

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

---

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200393594**

**Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES**

**Data do Acidente: 19/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

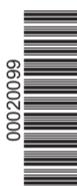
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200393594**      **Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES**

**Data do Acidente: 19/06/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES**

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: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: CLEVERTON LIMA COLARES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 00000653**

**Conta: 0000047021-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Cleverton Lima Colares</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Cleverton Lima Colares</i>		6 - CPF:	020.039.692-76
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
<i>Reclusor</i>	<i>Rua. cm de Taboas Cadu Rural</i>	S/N	<i>Casa</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
<i>Zona Rural</i>	<i>Cantá</i>	RR	69.390.000	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>95 991144021</i>			
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <i>0653</i>	CONTA: <i>000 470 21</i>	2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	_____
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>				
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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (nº Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <i>Falecidos:</i>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <i>Falecidos:</i>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Impressionado diretamente na vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <i>Bon Vista 19/8/2020</i> Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 V001 2019

*Reginaldo Lima Colares*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Raimundo Neurito Silveira*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

**FATO(S) COMUNICADO: DANO**

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: CANTA

UF: RR

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Bairro: BAIRRO NOVO

Tipo de local: DESCONHECIDO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

E

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACOLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	†	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCrito, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORALIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

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

*Cleverton Lima Colares*  
CLEVERTON LIMA COLARES  
COMUNICANTE



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: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

**FATO(S) COMUNICADO: DANO**

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: CANTA

UF: RR

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Bairro: BAIRRO NOVO

Tipo de local: DESCONHECIDO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACOLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCrito, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORAIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

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

*cleverton lima colares*

CLEVERTON LIMA COLARES  
COMUNICANTE

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Cleverton Lima Colares</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Cleverton Lima Colares</i>		6 - CPF:	020.039.692-76
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
<i>Reclusor</i>	<i>Rua. cm de Taboas Cadu Rural</i>	S/N	<i>Casa</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
<i>Zona Rural</i>	<i>Cantá</i>	RR	69.390.000	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>95 991144021</i>			
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <i>0653</i>	CONTA: <i>000 470 21</i>	2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	_____
(informar o dígito se existir)      (informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>				
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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (nº Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <i>Falecidos:</i>	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <i>Falecidos:</i>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Impressionado diretamente na vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <i>Bon Vista 19/8/2020</i> Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 V001 2019

*Reginaldo Lima Colares*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Raimundo Neurito Silveira*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393594

Cidade: Cantá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

Data do acidente: 19/06/2020

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal direita e escápula direita

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Não foram identificadas alterações das funções do ombro direito decorrentes do trauma.

**Resultados terapêuticos:** Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Restrição funcional em tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/11/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em tornozelo direito em grau moderado.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: **3200393594**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEVERTON LIMA COLARES**

Endereço do(a) Examinado(a): **comunidade indígena tabalascada, 0, zona rural, Cantá/RR**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP / 4062043**

Data e local do acidente: **19/06/2020 - Cantá/RR**

Data e local do exame: **11/11/2020 - Boa Vista/RR**

Coordenadas Geográficas: **latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Vítima de colisão moto/carro com consequente fratura da Fíbula distal D e escápula D**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Tornozelo D: alteração anatômica sugestiva de pseudoartrose com limitação dos movimentos de flexão/extensão Ombro D: sem alteração anatomo funcional**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Regina Cláudia Henckels Nederl Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/R 1032  
RQE: 177

# 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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CLEVERTON LIMA COLARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000047021-2

---

Nr. da Autenticação 2238880D7EFEB4C9



RORAIMA ENERGIA  
Av. Presidente Dutra, 691 - Centro - Rio Branco - RR  
CEP: 69.300-000 | Fone: (65) 3222-2222 | Fax: (65) 3222-2223

Para contato com:  
a Roraima Energia,  
introduza este NÚMERO:

0151251-0

Nº da Nota Fiscal

4990582

A Tarifa Mínima de Fim de Fim é de 10,433 de 20/04/2020.

PCAH\*

ABRIL/2020

01/05/2020

88

43,38

HOSANA NASCIMENTO DE SANTA COMUNIDADE TRITOCERABARAINHA/0151251-0  
CH DE TABALASCADA - RURAL  
CEP: 69.390-000 CANTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	
Atual:	2004
Anterior:	1975
Dias de consumo:	29
Correlativo da Multa (prazo):	1.000
Consumo médio:	68
Consumo Padrão:	68

DATAS DA LEITURA	
Atual:	15/04/2020
Anterior:	15/03/2020
Intervalo:	14/05/2020
Última leitura:	14/04/2020
Emissão:	15/04/2020
Apresentação:	15/04/2020

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDOR	
Unidade/Bairro:	---
Classificadora:	1541
Licença:	0000
Número Medidor:	11100001
Firma de Faturamento:	ICPA
Motividade:	---

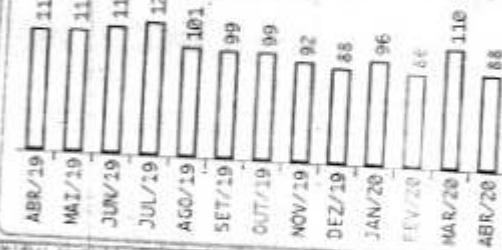
CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
CORREÇÃO MONETÁRIA 1G 02/20-00	88	A R\$ 0,479987 =	42,23
MULTA POR ATRASO 02/20-00			0,10
JUROS DE MORA DE IMPO 02/20-00			0,82
			0,23

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TÉTERE 50% TRIBUTO:  
84 00 - 3.467.000

Média 12 meses: 147

#### HISTÓRICO DE MEDIDAS



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

Este boleto contempla a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/04/2020. O valor total é de R\$ 42,23, também é incluído o valor da taxa de consulta no valor de R\$ 0,23. Caso tenha efetuado o pagamento fique desconsiderado o valor da taxa.

Mes-Ano Valor R\$ 03/2020 54,00

LIGUE 08870151251 PARA O PRAZO VENCIMENTO E 5 DIAS

RESERVADO AO FISCO D308.8607.8459.1708.3A01.9065.1CCE.52EC

#### COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	27,64	Encargos:	1,50
Contribuição:	12,12	tributos:	6,51
Transmissão:	0,00		

#### IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	Alíquota (%)	
	ICMS	PIB
PIB	6,30%	1,15%
COPRE	1,70%	0,75%

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC		FCD		DMC		DCR	
	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		
Completado:								

Período de abertura: 02/2020 Busto: 0,00



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA  
CNPJ: 05.939.467/0001-15  
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610  
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

**0800 280 9520**

MÊS/ANO: 01/2020

VENCIMENTO: 15/02/2020

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA  
RUA 05, NUM. 00121  
CIDADE SATELITE  
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16167194
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
05/12/2019	07/01/2020	33	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
12/2019	0	11/2019	0	10/2019	*
				09/2019	0
				08/2019	0
				07/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO: 80,00% DO VALOR DA ÁGUA		19,04
MULTA P/IMPORTEUALIDADE	11/2019	0,00
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR	43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M.

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201939 - 14º Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	01/2020	17	43,74	05.1970

82610000000-7 43740004001-4 00099358101-6 01202040003-7



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cleverton Lima Colares inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Cleverton Lima Colares inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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
	Rua: 05		121	
Bairro	Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (95) 99114-4021

Boa Vista RR de Agosto de 20  
Local e Data

Raimundo Nonato Silva Pda

Assinatura do Declarante

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

1<sup>ª</sup> Classificação Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

2001250929	19/06/2020 21:30:40	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	10	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF <sup>07</sup>	Prontuário	
<b>CLEVERTON LIMA COLARES</b>		05/02/1992	28 A 4 M 14 D		02003969276		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				M		PARDA	BRASILEIRA
Mãe						Contato	
<b>MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO</b>						(95) 99118-0950	Ocupação
Endereço							
<b>RUA - COMUN. TABUA LASCADA - SN - CANTA - RR</b>							
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>						
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:		
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU REGIONAL</b>				<b>SILAS.SILVA</b>		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

## Anamnese de Enfermagem

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **25**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)

*Paciente vítima de acidente de moto e  
motoricleta c/ trauma em perna (D) e  
ombro (D) ...*

## Exame Físico

## SADT - Exames Complementares

RAIOS-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>titofl e dipirona no dia m</i>		

## Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Reversão
- Transferência para:

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /

## Óbito

Antes do 1<sup>º</sup> Atendimento? ( Sim) ( Não)

Destino: ( Família)

IML Anatomia Patológica

## Assinatura do Paciente ou Responsável

*Carimbo e Assinatura do Médico*

Impresso por: **silas.silva**  
Data/Hora: 19/06/2020 21:31:28

Lisar - Sistema de Gerenciamento  
SIS - SIGA/SIS/PSFE/PSF



2001250929



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

NIR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudia Lúcia Colares

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
180366

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70340124417410121

8 - DATA DE NASCIMENTO  
05/02/92

9 - SEXO  
Masc.

Fam.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Francisca de Lima Reisso 015991180950

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Comunidade Tabua Foscada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Contá

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

RN

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fx exposta de  
tornozelo ♂ + fx escapula ♂

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TO Churco + ATB

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

Anamnese + Rx + Ex- Atb

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Dr. Pedro de S. Fausto

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM-RR 2028

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luís Henrique

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/06/20

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

0408050497

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CRIMÍO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/06/20

17999

5828



BOLETIM OPERATÓRIO

(LEVENTON LIMA OLARES)

Data: 20/06/2020 OS \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx EXPOSTA TNZ ①

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: FIXAÇÃO EXTERNA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: DR. LEONARDO1º AUXILIAR: DR. PEDRO (R2)2º AUXILIAR: DR. LAEL (R1)

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Leonardo Roberto  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 115 / RQE 014

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Pore em ODH + SEDO ANESTÉSICO;(2) AA + CCE;(3) COLOCAÇÃO DE FIXAÇÃO EXTERNA (OSSERVADO PERTO DE  
POLE EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNAS.)(4) CONTROLE RADIOISÓTOPICO;(5) EMC & S.F 0,37. 10L.(6) SURVIA;(7) CUNATIVO;(8) NPAT.

Dr. Lael do Santos da Silva  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015



Desenvolvimento Colonia

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

23:00

00:00

Nº Boa Vista - RR

19.06.2020

		15	30	45	15	30	45	15	20	30	45	15	30	45
A N T I G O S		M 10												
		20												
LÍQUIDOS VENOSOS	A V D P TAC													
DA X	C 240													
USO:	38 220													
ANES	36 200													
X	34 180													
OP	32 160													
O	30 140													
TEMP	120													
ASPIR	100													
A	80													
RESP	60													
O	40													
	20													
Expir														
Assist														
Comiss														
SÍMBOLOS	X S L Z B													

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTADÓIS
A Fentanil		Inhalatórica bomba	
B Nitrouso		Inhalatórica simples	Check list + monitorização (SpO2+ECG+PPG)
C Sufivacaina ④		com intubação	
D		espontânea	① Anestesia e Antiespasmodica da nupicac 100ml com acetol à 70% + colocação de campões esterilis
E			② Função bomba 12/13 com agulha 25G (análtic) saída de líquor clara
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Dátila - Naso / Ora Farinha Naso / Chuveiro - Daga Bei - Temp - Calor de Teto Sax - Massa Diluição Técnica	f Núc
NDCC			
SANGUE			
500,4ml 1500 ml			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			

Tratamento cirúrgico de fratura exposta	Laranja - Externo - Iximine Beira Depósito Radioter - Hora - Sunday - Manhã	Memória - Arma Bras Telesfona - Chave
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURAL

Residente Pedro, nael Permetiu + injecçao  
sufivacaina ④  
bisnaisi Satibatai  
③ Ceftriaxone 1g EV  
④ Penicilina 1000mg EV  
⑤ Encamisado paciente DRIT

Wlmo Thago D.C.  
MÉDICO  
CRM-RR 1028



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

# CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ortopedia</i>	Procedimento Realizado: <i>remoção de tornozelos</i>			
Nome do Paciente: <i>Genilton Barreto Palmeira</i>	IDADE: <i>28a</i>	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário	Data	<i>19/16/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>C 1</i>	Circulante de Sala: <i>Gaudêncio + Wesley</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

**CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:**

Dados dos materiais/Serviços

DRTOSINTESE IND. E COM. LTDA.  
Tel.: 55(11)39484000  
FIXADOR LAT FIX C/ BARRA 350  
Ref. 4747/00 Lote 198002627  
Registro ANVISA: 122237-10095

*Dr. Mielo Santos da Silva  
30 de setembro de 2013  
Caxias - RJ*

1º AUXILIAR

## MÉDICO CIRURGIÃO:

Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTSE ( ) / QUANTUM ( ) / ATHENA ( ) / MACON ( ) Marca:

**DICO CIRUGIÃO:**

### 1º AUXILIAR

STRUMENTADOR:

## IA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

PME/CME

CLEVERTON LIMA COLARES

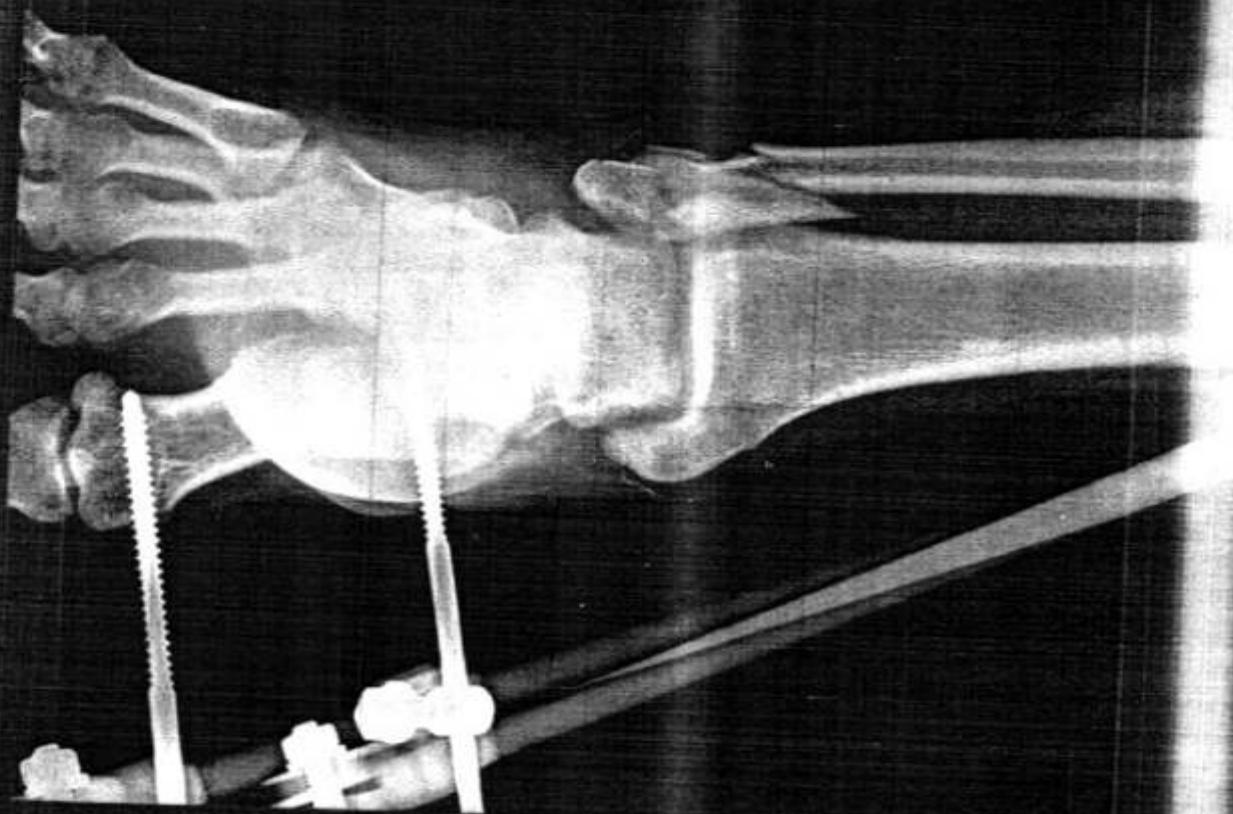
HOSPITAL CORONEL MOTA

4915

30/5/2020

Rapola Castro

65,5 %







# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242450/20

**Vítima:** CLEVERTON LIMA COLARES

**CPF:** 020.039.692-76

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/06/2020

CLEVERTON LIMA  
COLARES

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/08/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO NONATO SILVA

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312597/20

**Vítima:** CLEVERTON LIMA COLARES

**CPF:** 020.039.692-76

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/06/2020

**Titular do CPF:** CLEVERTON LIMA COLARES

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/11/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO NONATO SILVA

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO