

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:
2980134520210215153525

Processo 0801908-81.2021.8.23.0010 ☆ - (18 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0007249-1

Nº de Nota Fiscal 5180678

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gue Barreto, 521 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.070/0001-44 / Ins. Estadual: 24.905.529-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pelo SENPAZ 369/13

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2020	APRIL/2020	406	232,54

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

CPF: 00080573677572

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	25347	Atual:	13/05/2020	Grupo/Subgrupo:	4.1.2.1
Anterior:	25341	Anterior:	14/04/2020	Classificação:	RURAL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	13/06/2020	Ligação:	MUNO
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	12/05/2020	Número Medidor:	E2739348
Consumo medido:	406	Apresentação:	13/05/2020	Forma de Pagamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	406			Modalidade:	1.1489425

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	406 A R\$ 0,572767	232,54
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		42,04

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 406 - R\$ 463,500

Média 12 meses: 241

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês/Ano	Consumo (KWH)
MAR/19	159
ABR/19	156
MAY/19	158
JUN/19	125
JUL/19	118
AUG/19	123
SET/19	93
OCT/19	146
NOV/19	371
DEZ/19	338
JAN/20	247
FEB/20	386
MAR/20	406



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	803.756.773-72	Luiz Clayton dos Santos Rocha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Luiz Clayton dos Santos Rocha		803.756.773-72	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Operário	Rua OP VI	582	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Operário	Boca Vista	RR	69.316-284
15 - E-mail:	16 - Tel/(DDD):		
luizclayton483@gmail.com	(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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 00118344	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, Boca Vista - RR 21/08/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"

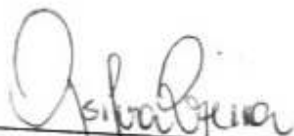


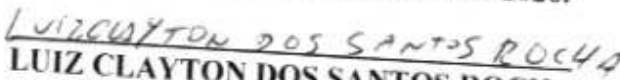
**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 7920/2020/BOLETIM ON-LINE**

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);


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

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

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 da 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

1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS

Meio(s) Empregado(s)

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)

Nome da Mãe: CARLA MARIA DOS SANTOS

Naturalidade: Granja - CE

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

Complemento: CASA

Bairro: Operário

Email: luizclayton483@gmail.com

Telefone: (95) 99112-7219 (Celular)

Nº: 582

CEP: 69.316-284

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

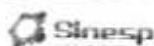
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX

Situação Envolvido

Situação do Veículo RENAINF -
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 08/10/2020 10:56:03

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 N°: 7920/2020 - Registrado em: 01/08/2020 às 12h 07min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE

Logradouro: RR 205

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

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

UF: RR

N°: 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 N° 803.756.773-72, País: BRASIL, natural de GRANJA-CE, filho(a) de CARLA MARIA DOSSANTOS e , endereço: RUA OP-VI, cep: 69316-284, N°: 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 DEPCIS DO ACIDENTE. EU, LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLÍCIA CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
COMUNICANTE

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022145/2020

Nome Envolvido	RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS	Envolvimentos
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA		Proprietário

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 CLAYTON 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 (a) (s) responsável (s) pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que originou, conforme previsto nos Artigos 319-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 08/10/2020 10:56:03

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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);

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

Boa Vista - RR, 18 de Setembro de 2020.

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 CLAYTON DOS SANTOS ROCHA, CPF 80375677372, RG316482596, MOTO TITAN 160EX PRETA, PLACA NAW 5057.

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

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

LUIZ CLAYTON 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

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: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U





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

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: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	803.756.773-72	Luiz Clayton dos Santos Rocha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Luiz Clayton dos Santos Rocha		803.756.773-72	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Operário	Rua OP VI	582	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Operário	Boca Vista	RR	69.316-284
15 - E-mail:	16 - Tel/(DDD):		
luizclayton483@gmail.com	(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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 00118344	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, Boca Vista - RR 21/08/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			



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

Carta nº 16147515

Pag. 00089/00090 - carta_03 - 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: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U





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

Carta nº 16097659

Pag. 01567/01568 - carta_03 - INVALIDEZ



00050784

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: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U





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

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

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: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF: 803.756.773-72

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 06/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 08/10/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
CPF: 803.756.773-72

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 SEGUINTE 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: RAIOS 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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Número do Sinistro: 3200308603

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF: 803.756.773-72

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 06/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 18/09/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
CPF: 803.756.773-72

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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



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 atrofia 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. Cumprir 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 atrofia 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. Cumprir frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima 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



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 atrofia 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. Cumprir 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 atrofia 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. Cumprir frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima 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



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242324/20

Vítima: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF: 803.756.773-72

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 06/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 27/08/2020
Nome: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
CPF: 803.756.773-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308					
2001248343	06/06/2020 19:13:16	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		8	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA		22/09/1978		41 A 8 M 14 D		708209168169645		80375677372	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		316482596		SSP/RR				M	
Nome		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
CLARLA MARIA DOS SANTOS		SOLTEIRO		APARDA		FORTALEZA - CE		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato					
RUA - OP-IV - 582 - OPERARIO - BOA VISTA - RR		ANTONIO LOPES DA ROCHA							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
OUTROS		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						DAL	
Queixa Principal									
Anamnese de Enfermagem									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____h)									
Paciente intoxicado									
Paciente com trauma de dor, acidente de trânsito por queda de moto, com queixa de dor em punho esquerdo, escoriações e queixa atípica									
Exame Físico									
Em tórax e ombro direito									
A) Vias aéreas pervias, verbaliza, sem color cervical									
B) Deformidade em região clavicular direita									
Hipótese Diagnóstica									
C) Sem sangramento ativo, abdome plano									
D) ECG 15									
E) Escoriações em HSD, deformidade									
SADT - Exames Complementares									
X) RAO - X									
ULTRA-SON									
TC									
SANGUE									
URINA									
ECG									
OUTROS:									
PRESCRIÇÃO									
1) Tramadol 100mg									
SFO, 9% 100 mL									
2) SG 5% 500 mL									
3) Dipirona 2g									
4) Tenoxicam 40mg									
APRAZAMENTO									
OBSERVAÇÃO									
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									
Thais S. I. Ferreira									
Médica									
CRM-RR 2061									
Impresso por: dal									
Data Hora: 06/06/2020 19:21:39									
2001248343									

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U

22h 20min Aguarda realização de radiografias solicitadas

22:42 - Recebeu-se a REALIZAR RADIOGRAFIA, UTILIZADO, SINTOMAS COM OBSERVO

Thaís S. L. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061
Thaís S. L. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

Ortopedia:

Recebo paciente pós trauma com luxação de ossos do corpo mão Esq

cd: - Redução Irregular
- Tala arilo palmar
- acompanhamento em ambulatório

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

2000770497 11/06/2020 16:08:02

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

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

Identidade: 316482596 **Órgão Emissor:** SSP/RR **Sexo:** M **Estado Civil:** SOLTEIRO **Raça/Cor:** APARDA **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: 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

Sector: RECEPÇÃO SPA / URG / E **Tipo de Chegada:** DEMANDA ESPONTANEA **Procedimento Sol.:** **Registrado por:** MARCELO FERREIRA

Queixa Principal: ESCORIAÇÕES+DORES NO CORPO+DORMENÇA NA FACE+HAS
Paciente com quadro de dengue

Anamnese de Enfermagem: SPO2:99 FC:77
Em seu início não houve febre, mas após acidente de moto caído em 06 de maio, houve HAS.

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): *15*

Exame Físico: *Beta, cefaleia, náuseas, vômitos, mialgia.*

Hipótese Diagnóstica: *HAS + manifestação de dengue?*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: *CONFERE COM ORIGINAL*

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Em 18/08/2020 18:30 PA	12x70 mmHg
Ass: <i>(Assinatura)</i>	
1) pl. chuveiros	
2) nict. pl. HAS	
3) AUP	
4) nict. 02g eu	17:20
5) Tioxicam 40g eu	17:20
6) Contipril 50mg (us)	17:20
7) Urofina PA 10mg	02g

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

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não **Destino:** ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *Retorna ao consultório 02* **Carimbo e Assinatura do Médico:** Anne Larissa Pereira Médica CRM-RR 2065

Impresso por: melirvania.carvalho
Data Hora: 11/06/2020 16:58:43

2000770497

18:31 - Mavulaca

Paciente em melhora.
Cd. alta hospitalar com exames
e coleta de medicação + acionam

Anne Larissa Pereira
Médica
CRM-RR 2002

Anne

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



... 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.

Vista UVE

2001250034 15/06/2020 10:38:00

FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPIEDIA

DIURNO 07-19 1

Paciente
LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
Data Nascimento **22/09/1978** Idade **41 A 8 M 23 D** CNS **708209168169645** CPF **80375677372** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 316482596 SSP/RR M SOLTEIRO(APARDA 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** N° 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 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 Vem do exila transit m + le

Exame Físico

Rt. fx clavícula A + Rt antebraço (E)

Hipótese Diagnóstica

es: trauma tale por qto cecid m + le

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

lovente m + le

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Retor no bloco 81 progra

Perceiz

Dr. Marcos SAA
Médico Responsável
CRM 14.344
CRM 14.344
CRM 14.344

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? ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

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"					
DOCUMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO				N.º D153	031254				
1 - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO									
1.1 - DATA		1.2 - HORA		1.3 - OBJETO DA RETENÇÃO E REMOÇÃO					
01/06/2020		18:30		<input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> CRLV <input checked="" type="checkbox"/> VEÍCULO <input type="checkbox"/> RETENÇÃO DO CRLV PARA REGULARIZAÇÃO					
1.4 - Nº DO REGISTRO DA CNH OU PERMISSÃO PARA DIRIGIR									
1.5 - Nº DO CRLV									
1.6 - PLACA		1.7 - UF		1.8 - Nº DO CHASSI					
WIAWIS10517				17A1019					
1.9 - MARCA/MODELO		1.10 - ESPÉCIE							
HONDA CG 125		PAS							
2 - CAUSA DA APRENSÃO									
2.1 - Nº DOS AUTOS DE INFRAÇÃO(ES)			2.2 - CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ES)						
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
01	PARA-CHOQUES				11	RODAS/PNEUS			
02	FARÓIS PRINCIPAIS				12	CALOTAS			
03	LUZES DE POSIÇÃO DIANTEIRAS				13	SILENCIADOR			
04	LIMPADOR DE PARA-BRISA				14	ANTENA			
05	VIDROS				15	TRIÂNGULO			
06	ESPELHOS RETROVISORES				16	EXTINTOR DE INCENDIO			
07	LANTERNAS DE POSIÇÃO/FREIO				17	ESTEPE			
08	PISCAS				18	MACACO			
09	LANTERNA DE RÉ				19	CHAVE DE RODAS			
10	PLACAS				20	PARA-SOL			
LAVAGEM: (01) - O VEÍCULO POSSUI ITEM DESCRITO (02) - O VEÍCULO NÃO POSSUI O ITEM DESCRITO (03) - O VEÍCULO POSSUI O ITEM DESCRITO E ESTÁ DANIFICADO									
MOTOCICLETA/MOTONETA									
ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D	ITEM	DISCRIMINAÇÃO	S	N	D
01	RETROVISORES				10	PARA-LAMAS			
02	FAROL				11	CARENAGEM			
03	LANTERNA TRASEIRA				12	MANETE			
04	PLACA				13	CABO DE FREIO			
05	PISCAS				14	BATERIA			
06	PAINEL				15	CACHIMBO DE VELA			
07	PNEUS				16	DESCANSO			
08	SILENCIADOR				17	VARETA DE ÓLEO			
09	ESTOFAMENTO				18	CHAVE DE IGNIÇÃO			
MARCADOR DE COMBUSTÍVEL									
V 1/4 1/2 3/4 C									
ODOMETRO									
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 <input type="text"/> DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA DE EMISSÃO DESTA DOCUMENTO, FICANDO O CONDUTOR/PROPRIETÁRIO NOTIFICADO A COMPARECER AO DETRAN/RR, APRESENTAR O VEÍCULO DEVIDAMENTE REGULARIZADO E RETIRAR SEU CRLV.									
5 - OBSERVAÇÕES									
VEÍCULO ESTÁ NA MANUTENÇÃO DA RUA DE MANUTENÇÃO DO VEÍCULO - CONDIÇÃO RUP 029016									
6 - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE									
6.1 - CÓDIGO DO AGENTE			6.2 - ASSINATURA DO AGENTE						
475PA									
7 - RESPONSABILIDADE DO CONDUTOR									
DECLARO QUE O VEÍCULO E/OU DOCUMENTO FOI RETIRADO DE CIRCULAÇÃO EM CONFORMIDADE COM ESTE DOCUMENTO									
DATA									
HORA									
ASSINATURA									
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/CONDUTOR									
3ª VIA - DOCUMENTOS RETIDOS									
4ª VIA - BLOCOS									

EMI33

ARIO



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

NOME Sey C. da Silva RECEITUÁRIO

Sauco meli

Pacient com dor no 6º fratura 4
anterior (E) + clorist (D) h = 2 mm,

R+ wider consolidação do antebraço (E),
realizo-lo acompanhando em relação

Fratura da clorist (D)

Impontabilidade de ref. estável sobre
el m. b. sup (D)

CSA: 542.0
DATA 23.07.20

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

Dr. Manoel S. Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1205

A. Potier



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

Carimbo Assinatura

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz C. dos S. Rocha

Uso oral

1 - Cefalexina 500g

40g

Tomar 1g 6/6h por 7 dias

2 - Dipiridano 500g

40g

Tomar 1g 6/6h

DATA

7, 6, 21

ASSINATURA E CARIMBO



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

Detalhado aqui.

RECEITUÁRIO

NOME: Luiz Clayton Santos

à Amioterapie

Paciente com quadro de
dormência em face esquerda (E)
há 02 dias.

Hist. Prevalente de mal
social decorrente
com a equipe de fisioterapia

11/06/2020

DATA

Anne Larissa Pereir
Médica
CRM-RR 2062

ASSINATURA E CARIMBO

Anne

RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

Verde
Azul Ass:

Verde
Azul Ass:



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

Paciente: LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA
Data Nascimento: 22/09/1978 Idade: 41 A 8 M 29 D CNS: 708209168169645 80375677372 00102167
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: SSP/RR Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: FORTALEZA - CE Nacionalidade: 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: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: 140 x 100
Setor: RECEPÇÃO SPA / URG / E Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: MARCOS.AZEVEDO

Queixa Principal: sat 98, p 74 ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: nega alergia a medicamento GSC: AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente com febre desde
onça tempo e febre de
alta febre com os sintomas
Hipótese Diagnóstica:
SADT - Exames Complementares: ☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: *Abc...* APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:
de...
Dr. ...

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
CONFERE COM ORIGINAL
Em 18/08/2020
Ass: *[Assinatura]*
2000773575

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U



D

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS 4365

HOSPITAL CORONEL MOTA 24/06/2020

Alex Tam real



ESQUERDO



LUIZ CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

1595-42

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
HOSPITAL CORONEL MOTA

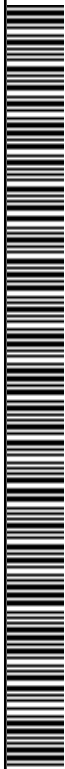
4779

23/07/2020

Wilson

65,5 %

D





30/07/2020

65.5 %

LUIZ CLAYTON DOS SANTOS

4779

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/07/2020

65.5 %

Vilson

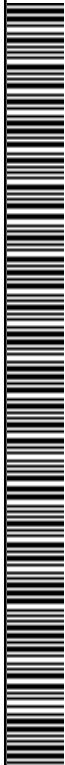


DIREITO

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: Sergio C. dos Santos Pol.

Século XXI

Paciente vítima de acidente trânsito,
(SSC), na radiografia foi evidenciado
fratura ole clavicula (D) + fratura
antebraço (E). Atualmente apresenta
programas cervicais, nuca
descompensado ambulator no HKM

ETAS SSD
5420

DATA 15/06/20

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
EP 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 DELMAY DE LIMA, S/N - PARQUE PIRATANGA
"Antiga do Patrimônio dos Brancos"

RECEITUÁRIO

NOME: Luiz Clayton de Souza

Dr. Fimotogor

Paciente com quadro de
dermatose com fase leve
e 01 dia.

Dr. Pauline de Souza
Secret. de Saúde

com a equipe de fisio

Luiz

Anne Larissa Pereira
Médica
CRM-RR 2052

11/06/2020

DATA



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



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

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Carlos S. Rocha

MCN

apresenta 01 dia de febre

em 4 semanas

13h

RECEITUÁRIO

NOME:

Luiz Carlos S. Rocha

RX entera E - AC/PL

RX clareado D - 13/18h
grape

DATA 15/02/20

ASSINATURA E CARIMBO

[Handwritten signature]

DATA 15/02/20

ASSINATURA E CARIMBO

[Handwritten signature]

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

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXKM EKWDN PPLSL RNP5U

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1540653896

PROVEDOR PLASTIFICAR
1540653896

LUIS CLAYTON DOS SANTOS ROCHA

DOC IDENTIDADE / CNH CARBORAR
316482596 SSP CE

CNPJ
803.756.773-72

DATA NASCIMENTO
22/09/1978

Função
ANTONIO LOPES DA ROCHA
CARLA MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO
AUTOMÓVEL

ALC
AUTOMÓVEL

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05739721451

VALIDADE
23/10/2022

HABILITAÇÃO
26/03/2013

OBSERVAÇÕES

Assinatura do portador

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
25/10/2017

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
QUESTOR PRESIDENTE INTERNO
DETRAN-RR

58888003940
RR209422041

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA



**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.

Vítima 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.

Vítima 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 atrofia 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 atrofia 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 atrofia 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às 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 de Moraes Almeida
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

