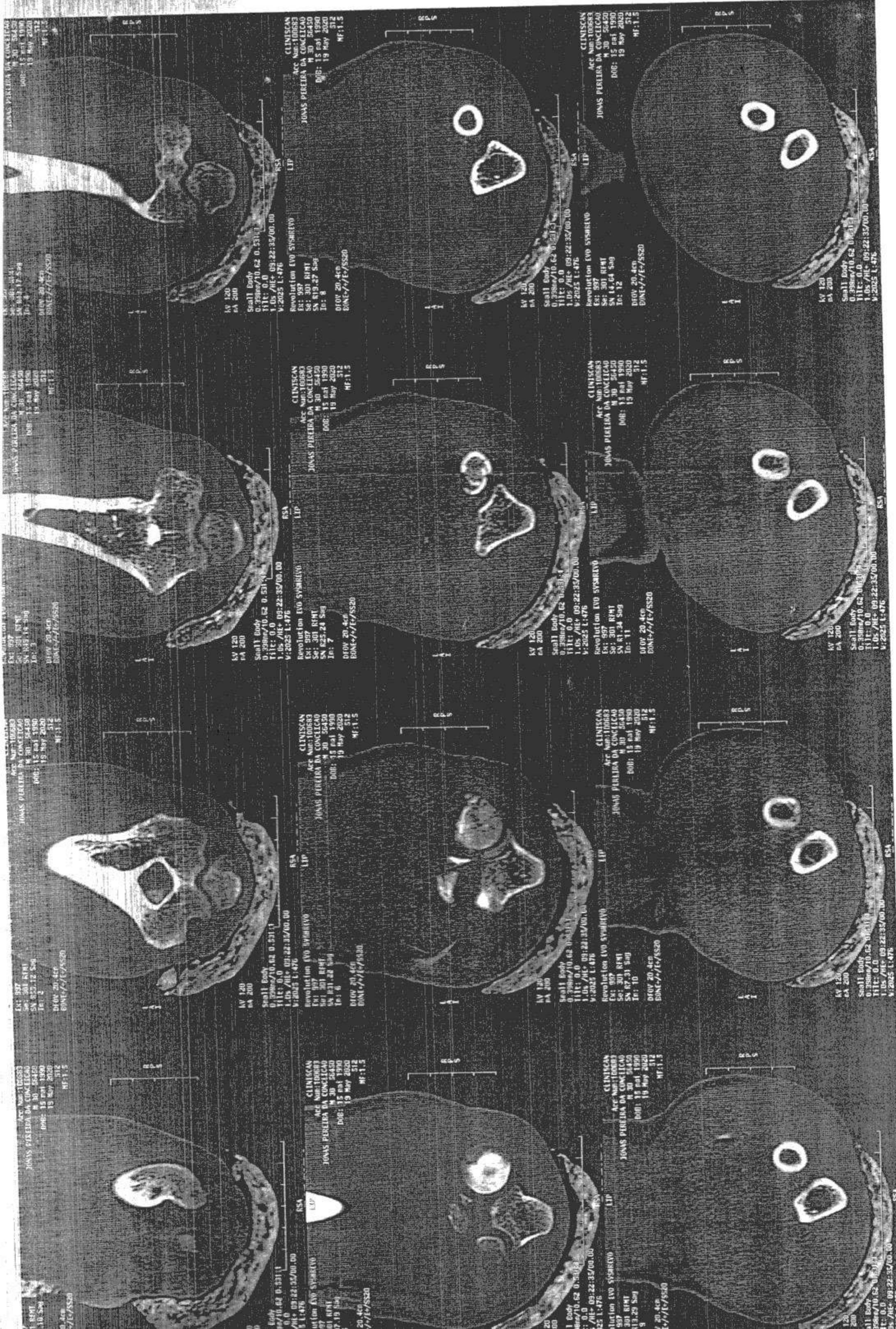
Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3

Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3

Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3

Revolution EVO SYMREVO S 78 CLINISCAN
CLINISCAN
ACR. NUN. 1006633
Ex: 997 Se: 300 RIML
Set: 300 RIML
DOB: 15 Mai 1990
006: 13 May 2020
DIOX: 20.4cm
BONE: //E//SS20
H: 1.3





CLINISCAN
 CNEC NIF: 1006683
 JONAS PEREIRA DA FONSECA
 N.º 30 SE450
 006: 15 mai 1990
 006: 19 May 2040
 MF: 1.5
 LIP
 Revolutum FVO SSMSRBLD
 FK: 397
 Se: 391 R141
 SN: R19.27.5aq
 Iu: 8
 DIOU: 20.4cm
 EONEF: ✓/E-SS520
 1A 200
 Seal body
 0.3980e¹⁰, 62, 0.51110
 111: 0, 0
 1.05 / 8t+ 09:22:35/00.00
 V:2025 1:476

Scale Bar: mm 200
 Spec11 Body
 0.350e+0/10.62 0.3313
 111r: 0.0 09:22:35/00.00
 1.0e- /Hl+
 v2225 1:476

JOSAS PEREIRA DA CONCEICAO
N 30 55450
000: 15 Mai 1999
13 May 2020
M: 1.5

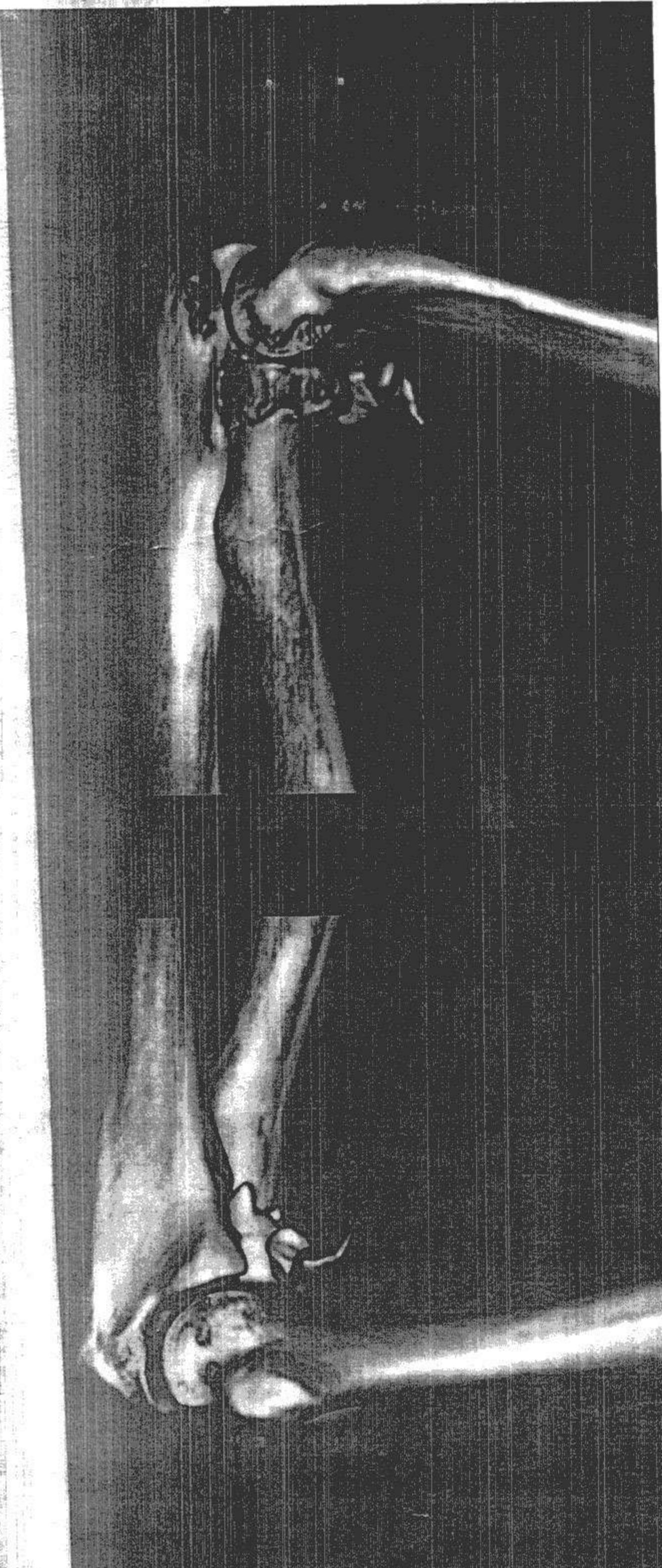
Resolution FWD:SYSPRIV
 ES: 967
 Se:
 S 0124 569
 Tel: 1
 05 04 20.460
 DNEF+/-15/SS20

14

225.4

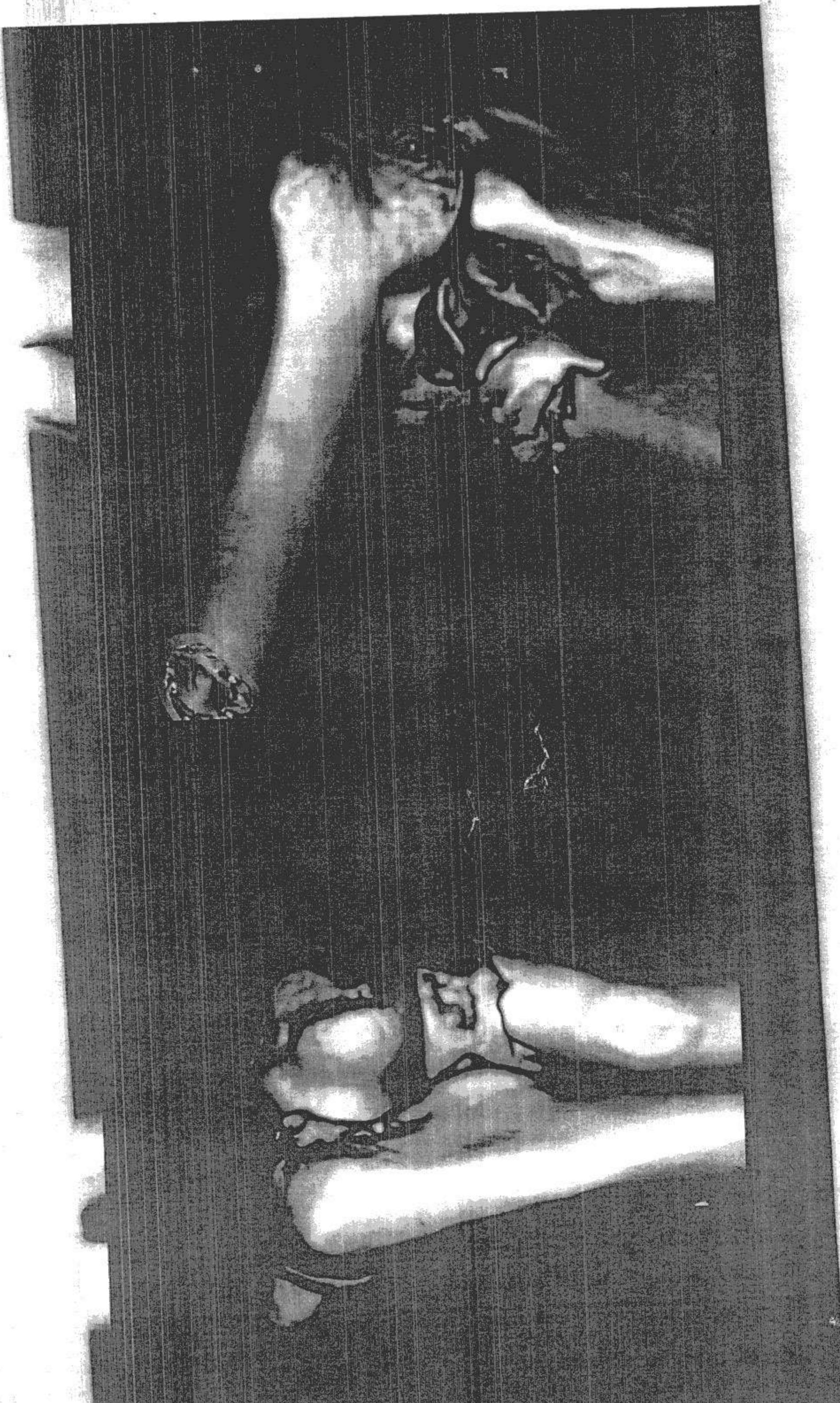
KV: 120
PA: 200
Small Body
0.398mm/10.62 mm (1)
HIE: 0.0
1.0S / RE+ 09:22:32/09.00
V: 2025 L: 476

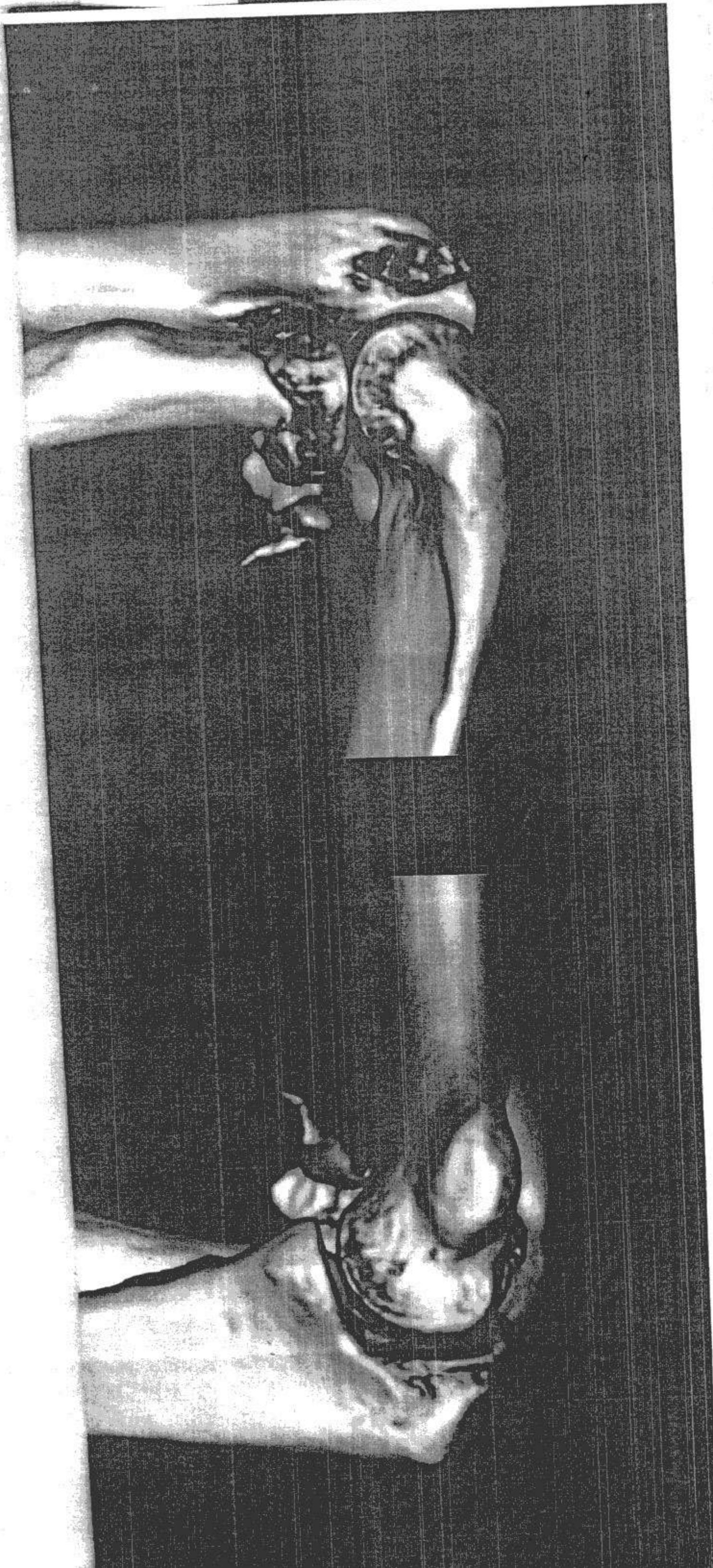
KV-120
EA 200
ScalL Body 0.7996/10.62 0.5410/10.00
Flt: 0.0
1.05 / HCE 09-22-135/08-00
V-2025 U-476



cliniscan

www.cliniscan.com

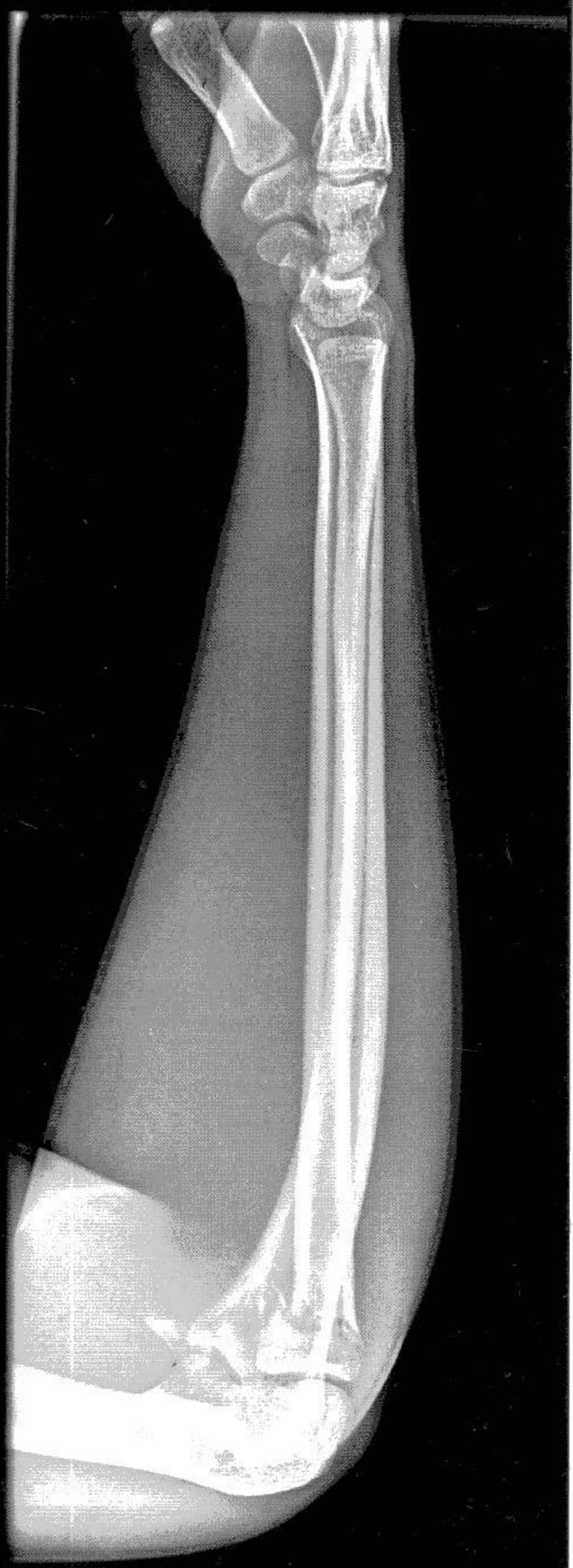




O conteúdo das imagens de referência só é a base onde a análise diagnóstica ocorre em equipamento médico adequado



D





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.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001242452	15/05/2020 21:38:27	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	9
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JONAS PEREIRA DA CONCEICAO			15/05/1990	30 A 0 M 0 D	702809107274665		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				M		PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe				Pai	Contato		
JULIA PEREIRA DA SILVA				NI	(95) 99171-1988		
Endereço	RUA - JULIO CRISPIM DE ABREU, NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO - 1080 -- CARACARAI - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	AMBULANCIA (HOSPITAL)			ADAO			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		
Exame Físico	<i>Paciente no motorizado de duas rodas</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>notas de colapso</i>						
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				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>Paciente só convalescer</i>							
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Transferência para:	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia						
Óbito	<input type="checkbox"/> Elias Carvalho Sousa Clínica: CRM-G-1103 CRM-R-1103						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			



15/05/20 ortopédia (Dr. Kraeert.)

Paciente com fratura de
radio proximal

cl. Ho cluf co-

intervenção I/1 programada

Wuuf co

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

Obs: Exames de pré-operatório
forá solicitados no momento
da Intervenção.

HCC

ANEXO I

Altão 21.05.2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Silvia Perinera da Cunha*6 - Nº DO PRONTUÁRIO
179758

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*402809107274665*8 - DATA DE NASCIMENTO
*15/05/1950*9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

*Silvia Perinera da Silva*11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD *(45) 9917110488*
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Silvio Crispim s/nº S/N - São Bernardo

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Bernardo

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP
12200
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Pretende vitima de queda de moto
apresentando fratura de
radio proximal D*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO dnvco

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

*Anamnese + Rx + Tx - Hbce**Rx radio proximal D*

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

 CNS CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dra. Silvia Perinera da Cunha

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

*15/05/20*32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 2020

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 EMISOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

 CNS CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*03080/0019**5717068*



RCC

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

44

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/05/1990

9 - SEXO

Masc. 1Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

JULIO CRISPIM DE ABREU, NOSSA SENHORE DO LIVRAMENTO, 1080

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARACARAI

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES, SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS. AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

() CNS () CPF

X 4 4 6 2 9 F 1 1 9 3 2 1 5

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ITAMAR DE BRITO TRAJANO FILHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16 / 05 / 2020

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

Clinica Medicina e Endocrinologia e Metabologia-RCE
CRM-RJ 1271

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

sábado, 16 de maio de 2020

ADMISSÃO – CLÍNICA MÉDICA

Paciente: JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO
Data de Nascimento: 15/05/1990
CNS: 702809107274665

Data da Internação Hospitalar: 15/05/2020
Data da Internação no Canarinho: 16/05/2020

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

História da Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES ,SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS.AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA. NO MOMENTO APRESENTANDO DOR LOCAL LEVE.

Ao exame: BEG, vigin, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação..

CD: Suporte clínico mantido + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Dr. Itamai Trigo Tito
Clínica médica CRM-RQE 539
Endocrinologia e Metabologia CRM-PR 1227

PRESCRIÇÃO MÉDICA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

21/4

ITOR:	ENF:	LEITO: 44	DN:15/05/1990	DICanarinho:16/05/2020
ÓME DO PACIENTE: JONAS DA CONCEIÇÃO				
D: FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		
16/05/2020	1. DIETA ORAL LIVRE 2. AVP 3. SF0,9% 500ML EV ACM 4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia 5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS 6. TENOXICAN 20MG EV 12/12H SN 7. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN 8. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN 9. CAPTOPRIL 25MG 1CP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg 10. SSVV + CCGG 11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado 12. CURATIVO DIÁRIO	SND MANTER ACM 06° 12 18 24 06° 12 24h SN SN SN ROTINA ATENÇÃO CURATIVO		

Dr. Itamar Vieira - QDE - 06/05/2020
 Dr. Cláudio Nogueira - 17/05/2020
 Enfermeiro: CMC

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI	301 - 350: 06 UI	
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI		
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista		
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			
REGISTRO DE ENFERMAGEM			
SINAIS VITAIS			
Horário	06h	11h	17h
PA	110/70	125/78	110/70
FC	73	80	69
Tax	36°C	36,5	36,2
FR			
Evacuação			
Diurese	Pente		
Dextro			
Insulina Regular			
SNG			
Dreno			

Obs: Fiz um protocolo na formatura



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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

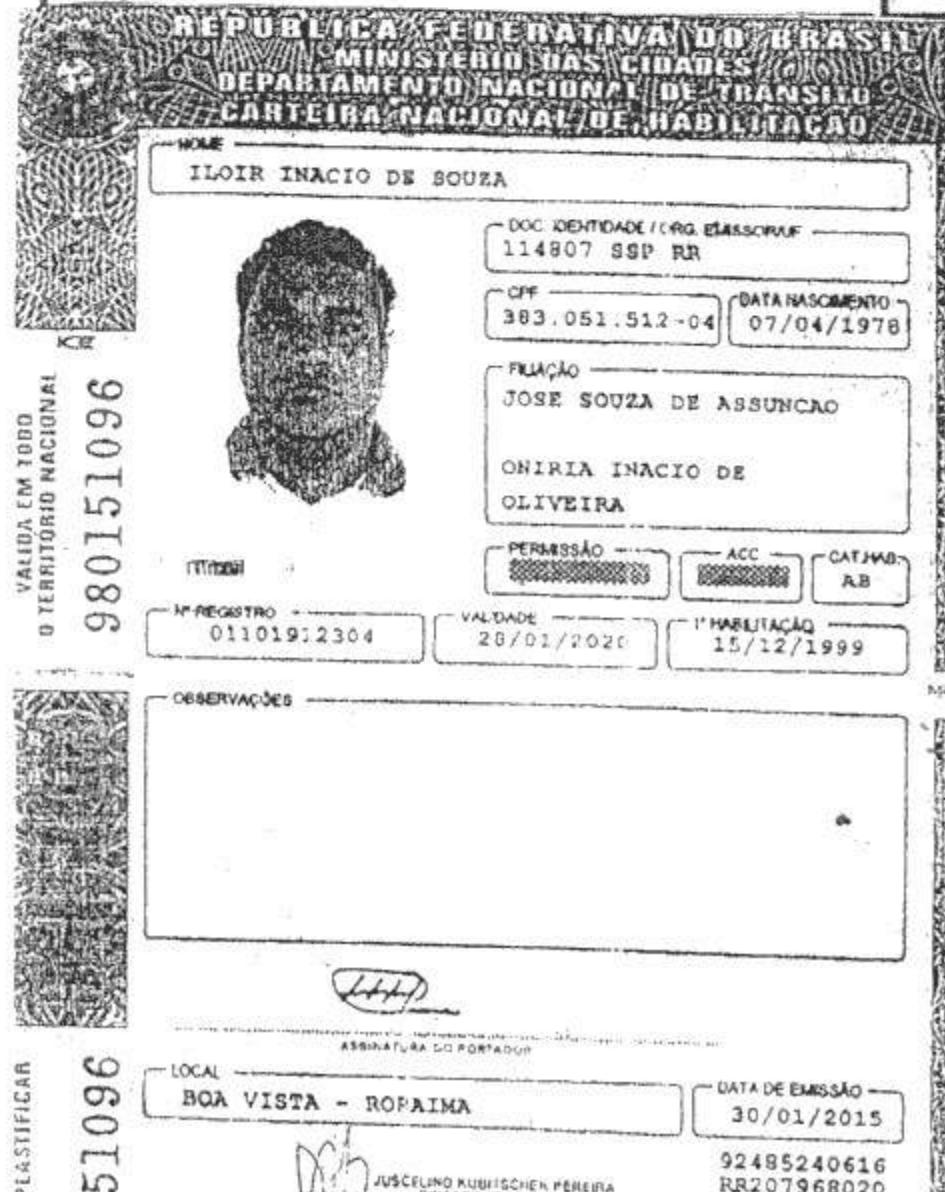


AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71





JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO.....: GENEZIO BATISTA CONCEIÇÃO

JULIA PEREIRA DA SILVA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO...: 15/05/1990

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CARACARAÍ - RR

DOCUMENTO...: C. I. 260815 13/07/2002 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 000.939.642-00

CNH: 003791402682

SEÇÃO: 0123

ZONA: 002

TIT. ELEITOR: 003791402682

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTER/RR - 09/12/2009

[Handwritten signature]

201.96454.96-9

3493821

003-0

RR

Jonas Pereira da Conceição



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302831 **Cidade:** Caracaraí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARDIO E URNA PROXIMAS À DIREITA. P 1, 11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P 12 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jonas Pereira da Conceição

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Pescador

IDENTIDADE: 260815

ENDEREÇO: Rua: Julio C. Abreu - 1080 - Nossa Senra Louramento
OUTORGADO

NOME: Cleir Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 154807

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Gavaão - 1832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15/05/2020,

cobertura Invalidez, vítima: Jonas Pereira da Conceição

Bac Nta - RR, 34 de julho de 2020.

LOCAL E DATA

✓ Jonas Pereira da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237570/20

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

CPF: 000.939.642-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JONAS PEREIRA DA CONCEICAO : 000.939.642-00

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: 24/08/2020
Nome: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO
CPF: 000.939.642-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302831

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

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, contados 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

