RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.033-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 360/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO »

SEU CÓDIGO
006/249-1

Nº da Nota Fiscal: 5180678

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
MAIO/2020	[illegible]/06/2020	406	274,58

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
R. OP VI 582 - OPERARIO
CEP: 69.316-284 - BOA VISTA
CPF: 008083753077372

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	26347
Anterior:	25941
Dias de consumo:	29
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	406
Consumo Faturado:	406

DATAS DA LEITURA	
Atual:	13/05/2020
Anterior:	14/04/2020
Próxima leitura:	13/06/2020
Emissão:	12/05/2020
Apresentação:	13/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	4.1.2.1
Classe/Subclasse:	RURAL
Ligação:	MONO
Número Medidor:	E2709048
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	1 140942S

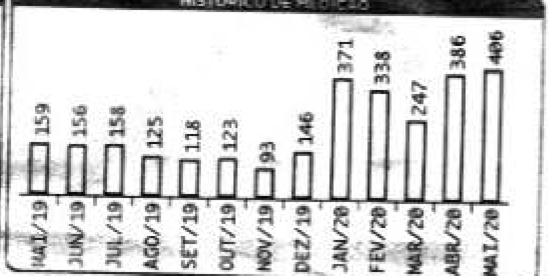
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	406 A R$ 0,572762	232,54
ILUMINACAO PUBLICA		42,04

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 406 - 0,465508

Média 12 meses: 241

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Seguradora LÍDER

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: 803.756.773-72
4 - Nome completo da vítima: Luiz Clayton dos Santos Rocha

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Luiz Clayton dos Santos Rocha
6 - CPF: 803.756.773-72
7 - Profissão:
8 - Endereço: rua OP VI
9 - Número: 582
10 - Complemento:
11 - Bairro: Operário
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.316-284
15 - E-mail: luizclayton483@gmail.com
16 - Tel.(DDD): (95)98117-2831

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00118344 6 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 21/08/2020

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"

DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 7920/2020/BOLETIM ON-LINE

O Sr.º
NOME: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
RG: **316482596 SSP/CE**
SEXO: **MASCULINO**
DATA DE NASCIMENTO: **22/09/1978**
TELEFONE: **95-98117-2831**
ENDEREÇO: **RUA – OP VI, 582**
BAIRRO: **OPERÁRIO**

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário do Veículo.

- **MOTONETA HONDA/CG 160 TITAN EX;**
- **PLACA NAW - 5057;**
- **COR PRETA;**
- **ANO 2017/2017;**
- **RENAVAM 01124601438;**
- **CHASSI 9C2KC2210HR511709;**
- **LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (PROPRIETÁRIO);**

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Agente Carcerário de Policia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
Comunicante

Fls: 1
Visto:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022145/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/08/2020 09:59:55 Data/Hora Fim: 03/08/2020 09:59:55
Origem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: WEB (Delegacia Virtual) Nº do Documento: 7920/2020 Data: 01/08/2020
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 06/06/2020 17:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Não se aplica
Logradouro: RR 205
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 22/09/1978 Idade: 42
Profissão: Repositor
Estado Civil: Casado(a)
Naturalidade: Granja - CE
Nome da Mãe: CARLA MARIA DOS SANTOS
Nome do Pai: ANTONIO LOPES DA ROCHA

Documento(s)

RG: 316482596
CPF: 803.756.773-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R OP VI
Nº: 582
Complemento: CASA
Bairro: Operário
CEP: 69.316-284
Email: luizclayton483@gmail.com
Telefone: (95) 99112-7219 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 803.756.773-72
Renavam 01124601438
Número do Chassi 9C2KC2210HR511709
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Veículo Adulterado? Não
Última Atualização Denatran 03/10/2019
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAW5057
Número do Motor KC22E1H511704
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
UF Veículo RR
Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Situação Envolvido
Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7920/2020 - Registrado em: 01/08/2020 às 12h 07min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

LOCAL DO FATO

Data/hora do Fato: 06/06/0020 às 17h 20min

Município: ALTO ALEGRE
Logradouro: RR 205
Bairro: CENTRO
Referência:
Complemento:

UF: RR
Nº: RR 205 ESTRADA CEP:
Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA(41), nascido(a) em 22/09/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de REPOSITOR, CPF Nº 803.756.773-72, País: BRASIL, natural de GRANJA-CE, filho(a) de CARLA MARIA DOSSANTOS e , endereço: RUA OP-VI, cep: 69316-284, Nº: 582, bairro: OPERARIO, BOA VISTA-RR, referência: ÚLTIMA CASA, Telefone: (95) 99112-7219,

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	*1*	*MOTO*	*FOI UM ACIDENTE NA BR SENTIDO BOA VISTA ALTO ALEGRE*

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO. PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAITON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

LUIZCLAYTON DOS SANTOS ROCHA
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
COMUNICANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022145/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	Proprietário

RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO. PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAITON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

ASSINATURAS

Clovis de Siqueira Celane
Agente de Polícia
Matrícula 42000758
Responsável pelo Atendimento

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima estabelecidas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 08/10/2020
ASSINATURA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"

DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 7920/2020/BOLETIM ON-LINE

O Sr.º
NOME: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
RG: **316482596 SSP/CE**
SEXO: **MASCULINO**
DATA DE NASCIMENTO: **22/09/1978**
TELEFONE: **95-98117-2831**
ENDEREÇO: **RUA – OP VI, 582**
BAIRRO: **OPERÁRIO**

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário do Veículo.

- **MOTONETA HONDA/CG 160 TITAN EX;**
- **PLACA NAW - 5057;**
- **COR PRETA;**
- **ANO 2017/2017;**
- **RENAVAM 01124601438;**
- **CHASSI 9C2KC2210HR511709;**
- **LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA (PROPRIETÁRIO);**

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

Agente Carcerário de Policia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
Comunicante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7920/2020 - Registrado em: 01/08/2020 às 12h 07min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 06/06/0020 às 17h 20min

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE
Logradouro: RR 205
Bairro: CENTRO
Referência:
Complemento:

UF: RR
Nº: RR 205 ESTRADA CEP:
Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA(41), nascido(a) em 22/09/1978, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de REPOSITOR, CPF Nº 803.756.773-72, País: BRASIL, natural de GRANJA-CE, filho(a) de CARLA MARIA DOSSANTOS e , endereço: RUA OP-VI, cep: 69316-284, Nº: 582, bairro: OPERARIO, BOA VISTA-RR, referência: ÚLTIMA CASA, Telefone: (95) 99112-7219.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	*1*	*MOTO*	*FOI UM ACIDENTE NA BR SENTIDO BOA VISTA ALTO ALEGRE*

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: EU VINHA SENTIDO ALTO ALEGRE BOA VISTA, QUANDO UM CONDUTOR VINHA SENTIDO BOA VISTA FEZ UMA ULTRAPASSAGEM NO LUGAR PROIBIDO. PRA MIM NÃO BATER NO OUTRO VEÍCULO TIVE QUE SAIR DA BR SENTIDO LAVANDO. O OUTRO CONDUTOR NÃO FOI LOCALIZADO DEPOIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAITON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

LUIZCLAYTON DOS SANTOS ROCHA
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
COMUNICANTE

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, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do Acidente: 06/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00385/00386 - carta_02 - INVALIDEZ
00040193

Carta nº 16215647

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, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308603 **Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

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

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

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$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000653**
Conta: **000000118344-6**
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,

Pag. 00025/00026 - carta_15R - INVALIDEZ
00020013

Seguradora LÍDER

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: 803.756.773-72
4 - Nome completo da vítima: Luiz Clayton dos Santos Rocha

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Luiz Clayton dos Santos Rocha
6 - CPF: 803.756.773-72
7 - Profissão:
8 - Endereço: rua OP VI
9 - Número: 582
10 - Complemento:
11 - Bairro: Operário
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.316-284
15 - E-mail: luizclayton483@gmail.com
16 - Tel.(DDD): (95)98117-2831

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00118344 6 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 21/08/2020

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308603 **Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

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

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00089/00090 - carta_03 - INVALIDEZ
00050045
Carta nº 16147515

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: 3200308603 **Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

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

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01567/01568 - carta_03 - INVALIDEZ
00050784
Carta nº 16097659

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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308603 **Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**

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

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

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

Pag. 00013/00014 - carta_01 - INVALIDEZ
00020007
Carta nº 16084128

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: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000118344-6

Nr. da Autenticação 0E44A46AF566C7DE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do acidente: 06/06/2020

CPF: 803.756.773-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 08/10/2020	Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 803.756.773-72	CPF: 020.134.582-07
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA **Data do acidente:** 06/06/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA P5
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @7 // IMAGEM P11 À 18 // P19

. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do acidente: 06/06/2020

CPF: 803.756.773-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/09/2020	Data do cadastramento: 18/09/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 803.756.773-72	CPF: 020.134.582-07
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA **Data do acidente:** 06/06/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. P5
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR?
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @7 // IMAGEM P11 À 18 // P19
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**13,25 %**	**R$ 1.788,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA **Data do acidente:** 06/06/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do punho E (rádio distal) e Clavícula D

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vitima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro direito e punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em ombro direito em grau moderado e punho esquerdo em grau moderado.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308603 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA **Data do acidente:** 06/06/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do punho E (rádio distal) e Clavícula D

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vitima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro direito e punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do médico examinador, permaneceu deficiência em ombro direito em grau moderado e punho esquerdo em grau moderado.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Data do acidente: 06/06/2020

CPF: 803.756.773-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA : 803.756.773-72

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/08/2020	Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 803.756.773-72	CPF: 020.134.582-07
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

::: Guia de Atendimento 17 :::

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

1ª Classificação | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

2001248343 06/06/2020 19:13:16 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-07 8

Paciente: **LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA**
Data Nascimento: **22/09/1978** Idade: **41 A 8 M 14 D** CNS: **708209168169645** CPF: **80375677372** Prontuário
Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **316482596** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **FORTALEZA - CE** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **CLARLA MARIA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO LOPES DA ROCHA** Contato
Endereço: **RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco | Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: **OUTROS** | Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão

Setor: **GRANDE TRAUMA** | Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** | Procedimento Sol. | Registrado por: **DAL**

Queixa Principal ( )Síndrome Febril ( )Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Paciente alcoolizado

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Paciente masculino, vítima de trauma de diço, acidente de trapézio por queda de moto, com queixa de dor em punho esquerdo, escoriações na queixa atípica em tórax e ombro direito

Exame Fisico

(A) vias aéreas pervias, verbaliza, sem colar cervical
(B) Deformidade em região clavicular direita,

Hipótese Diagnóstica

(C) Sem sangramentos ativos, abdome flácido
(D) ECG 15 (E) Escoriações em MSD, deformidade em região de clavícula (D)

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:______

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Tramadol 100mg SF0,9% 100 mL (EV) agora	OK 20:20h	
(2) SG 5% 500 mL (EV) agora	OK	
(3) Dipirona 2g (EV) agora	OK	
(4) Tenoxicam 40mg (EV) agora	OK Oziel Oviedo Téc. de Enfermagem	

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( )Transferência para:______
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24H)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ___/___/___

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica ___/___/___

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Paraíso ... Certifico que esta cópia ... original que se encontra neste Hospital

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Thaís S. I. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061

Impresso por: **dal**
Data Hora: **06/06/2020 19:21:39**

2001248343

22h 20min Aguarda realização de radiografias solicitadas

Thaís S. L. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061

22:42 - RECUSOU-SE A REALIZAR RADIOGRAFIA, ETILIZADO, SONOLENTO COM OBSERVO

Thaís S. L. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061

Dr. Jorge Barres Freitas
Médico
CRM-RR 2084

Ortopedia:

Recebo paciente pós trauma com luxação de ossos do carpo (mão Esq)

CD: - Redução Incruenta
- Tala axilo palmar
- acompanhar em ambulatório

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
JUL
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é Fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA

( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

PRONTO ATENDIMENTO SESAU COSME E SILVA

( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

2000770497 11/06/2020 16:08:02

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

TARDE 64

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	22/09/1978	41 A 8 M 19 D	708209168169645	80375677372	00102167

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	316482596	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	FORTALEZA - CE	BRASILEIRA

Mãe: CLARLA MARIA DOS SANTOS

Pai: ANTONIO LOPES DA ROCHA

Contato:

Endereço: RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR

Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: AMARELO

Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira:

Validade:

Autorização:

Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA

Profissional do Atend.:

Procedência:

Temp.: 36,00

Peso:

Pressão: 180 x 110

Setor: RECEPÇÃO SPA / URG / E

Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.:

Registrado por: MARCELO.FERREIRA

Queixa Principal

ESCORIAÇOES+DORES NO CORPO+DORMENCIA NA FACE+HAS

( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Paciente com quadro de dormência

Anamnese de Enfermagem

SPO2:99 FC:77

em face iniciou nesta

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

manhã, força diminuída em mmss e mmII

sofreu acidente de moto há 06 dias

nega HAS.

Exame Físico

BEG, [illegible] [illegible], [illegible].

Hipótese Diagnóstica

HAS + paralisia de Bell ?

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:______

CONFERE COM ORIGINAL

Em 18/08/2020

Ass.: [assinatura]

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) p/ observação		18:30 PA 120x70 mmHg
(1) [illegible] p/ HAS		
(2) AVP		
(3) dipirona 02g EV	17:20	
(4) tenoxicam 40mg EV	17:20	
(5) captopril 50mg (VO)	17:20	
(6) verificar PA após 01h		

[assinatura]

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica

( ) Alta a Pedido

( ) Alta a Revelia

( ) Transferência para:______

( ) Ambulatório

( ) Observação (Até 24h)

( ) Internação

Data e Hora da Saída/Alta: __/__/__

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Familia ( ) IML Anatomia Patológica __/__/__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

* Retorna ao consultório 02.

Impresso por: **meiryvania.carvalho**

Data Hora: **11/06/2020 16:58:43**

2000770497

Anne Larissa Pereira

Médica

CRM-RR 2035

18:31 – Reavaliação

Paciente com melhora.

Cd: Alta hospitalar com orientações e receita de medicamentos + [illegible]

Anne Larissa Pereira
Médica
CRM-RR 2002
Anne

CONFERE COM ORIGINAL
Em 18/08/2020
Ass. [illegible]

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

1ª Classificação | Reclassificação ___ : ___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___ : ___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___ : ___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

Visto UVG

2001250034 15/06/2020 10:38:00 **FICHA DE ATENDIMENTO** ORTOPEDIA DIURNO 07-19 1

Paciente
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
IDENTIDADE	**316482596**	**SSP/RR**		**22/09/1978**	**41 A 8 M 23 D**	**708209168169645**	**80375677372**	

Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
M	**SOLTEIRO(A)**	**PARDA**	**FORTALEZA - CE**	**BRASILEIRA**

Mãe
CLARLA MARIA DOS SANTOS

Pai
ANTONIO LOPES DA ROCHA

Contato

Endereço
RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR

Ocupação
NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento
SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento
URGÊNCIA

Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão

Setor
SALA DE GESSO/ORTOPEDI

Tipo de Chegada
DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:
ADAO

Queixa Principal

( ) **Síndrome Febril** ( ) **Sintomático Respiratório** ( ) **Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 **TOTAL**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Paciente vítima de acidente trânsito moto

Exame Físico

Rx: Fx clavícula D + Fx antebraço (E)

Hipótese Diagnóstica

CD: tratado por gesso cervical e antebraço (E).

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS: ______

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[illegible]		
① Retorno no [illegible] p/ programa cirurgia		

Dr. Marcos [illegible]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR [illegible]

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para: ______

( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ___/___/___ ___:___

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica ___/___/___ ___:___

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a cópia [illegible] que foi apresentado nesta [illegible]

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **adao**
Data Hora: **15/06/2020 10:39:37**

2001250034

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA - Patrimônio dos Brasileiros"

DP

DOCUMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO N.º D153 031254

1 - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO

1.1 - DATA: 06/06/20
1.2 - HORA: 18:30
1.3 - OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO: ☐ CNH ☐ CRLV ☒ VEÍCULO ☐ RETENÇÃO DO CRLV PARA REGULARIZAÇÃO

1.4 - Nº DO REGISTRO DA CNH OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR:
1.4 - Nº DO CRLV:

1.5 - PLACA: NAW5057
1.6 - UF:
1.8 - Nº DO CHASSI: 1709

1.7 - MARCA/MODELO: HONDA CG 125
1.9 - ESPÉCIE: PAS

2 - CAUSA DA APREENSÃO
2.1 - Nº DO(S) AUTO(S) DE INFRAÇÃO(ÕES):
2.2 - CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES):

3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR E/OU PROPRIETÁRIO
3.1 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:
3.2 - IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO:

4 - VISTORIA

AUTOMÓVEL

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D
01	PARA-CHOQUES				11	RODAS/PNEUS				21	ESTOFAMENTO			
02	FARÓIS PRINCIPAIS				12	CALOTAS				22	ENCOSTO DE CABEÇA			
03	LUZES DE POSIÇÃO DIANTEIRAS				13	SILENCIADOR				23	USB/RÁDIO			
04	LIMPADOR DE PÁRA-BRISA				14	ANTENA				24	CD PLAYER/RÁDIO			
05	VIDROS				15	TRIÂNGULO				25	DVD PLAYER/RÁDIO			
06	ESPELHOS RETROVISORES				16	EXTINTOR DE INCÊNDIO				26	TELA/MONITOR DE VÍDEO			
07	LANTERNAS DE POSIÇÃO/FREIO				17	ESTEPE				27	MÓDULO AMPLIFICADOR			
08	PISCAS				18	MACACO				28	TAMPA/CAIXA DE SOM REMOVÍVEL			
09	LANTERNA DE RÉ				19	CHAVE DE RODAS				29	BATERIA			
10	PLACAS				20	PÁRA-SOL				30	CHAVE DE IGNIÇÃO			

LEGENDA: (S) - O VEÍCULO POSSUI ITEM DESCRITO
(N) - O VEÍCULO NÃO POSSUI O ITEM DESCRITO
(D) - O VEÍCULO POSSUI O ITEM DESCRITO E ESTÁ DANIFICADO

MOTOCICLETA/MOTONETA

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D
01	RETROVISORES			X	10	PÁRA-LAMAS			X
02	FAROL			X	11	CARENAGEM			X
03	LANTERNA TRASEIRA			X	12	MANETE			X
04	PLACA			X	13	CABO DE FREIO			X
05	PISCAS			X	14	BATERIA			X
06	PAINEL			X	15	CACHIMBO DE VELA			X
07	PNEUS			X	16	DESCANSO			X
08	SILENCIADOR			X	17	VARETA DE ÓLEO			X
09	ESTOFAMENTO			X	18	CHAVE DE IGNIÇÃO			X

MARCADOR DE COMBUSTÍVEL: V | 1/4 | 1/2 | 3/4 | C

ODÔMETRO:

VEÍCULO REMOVIDO PELA VTR:

MOTORISTA:

"O Condutor/Proprietário é ciente que se não fizer a regularização do veículo perante o DETRAN/RR e sua retirada dos pátios de custódia, no prazo de 60 (sessenta dias) contados a partir da data de preenchimento deste documento, o mesmo será levado a Leilão (hasta pública), conforme resolução CONTRAN n. º 623 de 06 de setembro de 2016."

EM CASO "RETENÇÃO DO CRLV PARA REGULARIZAÇÃO": CONFORME DISPOSTO NO ART. 270§2º E §3º DO CTB, ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI O CRLV POR ____ DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA DE EMISSÃO DESTE DOCUMENTO, FICANDO O CONDUTOR/PROPRIETÁRIO NOTIFICADO A COMPARECER AO DETRAN/RR, APRESENTAR O VEÍCULO DEVIDAMENTE REGULARIZADO E RETIRAR SEU CRLV.

5 - OBSERVAÇÕES:
Veículo estava à margem da RR 205 próximo do km 20 - conforme ACP 029/16

6 - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE
6.1 - CÓDIGO DO AGENTE: 2475
6.1 - ASSINATURA DO AGENTE: [assinatura]

7 - CONHECIMENTO E ASSINATURA DO CONDUTOR
DECLARO QUE O VEÍCULO E/ OU DOCUMENTO FOI RETIRADO DE CIRCULAÇÃO EM CONFORMIDADE COM ESTE DOCUMENTO

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/CONDUTOR

8 - RESPONSÁVEL PELO DEPÓSITO
DECLARO QUE O VEÍCULO E/ OU DOCUMENTO FOI RETIRADO DE CIRCULAÇÃO EM CONFORMIDADE COM ESTE DOCUMENTO

DATA | HORA

ASSINATURA: [assinatura]

2ª VIA - CONDUTOR | 3ª VIA - DOCUMENTOS RETIDOS | 4ª VIA - BLOCO

-EMI33

RARIO

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Suely C. dos Sant. RECEITUÁRIO

Laudo médico

Paciente com diagnóstico de fratura do acetábulo (E) + clavícula (D) há ± 2 anos,

Rx evidencia consolidação do acetábulo (E), realizado acompanhamento em relação

Fratura da clavícula (D) ___

Impossibilitado de realizar atividades laborais c/ membro superior (D) ___

CID: S42.0

DATA 23.07.20

Assinatura e Carimbo

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR [illegible]

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto,536 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-96
Telefone 2121 7474

[illegible]

EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP:69316-702- FONE:4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros "

PACS

RECEITUÁRIO

NOME: Luiz C. dos S. Rocha

Uso oral

1 - Cefalexina 500g ——— 40cp
Tomar 1cp 6/6h por 10d

2 - Dipirona 500g ——— 40cp
Tomar 1cp 6/6h

ASSINATURA E CARIMBO

DATA 7/6/20

EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP:69316-702- FONE:4009-9150
RUA DELMAN VERAS. S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

PACS

RECEITUÁRIO

NOME: Luiz Clayton Santos

À Fisioterapia

Paciente com quadro de dormência em face lado (D) há 01 dia.

HD Paralisia de Bell

Solicito acompanhamento com a equipe de fisioterapia

Anne

Anne Larissa Pereira
Médica
CRM-RR 206

11/06/2020

ASSINATURA E CARIMBO

DATA / /

RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA

( ) Verde ( ) Azul Ass.: ( ) Verde ( ) Azul Ass.: ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

2000773575 21/06/2020 15:12:36 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLINICA MEDICA TABE 13-19 35

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS		Prontuário
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA	22/09/1978	41 A 8 M 29 D	708209168169645	80375677372	00102167

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	316482596	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	FORTALEZA - CE	BRASILEIRA

Mãe: CARLA MARIA DOS SANTOS

Pai: ANTONIO LOPES DA ROCHA

Contato: (95) 99112-7219

Endereço: RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR

Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					140 x 100

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA		MARCOS.AZEVEDO

Queixa Principal ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

sat 98, p 74

Anamnese de Enfermagem

nega alergia a medicamento

GSC TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Paciente com queixa [illegible]

Exame Físico

[illegible] em [illegible] de

Hipótese Diagnóstica

[illegible]

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:______

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[illegible] tratamento do tempo de [illegible] [illegible] [illegible]		

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para:______

( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **eberson.silva**
Data Hora: **21/06/2020 15:27:52**

2000773575

CONFERE COM ORIGINAL
Em 18/08/2020
Ass.: [signature]

PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA SESAU

D
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS
4365
HOSPITAL CORONEL MOTA
24/06/2020
Alex
Tam. real

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS 4365

HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

07-06-2020 14:54:08

POLICLINICA COSME E SILVA

ESQUERDO
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
07-06-2020 14:54:08
POLICLINICA COSME E SILVA

D
LUIS CLAYTON DOS SANTOS
5051
HOSPITAL CORONEL MOTA
06/08/2020
Francineide
89.1 %

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS 4779

HOSPITAL CORONEL MOTA 23/07/2020 Vilson 65,5 %

E

/07/2020

65.5 %

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS 4779

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/07/2020

65.5 %

Vilson

DIREITO
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
07-06-2020 14:54:08
POLICLINICA COSME E SILVA

EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

RECEITUÁRIO

NOME: Luiz C. dos Santos Paul

Serviço Médico

Paciente vítima de acidente trânsito (SJC), na radiografia foi evidenciado fratura de clavícula (D) + fratura antebraço (E). Atualmente aguarda programação cirúrgica, realizo acompanhamento ambulatorial no HGR

CID S52
S42.0

DATA 15/06/20

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP 69316-702 · FONE 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

RECEITUÁRIO

NOME Luiz Clayton Santos

À Fisioterapia

Paciente com queda de domicílio com fratura há 01 dia.
HD: Fratura de [illegible]
Solicito acompanhamento com a equipe de fisio

11/06/2020

Anne Larissa Pereira
Médica
CRM-RR 205-

DATA

ASSINATURA E C...

EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

RECEITUÁRIO

NOME: Seiz C. dos S. Rocha

HCM

agendado c/ Dr Patrick 13h

em 4 semanas

DATA 15/06/20

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

RECEITUÁRIO

NOME: Seiz C. dos S. Rocha

RX antebraço E - AP/Perfil

RX clavícula D - AP/Perfil

DATA 15/06/2-

ASSINATURA E CARI

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

R
R

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
316482596 SSP CE

CPF
803.756.773-72

DATA NASCIMENTO
22/09/1978

FILIAÇÃO
ANTONIO LOPES DA ROCHA
CARLA MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
05739721451

VALIDADE
23/10/2022

Nº HABILITAÇÃO
26/03/2013

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
25/10/2017

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

68888003940
RR209422041

ASSINATURA DO EMISSOR

[redacted] RORAIMA [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540653896

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540653896

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200308603

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua OP VI, 582, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 316482596

Data e local do acidente: 06/06/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 22/10/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vitima de queda de moto ao desviar de um veículo com consequente fratura do punho E (rádio distal) + Clavícula D

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

Vitima fez tratamento conservador com imobilização gessada; fez fisioterapia, alta em setembro de 2020

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 160°, extensão aos 45°, abdução aos 90°, adução aos 25°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Ombro D: presença de consolidação viciosa a nível da região da clavícula + limitação dos movimentos de abdução e elevação
Punho E: alteração anatômica local, sem atrofias e com limitação dos movimentos de flexão/extensão

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".
Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Ombro Direito - Médio - 50%
Punho Esquerdo - Médio - 50%

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

Dra. Regina Claudia Henriques Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177