

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:
2964763220210129165420

Processo 0800691-03.2021.8.23.0010 - (16 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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																			
Filtros 																																			
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/> Data do Movimento(Período): <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="text"/>																																			
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11																																			
500 por pág.  1																																			
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO																																			
11	29/01/2021 16:54:20	Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (13/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;">: 2780413CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%;">Público</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: 2780413CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td>: KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td>Público</td></tr> </table>					11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2780413CONTESTACAO01.pdf	Público	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2780413CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																			
11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2780413CONTESTACAO01.pdf	Público																																
11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: 2780413CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público																																
11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	: KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público																																
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA																																			
10	28/01/2021 16:10:06	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 28/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (13/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA																																			
9	28/01/2021 15:21:41	(Pelo advogado/curador/defensor de DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA) em 28/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (13/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado																																
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO																																			
8	19/01/2021 14:54:38	Para advogados/curador/defensor de DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (13/01/2021)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário																																
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO																																			
7	19/01/2021 14:54:38	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (13/01/2021)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">6</td><td style="width: 30%;">13/01/2021 17:44:45</td><td style="width: 40%;">PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</td><td style="width: 30%;">Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>5</td><td>13/01/2021 15:01:23</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>4</td><td>13/01/2021 15:01:23</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>3</td><td>13/01/2021 15:01:23</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</td><td>SISTEMA CNJ</td><td colspan="2"></td></tr> <tr> <td>2</td><td>13/01/2021 15:01:23</td><td>Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr> </table>						6	13/01/2021 17:44:45	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado			5	13/01/2021 15:01:23	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ			4	13/01/2021 15:01:23	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ			3	13/01/2021 15:01:23	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ			2	13/01/2021 15:01:23	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
6	13/01/2021 17:44:45	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado																																
5	13/01/2021 15:01:23	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																
4	13/01/2021 15:01:23	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																
3	13/01/2021 15:01:23	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ																																
2	13/01/2021 15:01:23	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1</td><td style="width: 30%;">13/01/2021 15:01:23</td><td style="width: 40%;">JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td style="width: 30%;">Wallyson Barbosa Moura Advogado</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						1	13/01/2021 15:01:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado																										
1	13/01/2021 15:01:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado																																



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774634806

PLA 01	CPF/RENAVAM 00499830849	RNTRC	EXERCÍCIO 2018
DAMARIS MENESSES VIEIRA SILVA			
005.210.182-77		PLACA NUI5499	
PLACA ANT/UF 362JC4820DR021853		CHASSI	
ESPECIE/TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC.		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
MARCAS/Modelo HONDA/BIZ 125 ES		ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2013
CAP/POT/CIL 2P/0124CC/		CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE VERMELHA
I P V A	COTA UNICA *PAGO*	VENG. COTA UNICA *PAGO*	VENG. COTAS 1º *****
	FADA/I.P.V.A. ** PAGO COTA UNICA **	PARCELAMENTO/COTAS	2º ***** 3º *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 100.7		IOF (R\$) R\$105,5	PRÉMIO TOTAL (R\$) 22/01/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB SAIR DA MAZ OCIO			
Antonio Francisco Beserra Marques Diretor Presidente DETAN-RR		DATA 31/10/2018	
LOCAL BOA VISTA-RR		DATA 31/10/2018	

VALID

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE, OU POR SUA CARGA, APESAR DA TRANSPORTADA OU NÃO, SEGURO DPVAT

RR Nº 013774634806 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

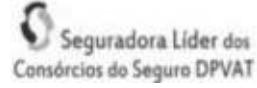
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PLA 01	CPF / CNPJ 005.210.182-77	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 31/10/2018
RENAVAM 00499830849		MARCAS / MODELO HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB. 2012	CHASSI 9 902JC4820DR021853	Nº CHASSI	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) R\$81.29	DETAN (R\$) R\$9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15		IOF (R\$) R\$0.7	TOTAL PAGO SEGURO (R\$) R\$185,0
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE OUTAÇAO 22/01/2018			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04
75036688

VALID

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

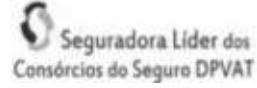
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Damares Meneses Vieira Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 3616916
CPF: 005.210.182-77 ENDEREÇO: R. Antônio Lôbo de S
BAIRRO: Santa Lúcia CIDADE: Boa Vista
CEP 69.317-176

VÍTIMA: Damares Meneses Vieira Silva
CPF: 005.210.182-77 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua cc 11, 294 lauro Moreira

PODERES:

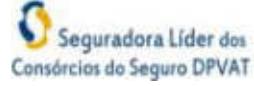
Para requerer o seguro DPVAT por intendida a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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-RR, 19 de Agosto de 2020

Damares Meneses Vieira Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16087512



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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16087512



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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

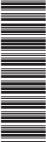
Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00050786



Pag. 01571/01572 - carta_11 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZR8 8UG3P JKNT4 JBP9A



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

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2001224880	27/02/2020 14:24:58	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	23			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
DAMARIS MENESES DA SILVA		27/05/1990	29 A 9 M 0 D	708907710101315	00521018277	00153950			
Identidade	3616916	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe		SSP-RR		31/05/2007	F		PARDA	TUNTUM - MA	BRASILEIRA
JOSILDA MENESES DA SILVA		Pai		CICERO PEREIRA DA SILVA		Contato			
Endereço						(95) 99126-1883	Ocupação		
RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR									

Class. de Risco	Piano 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				Pressão	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				Registrado por:	
Queixa Principal	_____					ANTONIA.SOARES

Acidente automobilístico

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>Paciente refere acidente automobilístico moto x moto refere dizer 9/10 no MZE. Nao TCE, vômitos, A: auscultas peritórias, sem colar cervical D: pupilas isocônicas, B: eupneia em an ambiente ECG: 55 C: sem sinais de sangramento E: escoriações em MMII e MSE.</p>	
Hipótese Diagnóstica	<p>1. Trauma</p>	
SADT - Exames Complementares	<p><input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____</p>	
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dipirona 2g evagone 2) Tidatil 40mg ev evagone		16:35 PA: 113/184 FC: 72
3) Dexam 1mg (f) febre 16:50 4) Sifex 250ml (f) febre 16:45 8) Trasmedol 10mg IV Carlos Alberto Jr. Médico CRM-RR 2020		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Rio - CEP: 69010-0620
A.U.F. 1000

Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação</p>	<p>Certifico que o paciente é esente copia de Ficha de alta. O original não foi apresentado nesse Hospital</p>
Óbito			1. ABL 2020 Sheila
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	UML Anatomia Patológica	

Laudoni Junior
Médico
CRM-RR 1882

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável



Anexo 1

BLOCO A

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			Identificação do Paciente		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO		
Damaris M. V. Sela			453950		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		
408120771101401315			27/05/1990		
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			José Lúcio Menezes de Siba		
11 - TELEFONE DE CONTATO			12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		
000 919112648163			Rua Antônio Lautêm de Siba 1745 Senador Freitas		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP		
BV			RJR		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Ft expost a aletor (5)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Cervix					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bldg. Eduardo Gómez, S/N Novo Progresso - Tel. (65) 3620-4770					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame fez + ft					
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO			21 - CID 10 PRINCIPAL		
Ft expost a aletor (5)			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			que foi apresentado neste hospital		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Aletoronto de Ft ulna (E)					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - DOCUMENTO			29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
<input type="checkbox"/> CNS			<input type="checkbox"/> CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Vito Paracut					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
27/01/20					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNPJ DA EMPRESA					
41 - CNOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	
<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
<input type="checkbox"/> CNS			<input type="checkbox"/> CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
27/01/20					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
6408020431					
5522					
1499					

27/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

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

1^ª Classificação Reclassificação
VERDE Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2001224995	27/02/2020 19:39:55	FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA		NOTURNO 19-	1	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA		27/05/1990	29 A 9 M 0 D	708907710101315	00521018277	00153950
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE 3616916		SSP-RR	31/05/2007	F	PARDA	Naturalidade
Mãe		Pal		TUNTUM - MA		
JOSILDA MENESES DA SILVA		CICERO PEREIRA DA SILVA		Contato		
Endereço				(95) 99126-1863		
RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Ocupação		
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal	
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Professional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			37,00		120 x 80
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
SALA DE GESSO/ORTOPEDI	DEMANDA ESPONTANEA			KAREN.GARCIA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
relata retorno com ortopedia						
Anamnese de Enfermagem		GSC A0: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Fx em antebraço (E), peito (elástico)				
Exame Físico		A dor é palpável no antebraço (E)				
Hipótese Diagnóstica		Fx no antebraço (E)				
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:				
		<input type="checkbox"/> Admissão <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Ita: / / / / / /				
Óbito						
Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: viviam
Data/Hora: 27/02/2020 19:41:58





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27/01/2021 O.S. _____

Jamari M. V. S. S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx exposto antebraço (F) + luxo

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: artroscopia Frx de antebraço (ulna)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º auxiliar: Regez

2º AUXILIAR: Morey A. R. 2 INSTRUMENTADORA: _____

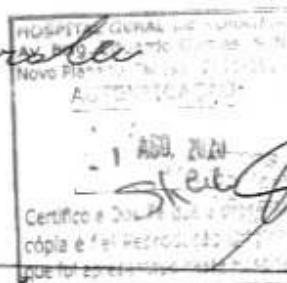
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct dorn + enxte
2. Enxte + artex + cap art
3. Tmava longilobul em regio post ... V. C.
antebraço (F) + fixação por placa art - ofce
4. fratura + redução cont + control
fratura + placa DCP 6 burr 06mm
5. control fratura
6. Lmrc + mtr + curvatura





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— “Amazônia Patrimônio dos Brasileiros” —

FICHA DE ANESTESIA

Bruno Thiagi L.C. 1000
MEDICO
CRM-MR 1028

⑥ Diving in



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

SACOLA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRURGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Extracranianoplastia M. e C. flesc. c.	
Nome do Paciente: Jairanil Menezes Oliveira Silveira		IDADE: 29	SEXO: F (M)	Nº do Prontuário	Data 27/04/20
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala I	Circulante de Sala: Nadine	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequeno. Frasco					

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Amarcos Aguiar

INSTRUMENTADOR:

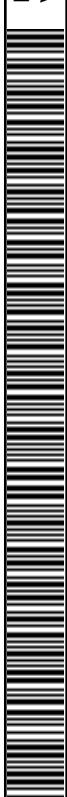
MÉDICO CIRURGÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0695) 2121 0637
E-mail: sgn.mh.hgr@mail.com



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

Anestesista Drº. Otávio Paula | Rua. Bruno
Responsável Cirurgião Dr. Vitor Araújo,
Rua. Monteiro

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
(Sim) (Não)

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
(Sim) (Não) (Não se Aplica)

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
(Sim) (Não) (Não se Aplica)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
(Sim) (Não)

() O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(Sim) (Não) (Não se Aplica)

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome Homem de Deus Viana Silveira
Responsável Cirurgião Dr. Vitor Araújo,
Rua. Monteiro

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento (Sim) (Não)

RISCO CIRÚRGICO

- () Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM P FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- () Sim, Qual: Melhora

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não

- () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- () Não

- () Sim, e acesso endovenoso adequado e plancjamento

para fluidos

- Loxox de Urtuado. Sem intubação fisiológica.
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica

- () Sim,
Qual: _____

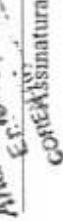
Hora: _____

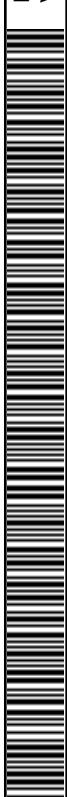
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim

- () Não se aplica

Data 27/01/2021 Assinatura Camilo Hora: 10:30h


Ana Emanoel
Assinatura e Carimbo



Bl A 102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Damaris m. v. set		
AGNÓSTICO	POS - OP F+ celos (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NÓRMOCORADÔ, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100+60	70	36-

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 110+70 70 36-

102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



PROJUDI 0800691-03.2021.8.23.0010

DATA DE ADMISSÃO		DIH	27/02/2020	DN
PACIENTE	DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	<u>102-2</u>	
ITEM			DATA	28/02/2020
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			<u>3W/2</u>
3	TIATIL 20MG EV DE 12/12H			<u>10 26</u>
4				<u>12 18</u>
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			<u>12 18</u>
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA			<u>12 18</u>
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			<u>12 18</u>
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II			<u>12 18</u>
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			<u>12 18</u>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<u>12 18</u>
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			<u>12 18</u>
12				<u>12 18</u>
13	CURATIVO			<u>12 18</u>
14	SSVV + CCGG 6/6H			<u>12 18</u>
15				<u>12 18</u>
16	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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM USO DE CURATIVO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. CIRURGIA REALIZADA DIA 27/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	17
12 H	138/87	67		36,6°C
18 H	111/70	65		36,0°C
24 H	128/81	59		36,3°C

06/4 129/85 62 36,4°C
Tensão arterial 129/85 mmHg 62 batimentos/min 36,4°C
DM → CPM

Unidade Hospitalar
COREN-RR 22.389.11



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Domorin, Manoel Viana *29*
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA *27/12/2019* AOS *27* ANOS,
DIAGNÓSTICO DE *Fratura exposta de fíbula e tibia* E, COM

NO DIA *27/12/2019*

FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR.

U. L. P. P. Mota *E DR.*

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA

29/12/2019 ÀS *10:00hs*, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

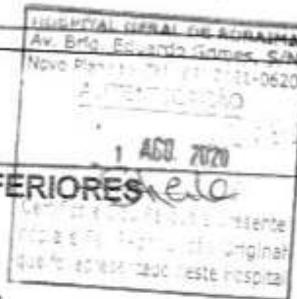
CORONEL MOTA NO DIA

1/1/2020 ÀS *10:00hs*, COM O

DR. *U. L. P. P. Mota*

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES.
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
09/01/2020

BOA VISTA *29/12/2019*

MÉDICO

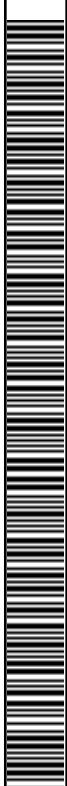


DAMARIS MENESSES DA SILVA

3066

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

005.210.182-77

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Wâmara Nunes Vieira Selva

6 - CPF:

005.210.182-77

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

R. Antônio Coutinho da G

11 - Bairro:

Bento Luzia

12 - Cidade:

Bento Luzia

15 - E-mail:

william.goncalves.1993@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-176

16 - Tel.(DDD):

09113-3855

17 - Nome completo do Representante Legal:

Wâmara Nunes Vieira Selva

18 - CPF do Representante Legal:

005.210.182-77

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.000,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

00030485

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado

Acre (AC)

Amapá (AP)

Amazonas (AM)

Ceará (CE)

Distrito Federal (DF)

Espírito Santo (ES)

Goiás (GO)

Maranhão (MA)

Mato Grosso (MT)

Mato Grosso do Sul (MS)

Pará (PA)

Paraná (PR)

Pernambuco (PE)

Piauí (PI)

Rondônia (RO)

Roraima (RR)

Sergipe (SE)

Tocantins (TO)

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

nascer

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 10:49 Data/Hora Fim: 28/02/2020 10:49
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/02/2020 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Luzia

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DÂMARIS MENESSES VIEIRA SILVA (COMUNICANTE , VITIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 27/05/1990	Idade: 29 anos
Naturalidade: MA - Tuntum	Profissão: Do Lar			
Estado Civil: Casado(a)				

Nome da Mãe: Josilda Meneses da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 361691-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua antonio coutrim da silva

Nº: 1745

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99130-5329 (Celular)

Nome Civil: JHONATAN VIEIRA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 04/10/1989	Idade: 30 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Auxiliar de Cartório		
Estado Civil: Casado(a)			

Nome da Mãe: Raimunda Arleide Vieira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3165299

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99126-1863 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Baião da Silva
Data de Impressão: 28/02/2020 10:50

Página 1 de 2

PPe - Patrulhamento Policial Eletrônico





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA/BIZ 125

CPF/CNPJ do Proprietário 005.210.182-77

Placa NUI5499

Renavam 00499830849

Número do Motor JC48E2D021853

Número do Chassi 9C2JC4820DR021853

Ano/Modelo Fabricação 2013/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 30/10/2018

Situação do Veículo REST.BEN TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvidos

Dâmanis Meneses Vieira Silva

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: a vítima acima qualificada é sua esposa; Que a mesma pilotava a motocicleta acima descrita; Que a vítima transitava pela rua Antônio Coutrim da Silva, NAT2719; Que esta transitava pela via preferencial; Que houve a colisão entre os envolvidos; Que a vítima foi encaminhada pelo SAMU ao pronto socorro estadual HGR; Que segundo o comunicante a vítima fraturou o braço esquerdo e ficou lesionada em parte do corpo. Era o que tinha a comunicar.

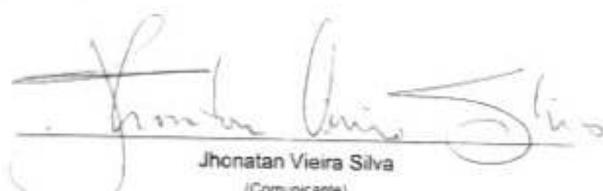
ASSINATURAS


Washington Baião da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42000335

Responsável pelo Atendimento


Jhonatan Vieira Silva

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração: sou de fato o(a) Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do 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 ASL:

3 - CPF da vítima:

005.210.182-77

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Wâmara Nunes Vieira Selvão

6 - CPF:

005.210.182-77

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

R. Antônio Coutinho da G

11 - Bairro:

Bento Luzia

12 - Cidade:

Bento Luzia

15 - E-mail:

william.goncalves.1993@gmail.com

9 - Número:

1795

10 - Complemento:

R3

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-176

16 - Tel.(DDD):

091

17 - Tel.(Número):

33855

18 - Tel.(Número):

33855

19 - Profissão do Representante Legal:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

00030485

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado

Acre (AC)

Amapá (AP)

Araguaia (AR)

Amapá (AP)

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

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

 Sim

 Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bento Luzia, PR 25 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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



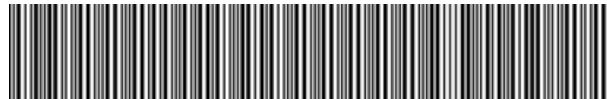
RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves França
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Damares Menezes Viana S inscrito (a) no CPF sob o N° 005.910.182, 77,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Damares Menezes Viana S
inscrito (a) no CPF sob o N° 005.910.182, 77, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua CC 11	Número:	294	Complemento:
Bairro:	Barro Preto	Cidade:	RR	Estado:
E-mail:	W.Franca992@gmail.com	CEP:	69.318-050	Tel.(DDD):
			99113-3835	

Local e Data: Boa Vista RR 25 de Agosto de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante

