BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000006864-3

Nr. da Autenticação 2EEC6CE8591EFF1B

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, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270224 **Vítima: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO**

Data do Acidente: 09/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO

Pag. 00535/00536 - carta_15R - INVALIDEZ

00050268

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000653**
Conta: **000006864-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270224 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. PG 4,5,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270224 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

09/12/2018 ..:: 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 ____:____ | Reclassificação | Reclassificação
(__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho
(__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja
(__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo
(__) Verde | (__) Verde | (__) Verde | (__) Verde
(__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.:

Rosilia Gomes de Oliveira
Mat. Serv. Saúde
10-12-18

1801044802 09/12/2018 18:10:16 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 :33

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO	05/10/1968	50 A 2 M 4 D	705403467468693	48461253272	

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	XXX			F	NAO INFORMADO	PARDA		BRASILEIRA

Mãe: ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO
Contato: NI
Endereço: RUA - ROUXINHO - SN - - IRACEMA - RR
Ocupação:

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

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER
Procedimento Sol.
Registrado por: DAL

Queixa Principal (__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeito de Dengue

amnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

- VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM ROLAMENTO LONGO CONTUSÃO EM PRONTO

Exame Físico

CONTUSÃO EM PERNA DIR.

~~ALISTADO MÉDICO (02 PLAS)~~

Hipótese Diagnóstica

TOT

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	CUMPRIMENTO
(1) DIPIRONA 2g EV 01 LONGO		
(2) TOLATIL 40 - (01) 01		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - Novo Planalto - Boa Vista - RR
AUTENTICADO
01 JAN. 2019

Certifico que a cópia em fotocópia do original que foi apresentada neste Hospital

Conduta

(X) 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: dal
Data Hora: 09/12/2018 18:11:00

26 MAR. 2019

Ortopedia 09-12-18

Paciente vítima acidente de moto, com dor em joelho (E) + cortes e escoriações em face

Ao Exame: dor ao movimento do joelho (E)

Ao Rx: Fratura da placa tibial (E)

CD: - Talas inguinopodálica
- Internação pela Ortopedia
- Sol. TC.
- Solicito avaliação do GT (José)

26 MAR. 2019

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1615

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto
31 MAI 2019
Gestão Hospital

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

1ª Classificação: AZUL

Reclassificação ____:____ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo (X) Verde ( ) Azul Ass.:

Reclassificação ____:____ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

Reclassificação ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

1901059624 15/01/2019 08:49:31 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 36

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO	05/10/1968	50 A 3 M 10 D	705403467468693	48461253272	0016923

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	XXX			F	NAO INFORMADO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA

Mãe: ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO
Contato: NI

Endereço: AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR
Ocupação:

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

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.50		130 x 90

Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		CASSIO LIMA

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

VEIO FAZER RX

Anamnese de Enfermagem
-NEGA HAS, DM e ALERGIAS A MEDICAMENTOS
0900

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)

Mama + pós operatório em joelho

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Pós operatório em joelho

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Miguelas Napoleão
MÉDICO CRM 1344
Clínica Geral

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: **ronilson**
Data Hora: 15/01/2019 08:53:42

26 MAR. 2019

BLOCO M

LAUDO: 17.11.2018

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Djanira Martins Simplício

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Djanira Monteiro Simplício

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 705 4101314 6174 8161913

8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1960

9 - SEXO: F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Adalaiza Augusto Martins

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Roxinha

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Iranduba

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF: RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de carro com fratura do platô tibial (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

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

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura de platô tibial (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

HOSPITAL ... Av. Brigadeiro ... Novo Planalto — AUTENTICAÇÃO 31 ... 2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr. Pedro

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/12/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Pedro De Giovanni, Ortopedia e Traumatologia, CRM - RR 165

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - BÊPIC

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/12/18

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 930 8016913 7088 5824

26 MAR. 2019

DALSON FEITOSA
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DO JOELHO

CLINISCAN
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DJANIRA MONTEIRO SIMPLÍCIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, A MESMA FOI SUBMETIDA A FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO DO PLATO TIBIAL ESQUERDA. LESÃO DE CARTILAGEM COMPARTIMENTO LATERAL DE CARACTERÍSTICA PERMANENTE.

CID M23

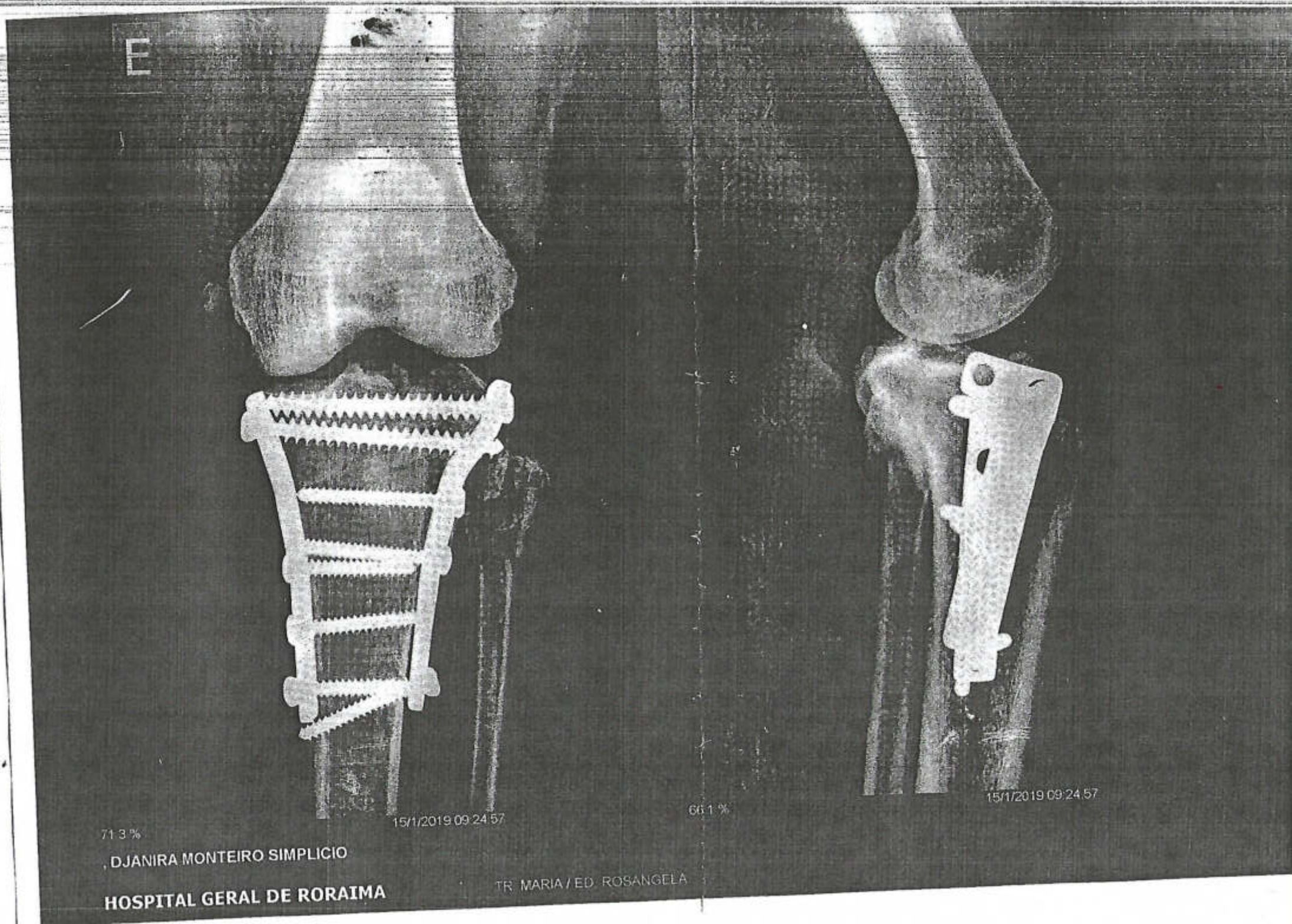
BOA VISTA 19 – 02 – 19

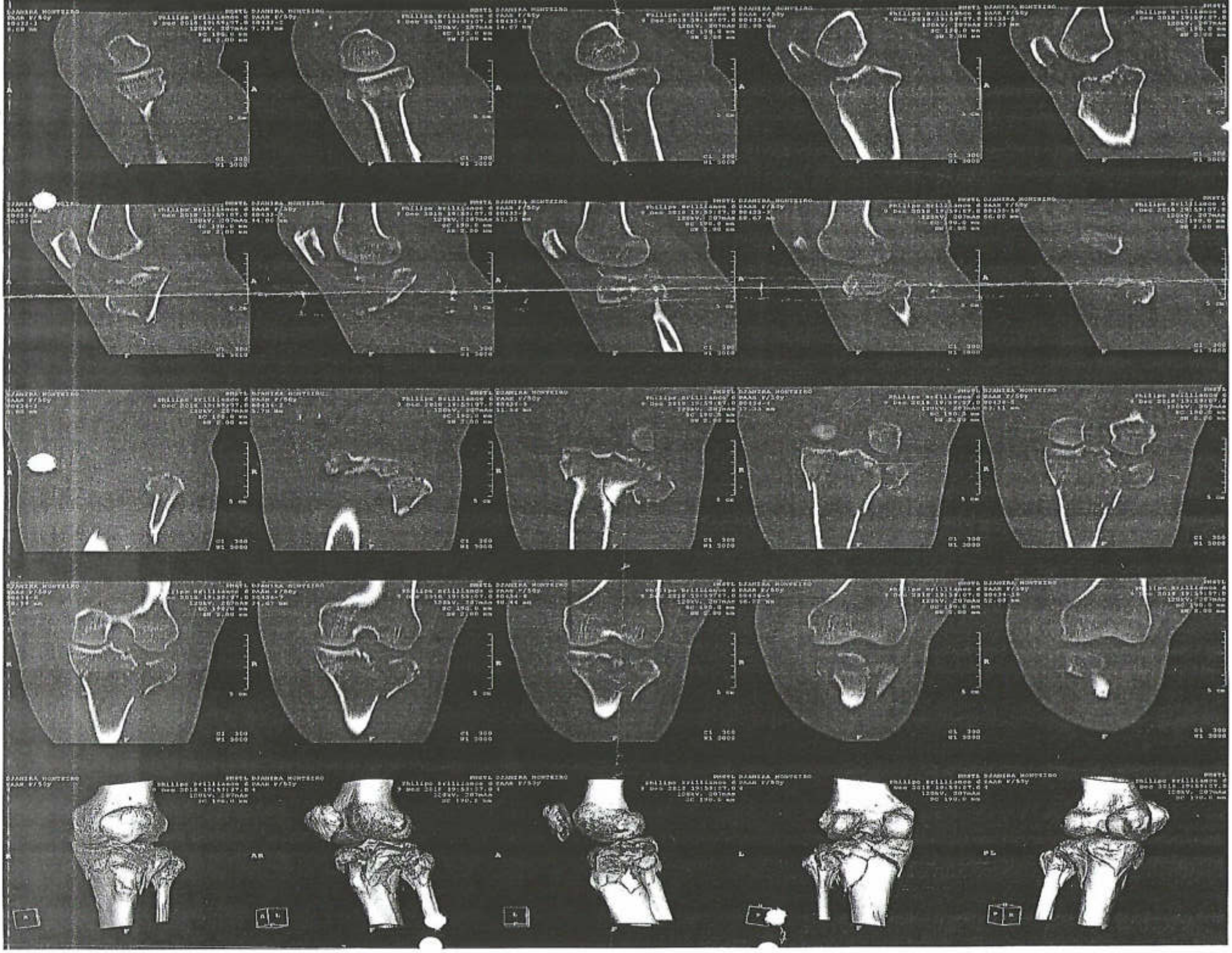
Dr. Dalson Feitosa

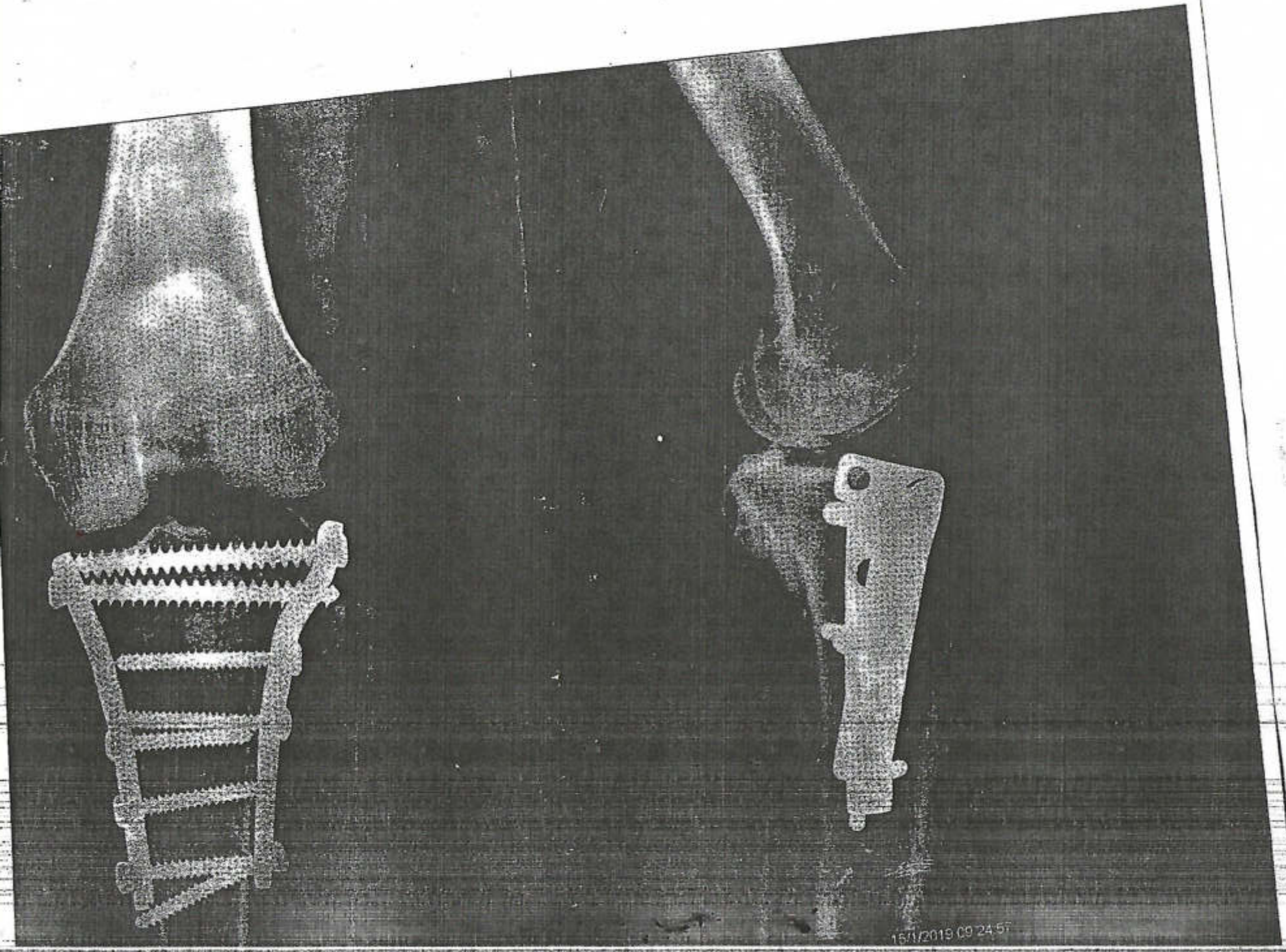
CPF: 514.490.642-72

AV VILLE ROY , 2160 – CAÇARI – BOA VISTA – RR

26 MAR. 2019


E
15/1/2019 09:24:57
71.3 %
66.1 %
15/1/2019 09:24:57
, DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TR MARIA / ED. ROSANGELA




15/1/2019 09:24:57

15/1/2019 09:24:57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CORONEL COELHO CRUZ
Polegar Direito
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO
JOSÉ VIEIRA MONTEIRO
ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
484.612.532-72
Nome
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO
Nascimento
05/10/1968
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

26 MAR. 2019

09/12/2018 ..:: 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 ____:____ | Reclassificação | Reclassificação
(__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho | (__) Vermelho
(__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja | (__) Laranja
(__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo | (__) Amarelo
(__) Verde | (__) Verde | (__) Verde | (__) Verde
(__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.: | (__) Azul Ass.:

Rosilia Gomes de Oliveira
Mat. Serv. Saúde
10-12-18

1801044802 09/12/2018 18:10:16 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 :33

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO	05/10/1968	50 A 2 M 4 D	705403467468693	48461253272	

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	XXX			F	NAO INFORMADO	PARDA		BRASILEIRA

Mãe: ADALGISA AUGUSTO MONTEIRO
Contato: NI
Endereço: RUA - ROUXINHO - SN - - IRACEMA - RR
Ocupação:

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

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER
Procedimento Sol.
Registrado por: DAL

Queixa Principal (__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeito de Dengue

amnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

- VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM ROLAMENTO LONGO CONTUSÃO EM PRONTO

Exame Físico

CONTUSÃO EM PERNA DIR.

~~ALISTADO MÉDICO (02 PLAS)~~

Hipótese Diagnóstica

TOT

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	CUMPRIMENTO
(1) DIPIRONA 2g EV 01 LONGO		
(2) TOLATIL 40 - (01) 01		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - Novo Planalto - Boa Vista - RR
AUTENTICADO
01 JAN. 2019

Certifico que a cópia em fotocópia do original que foi apresentada neste Hospital

Conduta

(X) 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: dal
Data Hora: 09/12/2018 18:11:00

26 MAR. 2019

26 MAR. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUBITSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

22 MAR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IRACEMA - IRACEMA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002375/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/02/2019 11:18 Data/Hora Fim: 01/02/2019 11:50
Delegado de Polícia: Luciano Pereira Silvestre

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Iracema
Data/Hora do Fato: 09/12/2018 14:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR) Bairro: Roxinho
Logradouro: Vicinal 09

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEANDRO MONTEIRO DE MOURA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:PA - Monte Alegre Sexo: Masculino Nasc: 17/12/1992
Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil:Casado(a)
Nome da Mãe: Djanira Augusto Monteiro Nome do Pai: Fausto Teles de Moura

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3346714
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.422.452-88

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Raimundo Penaforte Nº: 967
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99122-8380 (Celular)

Nome Civil: DJANIRA MONTEIRO SIMPLICIO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/10/1968
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil:Casado(a)
Nome da Mãe: Adalgisa Augusto Monteiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Fisicas: 484.612.532-72

Endereço

Município: Iracema - RR
Logradouro: Vicinal 09, Sítio São Lucas Nº: S/n
Bairro: Roxinho

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
RECONHECIMENTO/ AUTENTICAÇÃO NO VERSO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	484.612-532-72	Djanira Monteiro Simplicio

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Djanira Monteiro Simplicio — CPF: 484.612.532-72

Profissão: Agricultor — Endereço: Rua: raimundo penafort — Número: 967 — Complemento: 3

Bairro: Asa Branca — Cidade: Boa Vista — Estado: RR — CEP: 69-312-312

E-mail: doirri@hotmail.com — Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 6864 3 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não — Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Boa Vista/RR 25/03/2019
Nome: Djanira Monteiro Simplicio
CPF: 484.612.532-72

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Djanira Monteiro Simplicio
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

26 MAR. 2019