

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2929183820201206163753

Processo 0829811-28.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	9	06/12/2020 16:37:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	9.1 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ KITSEGURADORALIDER.pdf
	9.2 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAO01.pdf
	9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo02.pdf
	9.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo03.pdf
	9.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo04.pdf
	8	04/12/2020 00:01:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA) em 03/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.
			SISTEMA CNJ
	7	23/11/2020 12:17:06	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)
			VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
<input type="checkbox"/>	6	23/11/2020 11:56:54	CONCEDIDO O PEDIDO
			JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
	5	19/11/2020 15:25:06	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
			SISTEMA CNJ
	4	19/11/2020 15:25:06	RECEBIDOS OS AUTOS
			SISTEMA CNJ
	3	19/11/2020 15:25:06	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
			SISTEMA CNJ
			Registro de Distribuição
	2	19/11/2020 15:25:06	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
			SISTEMA CNJ
			4ª Vara Cível
<input type="checkbox"/>	1	19/11/2020 15:25:06	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			MARLON TAVARES DANTAS Advogado

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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

Carta nº 15422072

Pag. 00073/00074 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLKT KYXG3 WE7CR GDWFD



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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: 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: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLKT KYXG3 WE7CR GDWFD



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Data de nascimento: 02/08/1983 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1883 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Uirama 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-308
15 - E-mail: judicialista.pndencia@hpfmail.com 16 - Tel. (DDD): (46) 99117-5392

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO 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, TUTOR E CURADOR)
☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da 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 fins de sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que ☒ assinalar uma das opções:

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de morte 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(s) (vivas)? ☐ 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 às únicas beneficiárias 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 de quem preenche o formulário: _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 28 de Agosto 2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rayson Dayvid de Jesus Oliveira
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alessandro Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aferir: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - São Luiz Sexo: Masculino Nasc: 27/12/1996
Profissão: Estoquista Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rejane de Jesus Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14
RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Pedro Praça
Complemento: Apartamento 01
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

Nº: 1882

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15	Placa NAK-0265
Renavam 00804454850	Número do Motor JC30E13242660
Número do Chassi 9C2JC30103R242660	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Alessandro Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Trácio Araújo
Data de Impressão: 31/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devidamente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de ciência que sou o(a) comunicante responsável pelo relato dos fatos ocorridos e que sou capaz de responder civil e criminalmente pela ocorrência narrada que do. origin, conforme previsto no Artigo 230-Denúncia-Caluniosa e 340-Dominação de Falsas Provas, Crime contra a Administração Pública, Contida no Código Penal Brasileiro."





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Data de nascimento: 18/03/1988 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1883 10 - Complemento: 11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05312-308
15 - E-mail: jayson.oliveira@hufmail.com 16 - Telefone: (11) 99117-5392

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da 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 fins de sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de morte 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(s) (vivas)? ☐ 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 aos únicos 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 de quem preenche o formulário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RE, 28 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rayson Dayvid de Jesus Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INFORME PRELIMINAR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLKT KYXG3 WE7CR GDWFD

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576



USR: 2/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 11/2019 referente a UC: 1134256



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: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882, CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

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
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031-5633007-0004-000000001131-425611190958



13/01/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 12/2019 referente a UC: 1020749



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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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 64
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64 | Central

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 Cuidança: 0800 022 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 na endereço eletrônica: www.bcb.gov.br/controlecontabil/legislacao/legislacao.asp?TIPO=1&CODIGO=29636

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

A Circular SUSC 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.

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

Denize Correa Pontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.132 100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF/CNPJ Maycon Deyvid de Jesus Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____
do sistema de OPVAT cobertura Invalidez da Vltima Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.243.832 / 14 conforme determinação da Circular Suscep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-PPVAT, 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. 298 do Código Penal.

Endereço: Rua General Ottoni, 120

Número: 248

Complemento:

DATE 11/2/2006

Date: 11/2/80

Estados

CEP: 69.204-000

E-mail:

Tax(PDQ):

Tak (POB): (95) 99117 5392

Local e Data: Macau - 16 de Janeiro 2020

Renilze Corrêa Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO RAVO III	Nº 1142	SAMU 192
UNIDADE:		EQUIPE: Paul Dirksen / Leí Williams		
Paciente: MARCON DEYVED DE SÉBIO OLIVEIRA		Idade: 23 Sexo: M		
Nacionalidade: Brasileira		Raca: Branca [] Negra [x] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []		
Endereço: Av. das Urupinteiras		Bairro: Buriti		
Nº 10125 DATA 17/06/1998		HORA JH: 14:47	BASE (VIA) RADIO	
Médico (a) Regulador (a): Dr. Am de Sousa		HORA JM: 15:00	CELULAR	
MOTIVO INICIAL: Colisão com muro		9.15.24 10 - 5.49.6		
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]		1 a 3 horas [x]	4 a 24 horas [x]	Mais de 24 horas [x] Não sabe [x]
ACIDENTE DE TRÂNSITO				
[x] Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica				
[] Agressão física / espancamento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transferência				
[] Agressão física - FAF [] Envenenamento [] Queda [] Exame complementar				
[] Agressão física - FAB [] Afogamento [] Urgência clínica [] Outros: Paciente op				
ACIDENTE DE TRÂNSITO				
VITIMA: [x] Pedestre [] Condutor [] Passageiro [] Ignorado				
MEIO DE LOCOMOÇÃO: [] A pé [x] Ônibus [] Micro-ônibus [] Outro				
OUTRA PARTE ENVOLVIDA: [x] Automóvel [] Bicicleta [] Motocicleta [] Animal [] Ônibus [] Outro				
REMS DE SEGURANÇA: [] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança				
AVULSÃO DE MEMBRAS				
VIAS AERIAS: [x] Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Outro:				
VENTILAÇÃO: [] Apnéia [] Dispneia [] Bradipnéia [] Taquipnéia				
CIRCULAÇÃO: [] Bradicardia [x] Taquicardia [] Enchimento capilar acima de 2" [] Pulso radial ausente [] Pulso central ausente [] Cianose central [x] Extremidade				
AVULSÃO NEUROLÓGICA: [] Mioclonias [] Midríase [] Anisocoria [x] D L E [] Aparelho Alcançado [] Agitação psicomotora				
ANÁLISE DE RESPOSTAS				
Hora P.A mm/hg F.C Bpm F.R Mpm Sat O ₂ % T. Axilar °C Glicemia Esc. visual "DOR" Glasgow				
Início 15:08 110/80 114 22 102% 36.8 - 08 15				
Fim 15:19 120/70 115 23 99% 36.7 - 06 11				
AVULSÃO SECUNDÁRIA				
LESÃO IDENTIFICADA: [x] Dor [] Hematoma [x] Contusão [x] Escorificação [] Laceração [] Luxação [] Fratura fechada [] Fratura exposta [] Amputação [] Evulsão [] Afundamento de crânio [] Ferimento penetrante [] Torax instável [] Enfisema subcutâneo [] Ferida aspirativa [] Empalamento [] Outros				
ADAPTAÇÃO OCULAR: [x] Espontânea [] Ao comando [] À dor [] Sem resposta				
RESPOSTA VERBAL: [x] Orientado [] Confuso [] Palavras Inapropriadas [] Palavras incompreensíveis [] Sem resposta				
RESPOSTA MOTORA: [x] Obedece a comandos [] Localiza a dor [] Movimento de retirada [] Flexão anormal [] Extensão anormal [] Bem resposta				
ANÁLISE CLÍNICA				
[] Ritmo Sinusal [x] FV [] Neurológica [] Metabólica [] Diabetes [] Alergias				
[] Taquicardia Sinusal [] TV [] Respiratória [] Infecçosa [] Cardiopatia [] Outros				
[] Flutter Atrial [] AESP [] Cardiovascular [x] HAS [] Medicação de uso				
[] Fibrilação atrial [] Assístolia [] Digestiva				
ANÁLISE LABORATORIAL: [] Iliso [x] Pequena [] Média [] Severa				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)				
[] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Hospitalização [] Polícia Militar [] Guarda Municipal [] Bombeiro [] Outros: x				

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Provis a Pese in nomei 7/64 April da Providence.

17/06/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

dia 18/06/19 - VLS

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PRFTE
Av. Brigadeiro Ecuarunã Gomes, 3300

Classificação
Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07 19	24
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	27/12/1996		22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214	
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR
Mão	Pai		Contato			
REFJANE DE JESUS	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		(95) 99116-5634			
Endereço	Rua - MONTEIRO LOBAO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR					
						Ocupação
						ENTREGADOR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Solu	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA SOARES		
Queixa Principal	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue				

DOR EM PERNAS E TORMOZELAS

Anamnese da Enfermagem	GSC	TOTAL
	NO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ...)h
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCARRO. TRAISSO PULO SAMU PARA PRANCHAS LONGA
COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico
A: VIAS AEREAIS PERENES B: MVE PRESSIONAL C: ABDOMEN PLEURO D: GCS XV E: EXA E TORAX
ZERO INCHADO E COM ESCALAQUES

Hipótese Diagnóstica
TRAUMA CONTUSO DE TORMOZELAS

SADT - Exames Complementares	() RAIO-X	() ULTRA-SOM	() TC	() SANGUE	() URINA	() ECG	OUTROS
	PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	

TILATIL 40mg EV
DIPIRONA 3g EV

Conduta	() Alta por Decisão Médica	() Ambulatório
	() Alta a Pedido	() Observação (Até 24h)
	() Alta a Revisão	() Internação
	(X) Transferência para: ORTOPEDIA	Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IMR Analise Patológica
-------	--	---

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

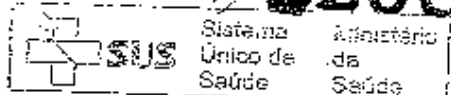
Impressa por: antonia soares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33



1901124155

B BLOCO B

ALTA: 09/07/2019



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

MAYCON DEYVIDA JAVS OLIVEIRA

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

164401212101948101019

5 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/1966

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

173138

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rafael de Jesus

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

Rua Monteiro Lobato - 44 - Centro

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapipema - PE

10 - COD. IBGE MUNICÍPIO

11 - UF

12 - CEP

13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito com moto colido X carro (SU) com consequente trauma costal no T12 (E).

HOSPITAL GERAL DE ITAPIPEMA
Av. Brig. Eduardo Guimaraes
Nova Pádua - PE (55) 3181-0622
AUTENTICAÇÃO

13 - Ass. 259

Carimbo e Assinatura presente
Após a validação Original
por este estabelecimento

14 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, Exame físico e RX.

15 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de costela (E).

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 SECUNDÁRIO 24 - CID 10 SECUNDÁRIO

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - CLÍNICA

18 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

19 - DOCUMENTO

20 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

21 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11/06/19

22 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

24 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

25 - CNPJ DA SEGURADORA

26 - Nº DO REGISTRO

27 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

28 - CNPJ EMPRESA

29 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

30 - CNPJ DA EMPRESA

31 - CUIR

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - EMPREGADO

34 - EMPREGADOR

35 - AUTÔNOMO

36 - DESEMPREGADO

37 - PROSEGUINDO

38 - NÃO SEGURO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

40 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - CNIS

43 - CNPJ

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019

5818 T068

V799

até 3.7

0408050578
5826
V299



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03.07.19

O.S.:

Mayron Daniel De
Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia
- 2) Repara e Antroposia
- 3) Colocação de campos estereos
- 4) Incisão intersticial + clivagem por placas
2da abordagem de focos de fratura
- 5) Redução fratura + fixação com placa de
térreo de lã. 07 furos, 2mm perfurações
+ parafusos longos com anéis
de bloqueio de imagens
- 6) Sutura por planos após L.D.C.
- 7) Lavagem
- 8) RPA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Marcos Vinicius de Jesus Oliveira, 22a

Boa Vista, RR

03.07.2019

PRE-MEDICAÇÃO - ORAL - INTR - INTRA - OUTRO

15:40

16:40

18:40

ANESTESIA

FRONTO
VÍNCULOS

DA

X

12

14

16

18

20

22

24

26

28

30

32

34

36

38

40

42

44

46

48

50

52

54

56

58

60

62

64

66

68

70

72

74

76

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

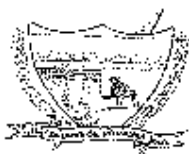
279

280

281

282

28



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

222

NOME DO PACIENTE: Maycon Cayard de Jesus APT OU LEITO: 212-3 Nº DO PRONTUÁRIO: 0310211 DATA: 03/02/11

TIPO: Osteomíte Fratura + Fx CIRURGIA: Esquerda

INICIO: 16:26 HM: 17:10 TEMPO DE DURAÇÃO: 45 min TEMPO TOTAL: 1h 10 min

CIRURGIÃO: Dr. Rogério ANESTESISTA: Dr. Ezequiel

1ª AUXILIAR: Dr. Marcelo A. RFS. ANESTESIA: Res. Anestesia

2ª AUXILIAR: Res. INSTRUMENTADOR: Res.

TIPO DE ANESTESIA: Local CIRCULANTE: Res.

QUANT. MATERIAIS VALOR QUANT. MEDICAMENTOS VALOR

<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE FORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDAN Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEJ	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA PROSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			Kit CATARATA	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEFOAM	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Alcool 300L			OUTROS: B	
	Cloroxidina 300L				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

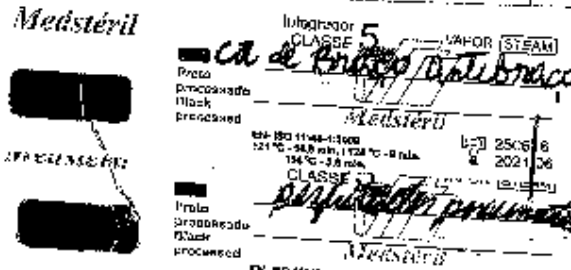
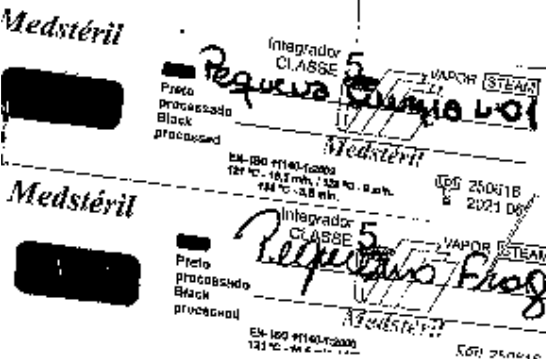
INSTRUMENTADOR (A): Roberto ENFERMEIRA CHEFE: Luciano

FUNCIONÁRIO/CALCULOS: Luciano CIRCULANTE DE SALA: Luciano

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE





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

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomielite Anelure Tm2	
Nome do Paciente: Maycon Depied de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário: 5172	Data: 08/07/19	
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala: 05	Circulante de Sala: João / Roraima
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço			
Hospital Geral de Roraima ()		Empresa (X)	Dados Adicionais: <i>Pro - Saúde</i>
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
	placa Tere 1/2 3 Furos	01	
	parafuso cortical N: 14	02	
	" " N: 16	01	
	" " N: 15	01	
	parafuso espinal N: 22	01	
	parafuso espinal N: 24	01	

[Handwritten signature and stamp over the table]

MÉDICO CIRURGIÃO: *Dr. Rogério / Dr. Paulo B. R3* 1º AUXILIAR: *Dr. Marcelo A.*

INSTRUMENTADOR: *Yanik*

VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/06/2019	DN	27/12/1996
PACIENTE MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA					
AGNOSICX DE TORNOZELO E					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	22	LEITO	212-3	DATA	03/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE				SN 2
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				Su
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				Su
9	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Su
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN				Su
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				Su
15	CURATIVO DIÁRIO				Su
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA BOTA.

SINAIS VITAIS		FC	FR	
8H	PA			
12H	125/74	73	-	36°
18H	125/74			
24H	125/74			
# PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Anderson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

012:15 Paciente no leito
curativo de - suante
PA

36°
PA: 120x60
P: 70
T: 36
Vindo às 18:40 do c e
Agua com uiculado do
enfermagem.

03.07.2019
Prescrição de
Dr. Anderson P. Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posseger Direto

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 391317-1 DATA DE
Emissão 15/02/2018

NOME
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO PEREIRA DE OLIVEIRA
RENANE DE JESUS

NATURALIDADE
SÃO LUIZ - RR

DOC. ORIGEM
CERT. NASC 5485 PLS 43 LIV 2-B
SÃO LUÍZ-RR

CPF
071.273.832-14

2ª VIA

ACARDEU ROCHA TRIANI
1ª Direção de Registro Civil do Estado de Roraima
Data: 15/02/2018

DATA DE NASCIMENTO
27/12/1998

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



OUTORGANTE:

OUTORGANTE:

NOME: Maycon Deryid de Jesus Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Empresário RG: 391317-1 SSP/RR
CPF: 023.273.832-14
ENDEREÇO: R. Pedro Praça, 1382 - Ass. Branca.

VÍTIMA: Maycon Deryid de Jesus Oliveira
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

PODERES:

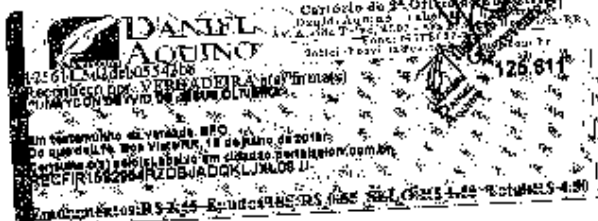
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

BOA Vista, 16 de Junho de 2019



Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF: 021.273.832-14

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO





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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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

Carta nº 15422072



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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: 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: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Data de nascimento: 02/08/1983 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1883 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Uirama 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-308
15 - E-mail: judicialista.pndencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (65) 99117.5392

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ 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, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da 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 fins de sequenciamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalei uma das opções:

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de morte 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(s) (vivas)? ☐ 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 aos únicos 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 de quem assina a rogo/a pedido: _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 28 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rayson Dayvid de Jesus Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alessandro Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - São Luiz Sexo: Masculino Nasc: 27/12/1996
Profissão: Estoqueiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rejane de Jesus Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14
RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Pedro Praça
Complemento: Apartamento 01
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

Nº: 1882

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15	Placa NAK-0265
Renavam 00804454850	Número do Motor JC30E13242660
Número do Chassi 9C2JC30103R242660	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Alessandro Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Trácio Araújo
Data de Impressão: 31/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devidamente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de ciência que sou o(a) comunicante responsável pelo relato dos fatos ocorridos e que não posso responder civil e criminalmente pela ocorrência nem empresa que do origin, conforme previsto no Artigo 239-Denúncia-Caluniosa e 340-Domínio da Falsidade. Não posso, portanto, sofrer as sanções previstas no Código Penal Brasileiro."





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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Deyvid de Jesus 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: Rayson Deyvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Data de nascimento: 02/08/1983 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1883 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Uirama 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-308
15 - E-mail: joao.barbosa@procuradoria.com 16 - Telefone: (46) 99117-5392

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ 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, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de morte 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(s) (vivas)? ☐ 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 aos únicos 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 de quem preenche o formulário: _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____ 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____ 39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 28 de Agosto 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rayson Deyvid de Jesus Oliveira 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INFORME PRELIMINAR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVM7 L537D ZCE59 D3EDA

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576



05/12/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 11/2019 referente a UC: 1134256



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: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882, CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

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
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031-5633007-0004-000000001131-425611190958



13/01/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 12/2019 referente a UC: 1020749



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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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 022 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASFX?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 ADERTA, 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 Denilze Correia Pontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.132 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mayron Deyvid de Jesus Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o nº

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mayron Deyvid de Jesus Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o nº 021.243.832 / 14 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar



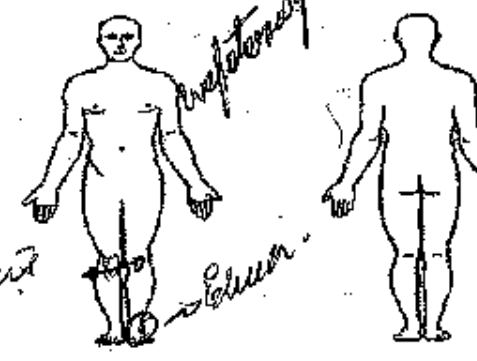
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Av. General Afonso de Oliveira</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Estado: <u>RE</u>	CEP: <u>69.304-000</u>
E-mail: <u>adurboarista@gmail.com</u>	Tax (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Macapá - 16 de janeiro 2020

Denilze Correia Pontas
Assinatura do Declarante

Procurador a P. João Alves Barbosa Filho

	FICHA DE ATENDIMENTO RAVO III	Nº 1142		SAMU 192				
UNIDADE:		EQUIPE: <i>Paulo Delfino</i> <i>Leandro</i>						
Paciente: <i>MAYRON DEYVID DE SESAUS OLIVEIRA</i>		Idade: <i>23</i>		Sexo: <i>M</i>				
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>		Raca: Branca <input type="checkbox"/> Negra <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia <input type="checkbox"/>						
Endereço: <i>Av. dos Unipiantes</i>		Bairro: <i>Buriti</i>						
Nº <i>10125</i>	DATA <i>17/06/19</i>	HORA J/9: <i>14:47</i>	BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> RADIO				
Médico (a) Regulador (a): <i>Dr. Anderson</i>		HORA J/0: <i>15:00</i>	<input checked="" type="checkbox"/> CELULAR					
ACIDENTE:	<i>Colisão com muro</i>							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input checked="" type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe <input checked="" type="checkbox"/>								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica					
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência					
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar					
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Outras <i>Paciente de</i>					
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA					
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete				
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança				
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag				
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança				
AVIAÇÃO								
VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVULSÃO NEUROLÓGICA					
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Miose				
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Anisocoria				
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho Alcoolizado				
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input checked="" type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora				
<input type="checkbox"/> Outro: _____								
ANÁLISE DE REGISTROS								
Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DDR"	Glasgow
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>27</i>	<i>102%</i>	<i>36.8</i>	-	<i>08</i>	<i>15</i>
Fim <i>15:19</i>	<i>120/70</i>	<i>113</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	-	<i>06</i>	<i>16</i>
AVIAÇÃO								
LESÃO IDENTIFICADA					ABERTURA OCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/> Dor					<input type="checkbox"/> Espontânea			
<input type="checkbox"/> Hematoma					<input type="checkbox"/> Ao comando			
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão					<input type="checkbox"/> A dor			
<input checked="" type="checkbox"/> Escoriação					<input type="checkbox"/> Sem resposta			
<input type="checkbox"/> Laceração					RESPOSTA VERBAL			
<input type="checkbox"/> Luxação					<input checked="" type="checkbox"/> Orientado			
<input type="checkbox"/> Fratura fechada					<input type="checkbox"/> Confuso			
<input type="checkbox"/> Fratura exposta					<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas			
<input type="checkbox"/> Amputação					<input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis			
<input type="checkbox"/> Evulsão					<input type="checkbox"/> Sem resposta			
<input type="checkbox"/> Afundamento de crânio					RESPOSTA MOTORA			
<input type="checkbox"/> Ferimento penetrante					<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos			
<input type="checkbox"/> Tórax instável					<input type="checkbox"/> Localiza a dor			
<input type="checkbox"/> Enfiamento subcutâneo					<input type="checkbox"/> Movimento de retrada			
<input type="checkbox"/> Ferida aspirativa					<input type="checkbox"/> Flexão anormal			
<input type="checkbox"/> Empalamento					<input type="checkbox"/> Extensão anormal			
<input type="checkbox"/> Outros					<input type="checkbox"/> Sem resposta			
ANÁLISE DE REGISTROS					ANÁLISE DE REGISTROS			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias			
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecçosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros			
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicção de uso				
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Digestiva						
Gravidade: <input type="checkbox"/> Ito <input checked="" type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa								
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)					SAMU 192 (V) CONFERE			
					Em <i>26/07/19</i>			
					<i>Anaís</i>			
					Ru:			
<input type="checkbox"/> Cancelamento					<input type="checkbox"/> Polícia Militar			
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento					<input type="checkbox"/> Guarda Municipal			
<input type="checkbox"/> Hospitalização					<input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro			
					<input type="checkbox"/> Outros:			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVM7 L537D ZCE59 D3EDA

William R. Studd
101, Entenweg-APH
55151-2400

Assinatura e carimbo do responsável:

17/06/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

dia 18/06/19 - VLS

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PRFTE
Av. Brigadeiro Ecuarunã Gomes, 3300

Classificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07 19	24
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	27/12/1996		22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214	
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR
Mão	Pai		Contato			
REFJANE DE JESUS	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		(95) 99116-5634			
Endereço	RUA - MONTEIRO LOBAO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR					Ocupação
						ENTREGADOR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sela	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA SOARES		
Queixa Principal	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue				

DOR EM PEXNA E TORNOMELO

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	NO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCARRO. TRAISSO PULO SAMU PARA PRANCHIA LONGA COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico
A: VIAS AEREAIS PERENES B: HVE PRECISO C: ABDOMEN MOLE D: GCS XV E: EXA E TORAX
ZERO INCHADO E COM ESTERILIDADE

Hipótese Diagnóstica
TRAUMA CONTUSO DE TORNOMELO

SADT - Exames Complementares	() RAIO-X	() ULTRA-SOM	() TC	() SANGUE	() URINA	() ECG	OUTROS
	PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO

TILATIL 40mg EV
DIPIRONA 5g EV

Conduta	() Alta por Decisão Médica	() Amulatório
	() Alta a Pedido	() Observação (Até 24h)
	() Alta a Revolta	() Internação
	(X) Transferência para: ORTOPEDIA	Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IMR Analista: / /
-------	--	--

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressa por: antonia soares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33



1901124155

BLOCO B

ALTA: 09/07/2019

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR

3 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

MAYCON DEVIDA DOS OLIVEIRA

5 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

16/04/1972

6 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/1966

7 - Nº DO PRONTUÁRIO

173138

8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rafael de Jesus

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

Rua Monteiro Lobato - 44 - Centro

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapetininga - SP

11 - COD. IBGE MUNICÍPIO

12 - UF

13 - CEP

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito com moto colido X carro (SU) com consequente trauma costal no T12 (E).

HOSPITAL GERAL DE ITAPETININGA
Av. Brig. Eduardo Guinle
Nova Pádua - Itapetininga - SP (13) 2181-0622
AUTENTICAÇÃO

1 - Ass. 259

Carimbo e Assinatura presente
Após a validação Original
por este estabelecimento.

15 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Cirúrgico

16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, Exame físico e RX.

17 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de costela (E).

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 SECUNDÁRIO 24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - CNES

32 - CPF

11/06/19

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. [Assinatura]
Médico de Emergência
CRM 123456-78
R. 1234, R. 1234

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO EMPLETO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CATEGORIA DA EMPRESA

41 - CATEGORIA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - PROSEGUINDO

48 - NÃO SEGURO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - CNES

53 - CPF

54 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

18/06/19

0308010019
5818 T068
V799

até 3.7

0408050578
5826
V299



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03.07.19

O.S.:

Mayron Daniel De
Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia
- 2) Repara e Antroposia
- 3) Colocação de campos estereos
- 4) Incisão intersticial + clivagem por placas
2da abordagem de focos de fratura
- 5) Redução fratura + fixação com placa de
térreo de ouro. 07 furos, 2mm perfurações
+ parafusos longos com anéis
de bloqueio de imagens
- 6) Sutura por planos após L.D.C.
- 7) Lavagem
- 8) RPA



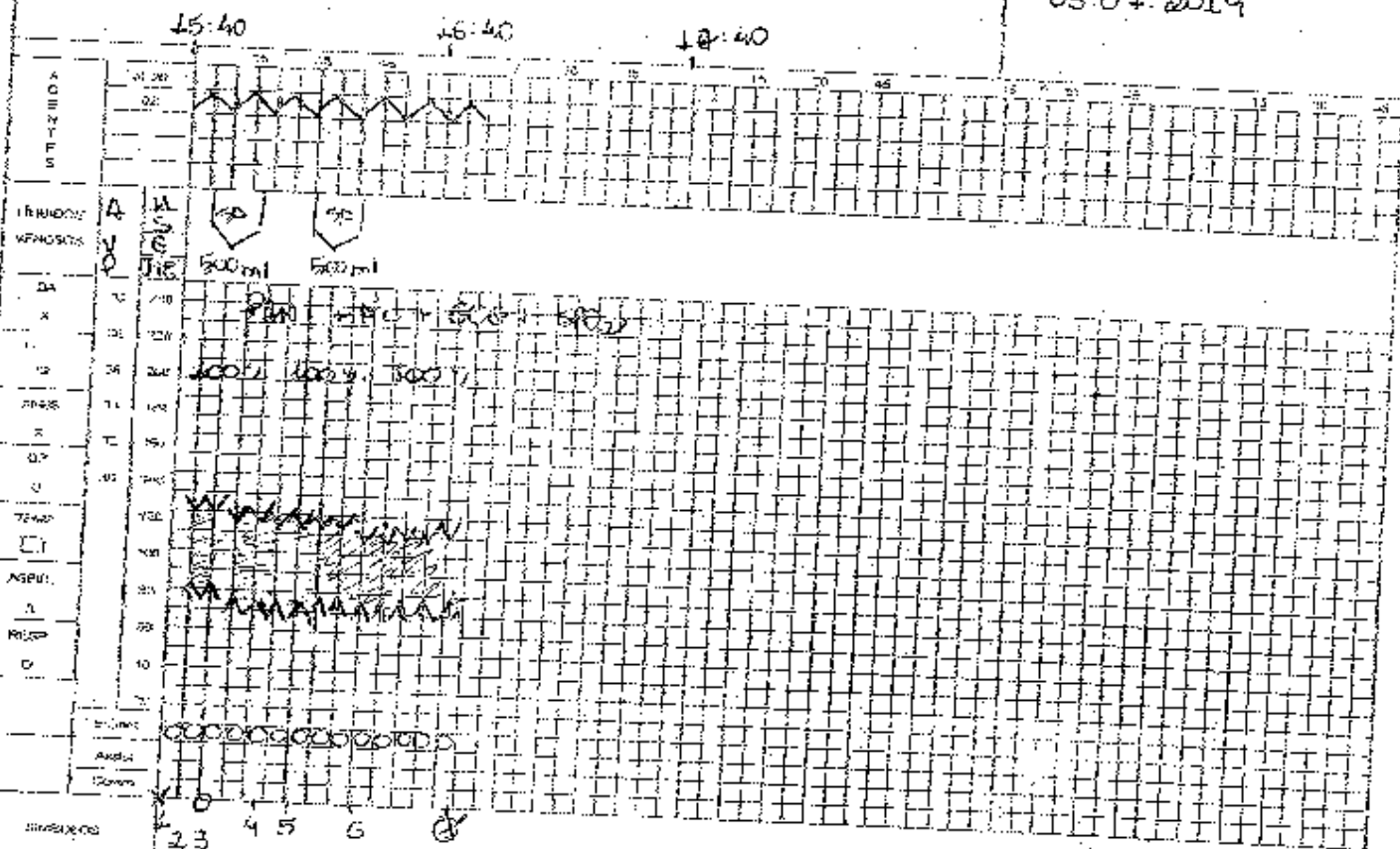
GOVERNMENT OF THE STATE OF TEXAS
Department of Transportation

FICHA DE ANESTESIA

Mapicon Original de Geral Oliveira, 22 a

Boa Vista, RI

03.07.2014

[illegible]

Direttore de Freitas di Kanogo Esquendo

Ma evulgiere 1 La ferit
La Arxiduk

Dr. Renato Sanchez De Arce

Fig. 1. H_2 and H_2O production from H_2O_2 decomposition.

3. cefazolinum 1g bi
4. Dexametazonum 40mg bi
5. Tenoxicam 40mg bi
6. Jipinona 2g bi

⊗ Encaixando paciente para SRP.

~~Dra. Evelyn Fernandes
Médica CRM/RN 1484
Anestesiologista RQE 161~~



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

222

NOME DO PACIENTE: Maycon Cayard de Jesus APT OU LEITO: 212-3 Nº DO PRONTUÁRIO: 0310211 DATA: 03/02/17

TIPO: Osteomíte Fratura + Fx CIRURGIA: Esquerda

INICIO: 16:26 HM: 17:10 TEMPO DE DURAÇÃO: 45 TEMPO TOTAL: 45

CIRURGIÃO: Dr. Rogério ANESTESISTA: Dr. Ezequiel

1ª AUXILIAR: Dr. Marcelo A. RFS. ANESTESIA: Res. Anestesia

2ª AUXILIAR: Res. INSTRUMENTADOR: Res.

TIPO DE ANESTESIA: Local CIRCULANTE: Res.

QUANT. MATERIAIS VALOR QUANT. MEDICAMENTOS VALOR

<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE FORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDAN Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEJ	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA PROSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			Kit CATARATA	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEFOAM	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<u>Alcool 300ml</u>			OUTROS: <u>0</u>	
	<u>Cloroxidina 300ml</u>				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

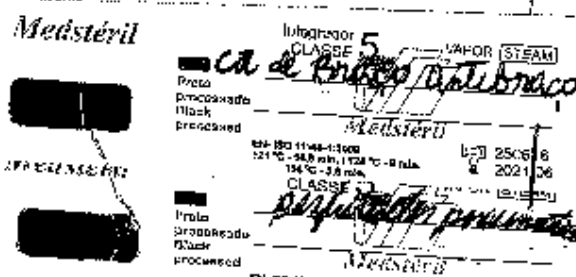
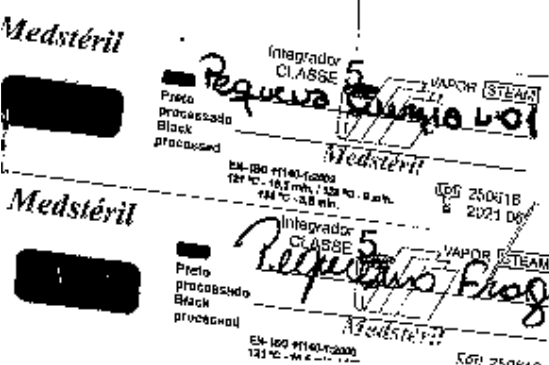
INSTRUMENTADOR (A): Roberto ENFERMEIRA CHEFE: Luciano

FUNCIONÁRIO/CALCULOS: Luciano CIRCULANTE DE SALA: Luciano

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE





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

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomielite Antrax Tm2	
Nome do Paciente: Maycon Depied de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário: 5172	Data: 08/07/19	
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala: 05	Circulante de Sala: João / Roraima
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço			
Hospital Geral de Roraima ()		Empresa (X)	Dados Adicionais: fio - saúde
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
	placa Tere 1/2 3 Furos	01	
	parafuso cortical N: 14	02	
	" " N: 16	01	
	" " N: 15	01	
	parafuso espinal N: 22	01	
	parafuso espinal N: 24	01	

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério / Dr. Paulo B. 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo A.

INSTRUMENTADOR: YANIK

VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/06/2019	DN	27/12/1996
PACIENTE MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA					
AGNOSICX DE TORNOZELO E					
ALERGIAS	HAS	DM2	03/07/2019		
IDADE	22	LEITO	212-3	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE				SN 2
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				Su
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				Su
9	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Su
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN				06
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				curativo
15	CURATIVO DIÁRIO				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM
QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA
BOTA.

SINAIS VITAIS		FC	FR	
8 H	PA			
12 H	125/74	73	-	36°
18 H	125/74			
24 H	125/74			
# PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Anderson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

012:15 Paciente no leito
curativo de - suante
PA

36°
PA: 120x60
P: 70
T: 36
Vindo às 18:40 do c e
Agua e os curativos do
infermeiro.

03.07.2019
prescrição de
curativo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posseger Direto

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 391317-1 DATA DE
Emissão 15/02/2018

NOME
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO PEREIRA DE OLIVEIRA
RENAN DE JESUS

NATURALIDADE
SÃO LUIZ - RR

DOC. ORIGEM
CERT. NASC 5485 PLS 43 LIV 2-B
SÃO LUÍZ - RR

CPF
071.273.832-14

2ª VIA

ACARDEU ROCHA TRIANI
1ª Direção de Registro Civil do Estado de Roraima
Data: 15/02/2018

DATA DE NASCIMENTO
27/12/1998

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maycon Wenyid de Jesus Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Perito RG: 391317-1 SSP/RR
CPF: 023.273.832-14
ENDEREÇO: R. Pedro Praça, 1882, Ass. Branca.
VÍTIMA: Maycon Wenyid de Jesus Oliveira
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ 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.

BOA Vista 16 de JULHO de 20 19



Maycon Wenyid de Jesus Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF: 021.273.832-14

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

