

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RR

1747870879

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC IDENTIDADE (ORG EMISSOR)

488049 SSP RO

CPF

421.026.772-49

DATA NASCIMENTO

15/01/1972

PRACAO

JUNELSON FRACALOSSI

MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSAO

AUC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

02798991920

VALIDADE

04/12/2023

1ª HABILITACAO

17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO

06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO BENEIRA MARQUES

DIRETOR PRESIDENTE

CAT. HAB. RR

ASSINATURA DO EMISSOR

48826851446

RR209948547

RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
 122644 SSP RJ

CPF
 311.623.632-15

DATA NASCIMENTO
 10/12/1966

PLACAO
 NOME EM BRANCO
 MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC
 CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 04889791399

VALIDADE
 24/09/2019

1ª HABILITACAO
 01/03/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Antonio Braga de Oliveira

LOCAL
 BOA VISTA - ROBAIMA

DATA DE EMISSAO
 11/12/2014

49562491378
 RR207725659

Assinatura do Emissor: Antonio Braga de Oliveira
 Diretor - Provisoria
 DETRAN RJ

909981959

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL

PARTIDOS PLASTIFICAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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 |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Antonio Braga de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO:
CPF: 311.623.632-15
BAIRRO: Caracas
CEP: 68.313-618
ESTADO CIVIL: casado
RG: 12.26.64
ENDEREÇO: Av. Lapa Curba
CIDADE: Boa Vista

VÍTIMA:

DATA DO SINISTRO: 27/10/2019

CPF:

NATUREZA:

OUTORGADA :

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 488049
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 121.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Acidente, 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.



Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTADOR
AV. VILLE ROY Nº 504 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3034-6097 - XTENDIMENTOCARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(ANTÔNIO) - ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LG Em testemunho da verdade Boa Vista, 28/11/2019
Emol: 7,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Vlr: 8,91
Selo: REC FIR 15834523 VDPNTSV616WY72 Nº Ticket: 00438
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 31162363215

Dr. Joziel Loureiro
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Contador 8 - Endereço: Av. Jabi Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Carandá 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95199118-4505

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:

☒ RECURSO 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: Itaú

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 114480

(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 (a 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

Assinatura do titular do seguro ou do 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, 30/07/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Número do Sinistro: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/07/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000011448-0

Autenticação:

2D033B04A9907FD32C9D529B3495BE7637B68365FAE0249FCDC6F2C9F2AC8169

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200226582 Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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

| | |
|-----------------------------------|--|
| 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. |
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência. |

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000011448-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0653 CONTA: 33921

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Civ: Sala Ampla 9 - Número: 550 10 - Complemento: Carre
11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 99118.4505

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 33009 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 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 (vairnascido)? ☐ 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, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. P. Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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: 5242997

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV SABA CUNHA, 550 ,

CARANA

69313618 BOA VISTA

RR

| | | |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
| 313025 | 05/2020 | 23-APR-20 a 21-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 292 | 15-JUN-20 | R\$ 255,76 |

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 |
| 313025 | 05/2020 | R\$ 255,76 |

836600000027.557600750003.000000000315.302505200055





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/10/2019 21:05 Data/Hora Fim: 27/10/2019 21:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 0690012 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Av. Ataíde Teive c/ Av. Imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CHARLES DIAS DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 41 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Sem Informação

Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE FRAXE

Bairro: Caimbé

Nº: 1051

Nome Civil: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 10/12/1966

Idade: 53 anos

Naturalidade: MA - Vitória do

Profissão: Vigilante

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Manoela Braga de Oliveira

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.623.632-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Bairro: Caranã

Nº: 550

Nome Civil: CARLOS RIAN LIMA BRAGA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Profissão: Estudante





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 122664

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Bairro: Caranã

Nº: 550

Nome Civil: JENESSIS FIGUERA JOSÉ GONZALEZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 311.623.632-15

Renavam 01107511132

Número do Chassi 9C2KD0810HR410839

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/01/2017

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAO5391

Número do Motor KD08E1H410845

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Antonio Braga de Oliveira

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Outros Meios de Transporte

Fabricação Nacional

Subgrupo Bicicleta

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Jenesis Figuera José Gonzalez

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 0690012 SÉRIE J, relatando uma ocorrência de acidente de trânsito, conforme relato a seguir:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01 (Antônio), que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 (Carlos) na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 (Jenesis) que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 (Antônio) e 03 (Jenesis) apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 (Antônio) ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65, Cinturão verde. A bicicleta do item 03 (Jenesis) ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis. Era o que tinha a relatar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia

Agente de Polícia
Matrícula 42000183

Responsável pelo Atendimento

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA. 07/01/2020
ASSINATURA

"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."

| | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| Vtr 137 | SUCp 1ºBPM | Data 27/10/2019 | S/Setor LESTE | H/Transm | H/ini 19:23 | CH/H 19:29 | H/Fir 21:10 |
| Cód. Oc. 1001/1003 | Cód. Prov. 13023/13999 | Cód. Ser. Prest. | Km/ini 139.570 | Km/Fin 139.576 | | | |

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL Avenida Ataíde Teive c/ Avenida Imigrantes. Bairro: Asa Branca

Refe.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

| | | | |
|--|---|----------------------|---------------------------|
| 1 Envolvido | Nome: <u>Antônio Braga de Oliveira.</u> | Idade: <u>53</u> | E. Civil: <u>Casado</u> |
| Endereço: <u>Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.</u> | | | |
| Edt. R.G | <u>122.664-RR</u> | CNH | <u>04889791299</u> |
| CPF | | Profissão: | <u>Porteiro</u> |
| 2 Envolvido | Nome: <u>Carlos Rian Lima Braga.</u> | Idade: <u>18</u> | E. Civil: <u>Solteiro</u> |
| Endereço: <u>Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.</u> | | | |
| Edt. R.G | <u>442368-2-RR</u> | CNH | |
| CPF | | Profissão: | <u>Estudante</u> |
| 3 Envolvido | Nome: <u>Jenesis Figuera José Gonzales.</u> | Idade: <u>31</u> | E. Civil: <u>Casada</u> |
| Endereço: <u>Avenida Princesa Isabel – Santa Tereza. (Não soube informar o numero da residência)</u> | | | |
| Edt. R.G | | CNH | |
| CPF | | Profissão: | <u>Autônoma.</u> |
| | TEL | <u>95 98409-0697</u> | |

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA [Assinatura] CARGO Polícia LOCAL 2º DP

HISTORICO

Senhor (a) Delegado (a) do 2º Dp:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01, que conduzia a motocicleta Honda Brós, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 e 03 apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 – Cinturão verde. A bicicleta do item 03 ficou aos cuidados da senhora Jennifer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis.

Era o que tinha a relatar.

CHARLES DIAS DOS SANTOS

41.150-7

CADASTRO

AL SGT PM

Posto/Graduação

1º BPM/CPC

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0653 CONTA: 33921

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Av. Jaba Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 99118-4505

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: 3027 CONTA: 33009

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. P. Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 000.000.000-00



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0031302-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gue Barret, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.343.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003093169
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2019 | 15/11/2019 | 335 | 252,15 |

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 00031162363215

RUA SARA CURIA 550 CURIA

END: 69.312-518 - BOA VISTA

| DADOS DA LEITURA (KWH) | DATAS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Atual: 335 | Atual: 23/10/2019 | Grupo/Subgrupo: B |
| Anterior: 0 | Anterior: 20/09/2019 | Classe/Subclasse: RESID. BAIXA RENDA |
| Dias de consumo: 33 | Próxima leitura: 23/11/2019 | Ligação: RL |
| Constante de Multiplicação: 1,000 | Emissão: 22/10/2019 | Número Medidor: TUB1738035 |
| Consumo medido: 335 | Apresentação: 23/10/2019 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo Faturado: 335 | K: 7,001.15,05,44(1,00) | Modalidade: COMERCIONAL |

| DESCRIÇÃO DA CONTA | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------|--|
| CONSUMO | 30 A R\$ 0,262144 = | 7,86 | |
| | 70 A R\$ 0,449385 = | 31,45 | |
| | 120 A R\$ 0,674084 = | 80,89 | |
| | 115 A R\$ 0,748975 = | 86,13 | |
| SUBVENÇÃO BAIXA RENDA | - | 49,81 | |
| RELIÇÃO | | 10,82 | |
| CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00 | | 0,05 | |
| CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00 | | 0,48 | |
| MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00 | | 1,53 | |
| JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00 | | 0,42 | |
| MULTA POR ATRASO 07/19-00 | | 0,95 | |
| JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 | | 0,20 | |
| ILUMINACAO PUBLICA | | 25,28 | |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | HISTÓRICO DE MEDIÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|---------------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 30 - 0,217588 31 A 100 - 0,372998 101 A 220 - 0,559498 221 A 335 - 0,621658 | <table><thead><tr><th>Mês/Ano</th><th>Consumo (KWh)</th></tr></thead><tbody><tr><td>OUT-18</td><td>748</td></tr><tr><td>NOV-18</td><td>718</td></tr><tr><td>DEZ-18</td><td>209</td></tr><tr><td>JAN-19</td><td>212</td></tr><tr><td>FEB-19</td><td>248</td></tr><tr><td>MAR-19</td><td>285</td></tr><tr><td>ABR-19</td><td>299</td></tr><tr><td>MAY-19</td><td>279</td></tr><tr><td>JUN-19</td><td>255</td></tr><tr><td>JUL-19</td><td>329</td></tr><tr><td>AUG-19</td><td>242</td></tr><tr><td>SET-19</td><td>510</td></tr><tr><td>OCT-19</td><td>335</td></tr></tbody></table> | Mês/Ano | Consumo (KWh) | OUT-18 | 748 | NOV-18 | 718 | DEZ-18 | 209 | JAN-19 | 212 | FEB-19 | 248 | MAR-19 | 285 | ABR-19 | 299 | MAY-19 | 279 | JUN-19 | 255 | JUL-19 | 329 | AUG-19 | 242 | SET-19 | 510 | OCT-19 | 335 |
| Mês/Ano | Consumo (KWh) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUT-18 | 748 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOV-18 | 718 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEZ-18 | 209 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JAN-19 | 212 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEB-19 | 248 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR-19 | 285 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABR-19 | 299 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAY-19 | 279 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUN-19 | 255 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUL-19 | 329 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUG-19 | 242 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SET-19 | 510 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCT-19 | 335 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Média 12 meses: 379 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 387,86

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019, em função das contas reavisdas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisdada(s) no valor de R\$ 163,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

TANIA HELENA FRACALOSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

Vencimento
21/09/2019

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Dânia Helena Lucena de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772, 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Braga de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632/15

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Antônio Braga de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: | Número: | Complemento: |
| <u>R: Antônio Augusto Martins</u> | <u>347</u> | <u>Caras</u> |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| <u>João Francisco</u> | <u>Boa Vista</u> | <u>RR</u> |
| E-mail: | CEP: | Tel.(DDD): |
| | <u>69 305-270</u> | <u>(95) 99139-8405</u> |

Local e Data: Boa Vista, 10/09/2020

Dânia H. L. de Melo

Assinatura do Declarante

Cx 29

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE , 99999-999 , BOA VISTA , RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

Fatura Hospitalar - 00032539

| | | | |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------|
| Nome do Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA | | Data de Nascimento 10/12/1966 | Sexo Masculino |
| Endereço SABA CUNHA | | Número 550 | |
| Complemento CASA | | Bairro CARANÁ | |
| CEP 69313-618 | Município BOA VISTA | | UF RR |
| Telefone 9591184505 | CPF 31162363215 | Identidade 122664 | Orgão Emissor SSP |
| Responsável | | UF RR | |
| | | Prontuário 00008126 | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|--|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Convênio UNIMED INTERCAMBIO | | Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF | | | |
| Guia 4024385 | Matricula | Senha 4154264 | Dt. Início 06/11/2019 | Dt. Fim 07/11/2019 | |
| Observação | | | | | |
| Atendimento 00015785 | CID | Leito 000041 | Dt. Entrada 06/11/2019 | Hr. Entrada 17:42 | Dt. Saída 07/11/2019 |
| | | | Hr. Saída 16:00 | | |

| |
|-------------------------------------|
| Procedimento |
| Equipe MÉDICO RESPONSÁVEL |

| Descrição | Total R\$ |
|-------------------------------------|-----------------|
| DIARIAS - BLOCO E | 450,00 |
| | 450,00 |
| GASES MEDICINAIS - CENTRO CIRURGICO | 46,08 |
| | 46,08 |
| TAXAS DIVERSAS - CENTRO CIRURGICO | 765,55 |
| | 765,55 |
| MEDICAMENTOS - BLOCO E | 113,99 |
| CENTRO CIRURGICO | 445,48 |
| | 559,47 |
| MATERIAIS - BLOCO E | 46,27 |
| CENTRO CIRURGICO | 110,22 |
| | 156,49 |
| Total da Fatura | 1.977,59 |

Ray Saraiva
Enfermeiro Auditor
COREN-RR 470126
UNIMEDFAMA

CONFERE COM ORIGINAL

TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/11/2019

HORA: 17:42

USUÁRIO: LEVY BRITO

Atendimento: 00015785

PRONTUÁRIO: 00008126

LEITO: E03

DADOS DO PACIENTE:

NOME: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

SEXO: Masculino

DOCUMENTO:

PAI:

RELIGIÃO:

CELULAR: 95991184505

TELEFONE: 9591184505

ENDEREÇO: SABA CUNHA, 550

BAIRRO: CARANÁ

CIDADE: BOA VISTA

RESPONSÁVEL:

CPF DO RESP.:

RG DO RESP.:

TEL. DO RESP.:

DATA DE NASC.: 10/12/1966 52 a 11 m 1 d

CPF: 31162363215

NACIONALIDADE:

MÃE: MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PROFISSÃO: OUTROS

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO I

MATRÍCULA: 8650001129356004

GUIA:

SENHA:

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO

CRM: 1047

ESPECIALIDADE:

TIPO DE INTERNAÇÃO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALA

OBSERVAÇÃO: N Tinha Art Disponível.

ATESTO QUE NO ATO DA INTERNAÇÃO RECEBI ORIENTAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIMED PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES. E QUE DAREI CIÊNCIA ÀS NORMATIVAS NELE CONTIDAS, ME COMPROMETENDO A LER E A CUMPRIR A TODAS AS NORMAS QUE O HOSPITAL ESTABELECE.

ACOMPANHANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE COM ORIGINAL

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS 313971 | 3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385 | 4-Data da Autorização 07-11-2019 | 5-Senha 4154264 | 6-Data Validade Senha 06-01-2020 |
| Dados do Beneficiário | | | | |
| 7-Número da Carteira 865 0001129356004 | 8-Validade da Carteira 31/10/2021 | 9-Atendimento de RN N | | |
| 10-Nome ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA | | | 11-Número Cartão Nacional de Saúde | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | |
| 12-Código na Operadora / CNPJ 1360082 | 13-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERAT | | | |
| 14-Nome do Profissional Solicitante BRUNO FIGUEIREDO | 15-Conselho Profissional CRM | 16-Número Conselho 1047 | 17-UF 14 | 18-Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | |
| 19-Código na Operadora/CNPJ 1360082 | 20-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS | | | 21-Data Sugerida 06/11/19 |
| 22-Caráter do Atendimento 2 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência | 23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica | | | |
| 24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar | 25-Qtde. Diárias 1 | 26-Previsão Uso N | 27-Previsão Uso de Quimioterapia N | |
| 28-Indicação Clínica Paciente com luxação no pelega esquerdo com muita dor necessitando internar para procedimento de emergência. | | | | |
| 29-CID 10 Principal | 30-CID 10 (2) | 31-CID 10 (3) | 32-CID 10 (4) | 33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não |
| Procedimentos Solicitados | | | | |
| 34-Tabela | 35-Cód do Procedimento | 36-Descrição | 37-Qtde | 38-Qtde. Status |
| 22 | 30722438 | Fraturas e/ou luxações de falanges | 1 | |
| 22 | 30722551 | Plastica ungueal | 1 | |
| 18 | 60000635 | DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO | 1 | |
| Dados da Autorização | | | | |
| 39-Data Provável da Admissão 06/11/2019 | 40-Qtde. Diárias Autorizadas | 41-Tipo da Acomodação Autorizada | | |
| 42-Código na Operadora/CNPJ | 43-Nome do Prestador Autorizado | | | 44-Código CNES |
| 45-Observação | | | | |
| 46-Data Solicitação 06/11/19 | 47-Assinatura Profissional Solicitante <i>Dr. Bruno F. Santos</i> | 48-Assinatura Beneficiário/Responsável <i>Antônio Braga de Oliveira</i> | 49-Assinatura Responsável Autorização | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Biometria Isentada | | |

Dr. Bruno F. Santos
Especialista em Traumatologia
CRM 10488

CONFERE COM ORIGINAL

URGÊNCIA

1 - Registro ANS 30415-8
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385
4 - Data da Autorização 07.11.2019
5 - Setor 4154264
6 - Data da Validade da Setor 06.01.2020

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 865 000 1129356 007
8 - Validade da Carteira 31.10.2021
9 - Atendimento de RN
10 - Nome Antônio Braga de Luna
11 - Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Contrato Operadora HOSPITAL UNIMED
13 - Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED
14 - Nome do Profissional Solicitante Bruno F. F. F.
15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número do Conselho Wus
17 - UF
18 - Código CBO

Dados do Hospital/ Local Solicitado/ Dados da Internação

19 - Código na Operadora/ CNPJ
20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
21 - Data Sugerida para Internação
22 - Caracter do Atendimento Urgência
23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação
25 - Qtd. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso Quimioterápico
28 - Indicação Clínica

Indicar a necessidade de internação para o paciente
e a sua urgência para a internação

Hipóteses Diagnósticas

29 - CID 10 Principal
30 - CID 10 (2)
31 - CID 10 (3)
32 - CID 10 (4)
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doenças relacionadas)

Procedimentos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtd. Solic. | 38 - Qtd. Aut. |
|-------------|-----------------------------|-----------------------|------------------|----------------|
| 01 | 30722438 | 44 Vias tele/urg p/ps | 01 | 01 |
| 02 | 30722517 | Medica Urgência | 01 | 01 |
| 03 | 60000635 | | 01 | 01 |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

URGÊNCIA

CONFERE COM ORIGINAL

Dados de Autorização

39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar 06.11.2019
40 - Qtd. Diárias Autorizadas
41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora/ CNPJ Autorizado HOSPITAL UNIMED
43 - Nome do Hospital/ Local Autorizado HOSPITAL UNIMED
44 - Código CNES
45 - Observação Justificativa
46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Responsável pela Autorização

PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIAS DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADOR |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS |

NOME DO PACIENTE (USUÁRIO): Antonio Braga de Oliveira Nº GICH: _____

CÓDIGO DO USUÁRIO: 865-0001129356004 HOSPITAL: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

JUSTIFICATIVA:

paciente em risco de lesão ulcerosa
 devido a cl em unimed
 em tratamento
 com unimed
 internado de urgência

DATA: 08 / 11 / 18

ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA: ____/____/____

ASS. DO AUDITOR

CONFERE COM ORIGINAL

ANS Nº 30415-8

**BOLETIM OPERATÓRIO**

Nome:

Antônio Ruy de Jesus

Idade:

Data: 06 / 11 / 19 S.O.: 2

Sexo: M

Diagnóstico Pré-Operatório
Indicação Terapêutica
Tipo de Internação
Medicações e Acidentes
Diagnóstico Operatório

lesão por acidente mecânico (E) +
lesão por acidente mecânico

| | | | |
|-------------|-----------|---------|--|
| Cirurgião | Dr. Bruno | | |
| 1º auxiliar | Dr. Ruy | | |
| 2º auxiliar | Yara | | |
| 3º auxiliar | | | |
| Anestesia | Dr. Ruy | | |
| Início | | Fim | |
| | | Duração | |

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

- 1) Anestesia - geral
- 2) Campos que estão
- 3) lesão mecânica (2 fraturas)
- 4) Anestesia de (uma perna) + anestesia
- 5) curativo + imobilização

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SBOT: TEOT 10488
RQE 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE - 99999-999 - BOA VISTA - RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

BOLETIM DE SALA

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA | | Prontuário 00008126 |
| Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF | | Matrícula 8650001129356004 |
| Tipo de Anestesia GERAL EV+LOCAL | | Porte de Sala GRANDE |
| Início da Anestesia 18:00 | Início Procedimento 18:05 | Término Procedimento 18:25 |

Procedimento

FRATURA DE FALANGES - TRATAMEN

Equipe

MÉDICO RESPONSÁVEL

MEDICO HOSPITAL

CRM

999

Qtd.**Medicamentos**

| | | | |
|--------|--|---------------|---|
| 000047 | AGUA PARA INJECAO 10 ML CX, 200 AMP, PLAST, | AMPOLA | 1 |
| 000167 | CLORETO SODIO 9MG/ML SOL.INJ.IV BOLS.PP SIST.FECH.5C | FRASCO | 3 |
| 000389 | DIMORF (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 E | AMPOLA | 1 |
| 000382 | DORMIRE (RESTRITO HOSP,) 5 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 AM | AMPOLA | 1 |
| 000259 | FENTANEST (RESTRITO HOSP,) 0,05 MG/ML 25 AMPS, 5 ML | FRASCO AMPOLA | 1 |
| 000269 | FLUMAZIL (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML 10 AMPS, 5 ML | AMPOLA | 2 |
| 000460 | PROPOVAN (RESTRITO HOSP,) 10 MG/ML CX, 5 FA VD, X 2C | FRASCO AMPOLA | 1 |
| 000471 | RINGER DE LACTATO - BOLSAS SISTEMA FECHADO (RESTRITC | FRASCO | 3 |
| 000514 | TRAMADON 100 MG, FR, 10 ML GTS, | FRASCO | 1 |
| 000329 | XYLESTESIN (*) (RESTRITO HOSP,) 2% S/V 10 FR, 20 ML | FRASCO AMPOLA | 1 |

Qtd.**Materiais**

| | | | |
|--------|---|------------|-----|
| 000036 | AGULHA HIPODERMICA 40GAX12MM 1000UNID. | UNIDADE | 1 |
| 000054 | ALCOOL 70% QUALITY FR 1000ML | MILILITRO | 50 |
| 000586 | ATADURA CREPE 10CMX1,2MT 13FIOS | UNIDADE | 1 |
| 001508 | CAMPO CIRURGICO 4 CAMADA ESTERIL 45X50 C/RAIO X 5UNID | UNIDADE | 5 |
| 000647 | CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM | UNIDADE | 1 |
| 000657 | CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML C-17 | MILILITRO | 100 |
| 001502 | COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 09FIOS 500UNID C22009 | UNIDADE | 20 |
| 001517 | ELETRODO P/ECG ADU.MEDITRACE 1000UNID | UNIDADE | 5 |
| 000709 | ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% A-33 | UNIDADE | 2 |
| 000711 | ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT | CENTIMETRO | 15 |
| 000847 | SERINGA DESC.03ML C/AG.25X07 RYMCO | UNIDADE | 1 |
| 000851 | SERINGA DESC.10ML AG.25X7 LS UNIJET | UNIDADE | 4 |
| 000853 | SERINGA DESC.20ML C/AG.25X07 RYMCO | UNIDADE | 1 |

Assinatura do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL

TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente Antonio Braga de Oliveiraserá submetido(a), do qual, eu Dra. Játima Leira de Oliveira grau de parentesco:esposa sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: (X) Não () Sim

Boa Vista - RR, 06 de novembro de 2019.Dra. Játima Leira de Oliveira
ASSINATURA692 256 302 -63

CPF

CONFERE COM ORIGINAL

6.5. Observations' Justification

CONFERE COM ORIGINAL

FAMA**Emissão Descritiva da Fatura**

CX 29 29

Atendimento: 00015785**Paciente:** ANTONIO BRAGA OLIVEIRA**Convênio:** UNIMED INTERCAMBIO**Plano:** UNIMED INTERCAMBIO ENF**Entrada:** 06/11/2019 17:42**Matrícula:** 8650001129356004**Dt.Início:** 06/11/2019 **Dt.Fim:** 07/11/2019

| Item Médico | Data | Qtd. | Unitário | Tx.Serviço | Total |
|-------------|------|------|----------|------------|-------|
|-------------|------|------|----------|------------|-------|

06/11/2019

**BLOCO E
DIARIAS**

| | | | | |
|---|---|--------|-------------|---------------|
| 60000635 DIARIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUN' 06/11/2019 | 1 | 450,00 | 0,00 | 450,00 |
| SubTotal | | | 0,00 | 450,00 |

MEDICAMENTOS

| | | | | |
|--|---|-------|-------------|---------------|
| 90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML | 5 | 0,72 | 0,00 | 3,60 |
| 90008332 CEFAZOLINA 1 G | 1 | 16,60 | 0,00 | 16,60 |
| 90309952 CLORETO SODIO 0,9% 100ML | 2 | 6,91 | 0,00 | 13,82 |
| 90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML | 1 | 6,91 | 0,00 | 6,91 |
| 90137485 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML | 2 | 0,72 | 0,00 | 1,44 |
| 90293851 OMEPRAZOL 40 MG PO | 1 | 49,16 | 0,00 | 49,16 |
| 90071271 TENOXICAM 20MG FA | 2 | 7,35 | 0,00 | 14,70 |
| SubTotal | | | 0,00 | 106,23 |

MATERIAIS

| | | | | |
|--|---|-------|-------------|--------------|
| 00223166 AGULHA DESCARTAVEL 40X12 | 5 | 0,96 | 0,00 | 4,80 |
| 00113760 EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL SIMPLS | 1 | 12,60 | 0,00 | 12,60 |
| 00146218 SERINGA DESCARTAVEL 10ML C/ AG. | 5 | 3,30 | 0,00 | 16,50 |
| SubTotal | | | 0,00 | 33,90 |

CENTRO CIRURGICO**GASES MEDICINAIS**

| | | | | |
|---------------------------------------|---|-------|-------------|--------------|
| 60034335 GASOTERAPIA OXIGENIO P/ HORA | 1 | 46,08 | 0,00 | 46,08 |
| SubTotal | | | 0,00 | 46,08 |

TAXAS DIVERSAS

| | | | | |
|--|---|--------|-------------|---------------|
| 60023180 TX DE RECUPERACAO POS-ANESTES | 1 | 126,12 | 0,00 | 126,12 |
| 60023112 TX DE SALA PORTE 2 | 1 | 639,43 | 0,00 | 639,43 |
| SubTotal | | | 0,00 | 765,55 |
| | | | 0,00 | 811,63 |

07/11/2019

BLOCO E**MEDICAMENTOS**

| | | | | |
|-------------------------|---|------|-------------|-------------|
| 90008375 CEFALOTINA 1 G | 1 | 7,76 | 0,00 | 7,76 |
| SubTotal | | | 0,00 | 7,76 |

MATERIAIS

| | | | | |
|---|---|------|-------------|--------------|
| 70705330 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/AG. | 1 | 2,16 | 0,00 | 2,16 |
| 00146757 LUVA ESTERIL TAM.7,0 (PAR) | 1 | 1,50 | 0,00 | 1,50 |
| 00488402 TORNEIRINHA 3VIAS | 1 | 2,80 | 0,00 | 2,80 |
| 70034028 ATADURA CREPE 10CMX1,25MT | 1 | 5,91 | 0,00 | 5,91 |
| SubTotal | | | 0,00 | 12,37 |
| | | | 0,00 | 20,13 |

CENTRO CIRURGICO**MEDICAMENTOS**

| | | | | |
|--|---|--------|------|--------|
| 90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML | 1 | 0,72 | 0,00 | 0,72 |
| 90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML | 3 | 6,91 | 0,00 | 20,73 |
| 90046161 FENTANILA 0,05 MG/ML 5 ML FENTANEST | 1 | 8,91 | 0,00 | 8,91 |
| 90302265 FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML | 2 | 126,91 | 0,00 | 253,82 |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

| | | | |
|---|---|---|--|
| PACIENTE: | Adelino Bueri | REGISTRO: | |
| DIAGNOSTICO: | Luxação de tornozelo | DATA: | 20/11/13 |
| ENFERMIDADE: | 603 | IDADE: | |
| MEDICO: | Bruno Figueiredo | PESO: | |
| CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE | <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO | | |
| <input type="checkbox"/> DESORIENTADO | <input type="checkbox"/> TORPOROSO | | |
| <input type="checkbox"/> REAGE A DOR | <input type="checkbox"/> NÃO REAGE A DOR | | |
| <input type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS VERBAIS | <input type="checkbox"/> NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS | | |
| <input type="checkbox"/> COMATOSO | <input type="checkbox"/> PRECISA DE SEDAÇÃO | | |
| DEFICIÊNCIAS | | | |
| AUDITIVA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | VISUAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | |
| QUAL: | | | |
| SONO E REPOUSO | | | |
| <input type="checkbox"/> PRESERVADO | <input type="checkbox"/> AGITADO | <input type="checkbox"/> PREJUDICADO POR: | |
| ALIMENTAÇÃO | | | |
| ACEITAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> JEJUM | | | |
| VIAS: <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT | | | |
| OCCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> SONDABERTA <input type="checkbox"/> SONDAFECHADA | | | |
| <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> RESÍDUOS GÁSTRICOS | | | |
| ASPECTOS: | | | |
| ACESSO VENOSO | | | |
| <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO | LOCAL | DATA | HORA |
| <input type="checkbox"/> DISSECÇÃO <input type="checkbox"/> SINAIS | 4/5 | | |
| FLUÍSTICOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| CURATIVO | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO REGIÃO: | <input type="checkbox"/> OCCLUSIVO | <input type="checkbox"/> COMPREENSIVO | |
| ASPECTO: | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | DRENO | TIPO: | |
| LOCAL: | SECREÇÃO/VOLUME: | | |
| ASPECTO: | | | |
| INTEGRIDADE DA PELE | | | |
| <input type="checkbox"/> PELE ÍNTEGRA <input type="checkbox"/> F.O | <input type="checkbox"/> DESIDRATADA <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA | <input type="checkbox"/> ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS |

| | | | |
|--|---|--|---|
| ELIMINAÇÕES URINÁRIAS | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> SOB ESTÍMULOS | <input type="checkbox"/> S.V DE ALVIO | |
| <input type="checkbox"/> S.V DE DEMORA | ASPECTO: | VOLUME: | |
| ASPECTO: | | | |
| ELIMINAÇÃO FECAL | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE | <input type="checkbox"/> AUSENTE | FREQUÊNCIA Nº X | |
| <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO | <input type="checkbox"/> DIARREIA | <input type="checkbox"/> NORMAL | |
| AVALIAÇÃO DA DOR | | | |
| <input type="checkbox"/> COM DOR | <input checked="" type="checkbox"/> SEM DOR | <input type="checkbox"/> MELHORA COM MEDICAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| HIGIENE PESSOAL | | | |
| <input type="checkbox"/> COM AUXÍLIO | <input checked="" type="checkbox"/> SEM AUXÍLIO | <input type="checkbox"/> NO LETO | <input type="checkbox"/> ASPERSÃO |
| APARELHO RESPIRATÓRIO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO | <input type="checkbox"/> DISPNEICO | <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO | |
| <input type="checkbox"/> RONCOS | <input type="checkbox"/> SIBILOS | <input type="checkbox"/> ESTERTORES | |
| <input type="checkbox"/> CALETER NASAL | <input type="checkbox"/> O2 CONTÍNUO | <input type="checkbox"/> INTERMITENTE | |
| <input type="checkbox"/> MARCONEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> AR AMBIENTE | <input type="checkbox"/> TUBO TRAQUEAL | <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA |
| SE O2 LMIN: | | | |
| ASPIRAÇÃO/ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL | | | |
| <input type="checkbox"/> CLARA | <input type="checkbox"/> FLUIDIFICADA | <input type="checkbox"/> PURULENTA | <input type="checkbox"/> ROLHOSA |
| MUDANÇA DE DECÚBITO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 2/2h | <input type="checkbox"/> 3/3h | <input type="checkbox"/> ROLHOSA <input type="checkbox"/> EM BLOCOS |
| OSTOMIA | | | |
| <input type="checkbox"/> PRESENTE | <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE | <input type="checkbox"/> TIPO | |
| LOCAL: | DÉBITO: ml | ASPECTO: | |
| GRAU DE DEPENDÊNCIA | | | |
| <input type="checkbox"/> BAIXO | <input checked="" type="checkbox"/> MODERADO | <input type="checkbox"/> ALTO | |
| SINAIS VITAIS | | | |
| HORA: | | | |
| PRESSÃO (mmHg): | | | |
| PULSO (bpm): | | | |
| RESPIRAÇÃO (lpm): | | | |
| TEMPERATURA TAX: | | | |
| DESTRO (mg/dl) HORA: | | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA/HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | |

CONFERE COM ORIGINAL

NAME: Antonio B. Oliveira

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)

Bloco: 03 Leito: 03 Data: 07/01 /2019

31/11/51hs presente adunado a este unidade hospitalar para o presente
certos punções por de lucação falado "Maga" e
aos convidados da Bureau e, no momento a seguir
alguns, alguns presentes, alguns aos convidados
de alguns
31/11/51hs — a 35091.500 ml.

Technische Universität
Darmstadt 22012776

[illegible]

0663-4 1 dipicora 481 1 conpagol 4100y 12 de una a la con
2 agulla 401 191 AD 1 con 1 2500 ml

M^a de P. Siqueira Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 726142-E

CONFERE COM ORIGINAL

a: 06/11/2019

problema
segundo
a seguinte

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

104. Paciente em repouso no leito, P.O de buxaco de alongamento, respirando
o ambiente, sinais normais, normotensos, eufóricos, apetite let, decaído
de aceto dieto, potado, A/P MSD HV ampo ⊕ medicacao de lidocaina CPM. Pacien-
te ativo em MSE observado. Junt ⊕ 2 E traqueas ⊖. Alta medica's 03 15H.

08H - *Agave* 1g E.V. ⊕ *Tenaxius* ⊕ *Leuca* 5 mL ⊕ SF97.1 10 mL ⊕ SF97.1 100 mL
E.V. ⊕ *Stygn* 10 mL ⊕ *Agave* 40 X 12.

2H-Tilatid 20mg E.V. ⊕ Nupians 2ml E.V. ⊕ A.D. ⊕ Seuriga 10ml ⊕ Agallica 40x12

Scudby

Sendy Katusia Aguiar Morais
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 651.099-TE

Antônio Braga Oliveira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

SRPA

Data: 16/11/19

Reg: 15785

Idade: 52

PROVENIENTE

Chegada: _____

() Emergência () U.T.I.

() Casa () Hospital

Qual: _____

Cirurgia Proposta: _____

1. Informar:

Sim Não

Adornos Retirados

Esmaltes Retirados

Prótese Dentária Retiradas

Pré-Anestésico

Reserva de Sangue

Cardiopata

Hipertensão

Diabetes

Asmático

Fumante

Alergia

Peso

Exames

RX

Hemograma

Risco Cirúrgico

Ressonância

Tomografia

Cartão do Pré-Natal

2. Estado Emocional / Mental

() Choro

() Agitado

() Outros

3. Condições da Pele:

() F.A.B. () Ferimento

() F.A.F. () Queimando

() Dor () Hematoma

() Frio () Contusão

() Edema () Deformidade

() Avulsão () Amputação

() Abrisão () Exposta

Entrada na Sala Início da Anestesia Término Cirurgia Saída S.O. Cirurgia Realizada

17:50 18:05 18:00 18:25 18:35 Sim

Cirurgia Realizada Anestesia Posicionamento

Fratura Maxilar EV Hidratação Antibiótico- Hemoderivados

Infundida Nome: Terapias

SF a 0,9%: Dose: CH:

SG a 10%: Outros: Plasma

Ringer: Nº de compressas oferecidas: Plaquetas

Nº de compressas recolhidas: Anátomo Patológico

Sinais Vitais: T: °C P: Bpm () Não () Sim

SAT: % R: rpm Nº peças: () Cultura () Outros:

FC: PA: mmHg

Legenda:

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. Placa de Bisturi

4. Incisão

5. Cateter

6. Venoclise

7. Dreno

8. SNG

9. Faixa Smarch

10. Garrote Pneumático

11. Outros: F.I.J.

Anestesia

Assinatura

Sinais Vitais

PA

P

SPO2

T

1h

15'

30'

45'

2h

3h

4h

5h

1h30

2h

3h

4h

5h

1h30

2h

3h

4h

5h

1h30

2h

3h

4h

5h

1h30

2h

3h

4h

5h

1h30

2h

3h

4h

5h

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso

5. Outros:

Destino: () SRPA () APT. () UTI () Outros:

Instrumento Elaborado pelos Enfermeiros da Coopenure - AMN/2005 e adaptado pelos Enfermeiros da Unimed - RJ/2016

CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antonio Braga Oliveira PRONTUÁRIO 15785
CIRURGIA: _____

ANESTESIA: ☒ Geral Venosa ☐ Peridural com cateter ☐ Geral
☐ Geral Inalatória ☐ Peridural sem cateter ☐ Sedação
☐ Geral combinada ☐ Raquianestesia ☒ Local

Anestesista: DR. Ubirajara

Admissão na RPA: às 18:35 HORAS

Data 06/11/19

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☐ PANI ☐ PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ SNE ☐ SVD Nº _____ ☐ Guedel nº _____
☐ Penrose nº _____ ☐ Tórax Nº _____ ☐ Sucção Nº _____ ☐ kher Nº _____

OUTROS: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

| Hora | 18:35 | 18:50 | 19:00 | 20:00 | 20:30 | | | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|---------|--|--|--|
| Sat O2 % | 98% | 98% | 95% | 100% | 97% | | | |
| O2 Litros/min | 3L | 3L | 3L | 4L | Arv. 2L | | | |
| Respiração | — | — | — | — | — | | | |
| Tax | — | — | — | — | — | | | |
| P.A. mmHg | 162x86 | 130x91 | 138x89 | 131x91 | | | | |
| Pulso bpm | 76 | 70 | 67 | 67 | | | | |
| Funcionário | Lays | Lays | Lays | Vitor | | | | |

Desligado Oxigênio às 20:10h


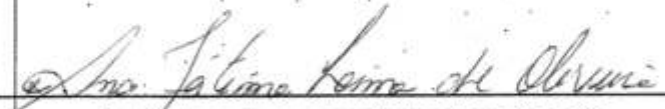
Alta da RPA às 20:30h

ANOTAÇÕES: ^{19h} Admitido em Trauma EV, com sinais de anestesia,
Algo precário, monitor EV, conforme solicitação do médico.

Assinatura: _____

CONFERE COM ORIGINAL

| MATERIAL | QTDE. | MATERIAL | QTDE. |
|---------------------------------|------------------|--------------------------------|-------|
| GELCO | | AZUL DE METILENO | |
| CATÉTER DE O ₂ | (1) | SONDA NASOGÁSTRICA | |
| CERA PARA OSSO | | SONDA DE FOLLEY N° | |
| ELETRODO BIS | | SONDA URETRAL | |
| COMPRESSA CIRÚRGICA | C/5 (1) | SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N° | |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | | VERDE BRILHANTE | |
| SORO | | SONDA RETAL N° | |
| DRENO PENROSE | | TORNEIRINHA DESCARTÁVEL | |
| DRENO P/ TORAX | | DROGAS ANESTÉSICAS | |
| EQUIPO P/ SORO | | Xylo s/v | (1) |
| EQUIPO DE P.V.C | | Propofol | (1) |
| ESCOVA DESCARTÁVEL | (5) | Fentanil | (1) |
| ESPARADRAPO | (1) 16 cm | midazolam | (1) |
| FORMOL | | Flemazil | (1) |
| GAZE | C/20 (1) | Framal | (1) |
| GELFOAM | | morfina long | (1) |
| ATADURA GESSADA | | | |
| LÂMINA DE BISTURÍ N° | | | |
| MICROPORE | | | |
| POVIDENE | | GASES MEDICINAIS | |
| PULSEIRA | | OXIGÊNIO | 5 Lts |
| SERINGAS DESCARTÁVEIS | 10 (1) 31 20 (1) | ÓXIDO NITROSO | |
| SERINGA DE INSULINA | | GÁS CARBÔNICO | |
| | | MEDICAMENTOS E OUTROS | |
| SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA | | | |
| ALGODÃO | | | |
| CATGUT SIMPLES | | | |
| CATGUT SIMPLES | | | |
| CATGUT CROMADO | | | |
| CATGUT CROMADO | | | |
| PRONELE | | | |
| PRONELE | | | |
| SEDA | | EQUIPAMENTOS ESPECIAIS | |
| VICRYL | | CARRO ANESTÉSICO | |
| AGULHA 90x12 | (1) | MONITOR CARDÍACO | x |
| AGULHA OXIGENADA | | BISTURI | x |
| ALCOOL IODADO | | LIPO ASPIRADOR | |
| MONONYLON | | OXÍMETRO | x |
| MONONYLON | | DESFRIBILADOR | |
| MONONYLON | | RX | |
| | | CAPNÓGRAFO | |
| | | VIDEO | |
| | | BIS | |

| | | | | | |
|---|----------|----------|--|----------|----------|
| NOME DO PACIENTE: <u>ANTÔNIO BRAGA OLIVEIRA</u> | | | APARTO: <u>E03</u> | | |
| DATA DA ADMISSÃO: <u>06/11/2019</u> | | | DATA DA ALTA: <u>07/11/19</u> | | |
| HORAS: <u>18.16</u> | | | HORAS: <u>15.15</u> | | |
| STATUS DO QUARTO: | | | STATUS DO QUARTO: | | |
| CHEK IN | | | CHEK OUT | | |
| ITENS | APTO | NÃO APTO | ITENS | APTO | NÃO APTO |
| TELEVISÃO COM CONTROLE | <u>X</u> | | TELEVISÃO COM CONTROLE | <u>X</u> | |
| FRIGOBAR | <u>X</u> | | FRIGOBAR | <u>X</u> | |
| CENTRAL DE AR COM CONTROLE | <u>X</u> | | CENTRAL DE AR COM CONTROLE | <u>X</u> | |
| CAMA | <u>X</u> | | CAMA | <u>X</u> | |
| SOFÁ CAMA | <u>X</u> | | SOFÁ CAMA | <u>X</u> | |
| ARMÁRIO | <u>X</u> | | ARMÁRIO | <u>X</u> | |
| MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA | <u>X</u> | | MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA | <u>X</u> | |
| APARELHO TELEFÔNICO | <u>X</u> | | APARELHO TELEFÔNICO | <u>X</u> | |
| POLTRONA | <u>X</u> | | POLTRONA | <u>X</u> | |
| SUORTE DE SORO | <u>X</u> | | SUORTE DE SORO | <u>X</u> | |
| ESCADINHA | <u>X</u> | | ESCADINHA | <u>X</u> | |
| KIT DE ENXOVAL | <u>X</u> | | KIT DE ENXOVAL | <u>X</u> | |
| OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha). | | | OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha). | | |
|  Assinatura do responsável pela verificação | | |  Assinatura do responsável pela verificação | | |



Dr. Bruno Figueiredo dos Santos

Diretor Técnico - CRM RR - 1047

RQE 503

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LAUDO MÉDICO

CID 10: S 62.5

PACIENTE ENCONTRA-SE INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA EXERCER SUA FUNÇÃO LABORAL POIS ESTÁ EM PÓS OPERATÓRIO DO POLEGAR ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSHNER.

SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS.

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

BOA VISTA, 14 de NOVEMBRO de 2019.