
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428595

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190428595

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428595

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 09/03/2019, emitido pelo Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSH CRM nº 2028 - PR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **706.552.472-89** Nome completo da vítima: **Carlos Jose Brizuela Lizadi**

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

Nome completo: **Carlos Jose Brizuela Lizadi** CPF: **706.552.472-89**

Profissão: **Soldador** Endereço: **Rua Cometa** Número: **01271** Complemento: **casa**

Bairro: **Raio do Sol** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.314-139**

E-mail: **ilover@hotmail.com** Tel.(DDD): **9598404-5060**

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: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: **0250** ☒ CONTA: **123008**

(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.

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.

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: _____ 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.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Local e Data: **Boa Vista RR**

Nome: **Carlos Jose Brizuela Lizadi**

CPF: **706.552.472-89**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Jose Brizuela Lizadi

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006167/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 10:57 Data/Hora Fim: 14/03/2019 11:35 -
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/03/2019 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV, ESTRELA D'ALVA
Complemento: EM FRENTE A SORVETERIA MASTER COM
Ponto de Referência: EM FRENTE A SORVETERIA MASTER COM
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Raiar do Sol
Nº: S/N

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANGIE DEL CARMEN GONZALEZ (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: SUL DA BOLIVAR Sexo: Masculino Nasc: 01/06/1981
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Mireya Josefina Gonzalez Nome do Pai: Ramon Jose Garcia Solano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 707.201.642-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA COMETA
Bairro: RAAR DO SOL
Telefone: (95) 99903-7419 (Celular)

Nº: 1271

Nome Civil: CARLOS JOSE BRISUELA LIZARDI (VÍTIMA)

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: SUL DA BOLIVAR Sexo: Masculino Nasc: 30/12/1977
Profissão: Soldador
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Gladis Mireya Lizardi Nome do Pai: Carlos Brizuela

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 706.562.472-89

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA COMETA
Bairro: RAIAR DO SOL
Telefone: (95) 99903-7419 (Celular)

Nº: 1271

15 JUL. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006167/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 006.530.732-16

Renavam 01030197617

Número do Chassi 9C2KC1660FR029036

Cor BRANCA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 26/11/2018

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ3128

Número do Motor KC16E6F029036

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Outros

Descrição BICICLETA

Situação Envolvido

Subgrupo Acessório de bicicleta

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Carlos Jose Brisuela Lizardi

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE SEU COMPANHEIRO ACIMA CITADO TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA QUANDO FOI ATROPELADO POR UM MOTOQUEIRO NA AV. ESTRELA D'ALVA, E O MESMO NÃO PRESTOU SOCORRO, SEGUNDO A COMUNICANTE SEU COMPANHEIRO SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA. É O RELATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Elnelson Aguiar Dos Santos
Responsável pelo Atendimento

Angie del Carmen Gonzalez
(Comunicante)

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

15 JUL. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428595 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATOR TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO TALA GESSADA. ALTA MÉDICA. P2 P3,4.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: **706.552.472-89** Nome completo da vítima: **Carlos Jose Brizuela Lizadi**

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

Nome completo: **Carlos Jose Brizuela Lizadi** CPF: **706.552.472-89**

Profissão: **Soldador** Endereço: **Rua: Pimenta** Número: **01271** Complemento: **casa**

Bairro: **Raion de Sol** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.317.139**

E-mail: **ilover@hotmail.com** Tel.(DDD): **95 98404-5060**

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: **0250** ☒ CONTA: **123008** **5**

(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.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Local e Data, **Boa Vista RR**

Nome: **Carlos Jose Brizuela Lizadi**

CPF: **706.552.472-89**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Jose Brizuela Lizadi

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



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

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1901082149 09/03/2019 14:09:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 11

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

30/12/1977

41 A 2 M 10 D

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

Mãe

Pai

Contato

GLADYS LIZARDI

NI

Endereço

Ocupação

RUA - COMETA - 1271 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR

ALÉRGICO A DITAN

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

ACIDENTE DE BICICLETA

URGÊNCIA

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

GRANDE TRAUMA

DEMANDA ESPONTANEA

JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Fratura de Tibia distal? De mãe?

Anamnese de Enfermagem

GSE

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Vítima de acidente com carro - / Passível Fraturas

Exame Físico

Acute, dor, edema

Sinais: de fratura e
/ Passível Fratura

Hipótese Diagnóstica

Fratura de Perna (B)

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dexametasona 1 mg em 12h
4mg

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 do Paciente ou Responsável

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 09/03/2019 14:11:57R-0000
R-0000 - Assinatura em Telex
R-0000 - Assinatura em Telex
R-0000 - Assinatura em TelexCarimbo do Paciente ou Responsável
CRM 150000

1901082149

15 JUL, 2019

Ortopedia.

Dr. Rogério

paciente vítima de acidente de trânsito
reprimido dor intensa em perna E.

Do Rx apresenta fratura de tíbia e fíbula E
em diag'le.

Exame físico: MIE com pulso presente,
sem edema, dor intensa a palpação, apresentando
deformidade.

Fratura fechada em diag'le de tíbia
e fíbula E. 4.2.B.

CD = Imediatamente com tala gesso,
internação hospitalar para acompanhamento.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1864



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE: Carlos Luizuela Azordi, 41 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, _____, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de Placa tibial (E)

NO DIA 09 03 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11 03 19 ÀS 9:30 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 15 04 19 ÀS 13:00 COM O
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Amadeu

BOA VISTA, 10 03 19

Dr. Pedro de Souza Faust
Médico
CRM-RR 2028

MÉDICO

BLÓCO A

alta 18.03.2019



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito
com fratura fechada de úmero e tibia
e fíbula E
15 JUL. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS Aíma

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

Exame físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de tibia e fíbula E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

030.8010019
S828 T068
V99

E



10/02/2019 15:29:51



10/02/2019 15:29:51

10/02/2019 15:29:51

CARLOS JMOSE B. L.,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

18 JUL 2019



CNPJ: 05.938.417/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.855.428-5
RUA MELVIN JONES, 213 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-618

ABRIL
CAERR
0800 260 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1318624

Dezembro/2018

Dados do Cliente:

NOISES SOUZA PIMENTEL

Endereço para entrega:

RUA COMETA, NÚM. 81271 - BAIRRO DO SOL DO
A VISTA RR 69317-139

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.248.0310.000	3	4260	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201811 10-0
201810 10-0
201809 10-0
201808 10-0
201807 10-0
201806 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5048 / 2009 Q.I.					
AMOSTRA	CLARO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTAL	S.COL.
EXIGIDAS	160	160	160	160	160
ANALISADAS	170	170	170	170	170
CONFORMES	163	170	170	170	170

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

VENCIMENTO:

15/01/2019

TOTAL A PAGAR

42,89

IMPRESSO EM: 06/12/2018 13:41:17

15 JUL. 2019

Via do Cliente

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003122719

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	51562		Atual: 24/06/2019
Anterior:	51202		Anterior: 27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019
Consumo Medido:	360		Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	360	FCAM	Apresentação: 24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORREÇÃO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORREÇÃO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05

DEBITO SEM PAGAMENTO
O H 360 - 0,000000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITO JA REAVISADO

Mês/ano Valor R\$
04/2019 777,03

Informamos existência de débito(s) vencido(s) no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenham sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletronor Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 037B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.88BB.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	149,97	Base de Cálculo:	278,51
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	7,79	Valor do ICMS:	47,34
Encargos:	50,03	Valor do PIS:	0,47
Tributos:		Valor do COFINS:	2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99

0,00 0,00 0,00

FLORESTA

04/2019

143,70

ROT: 5.001.12.04.021724 -



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44

SELLO CÓDIGO
0108917-0

TOTAL A PAGAR - R\$
373,63

MÊS FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
11/07/2019

003122719 FCAM

036200000003 9 736300/5000 6 000000000100 1 91700619000 1



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008

DT.VENC.: 11/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

15 JUL. 2019



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NUMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - INSC. ESTADUAL N° 24006114-4
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO
BOA VISTA

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO CPF/CNPJ: 074.235.432-68				MATRÍCULA				
001.032.248.0310.000		MOISES SOUZA PIMENTEL				1318624				
ENDEREÇO DO IMÓVEL										
RUA COMETA, NUM, 01271 - RAIAR DO SOL BOA VISTA RR 69317-139						2857368				
SA	SE	ECONOMIAS	RES.	COM.	IND.	PÚBL.	TIPO DE CONS.	DATA EMISSÃO	NÃO RECEBER APÓS	
3	3		001				NORMAL	06/06/2019	15/06/2019	
MÊS/ANO		VENCIMENTO		VALOR		MÊS/ANO		VENCIMENTO		VALOR
05/2019		15/06/2019		42,89						

DÉBITO ORIGINAL	42,89
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	42,89

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ESTEVAO GALVAO ROSAS NETO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos José Brizuela Izardi inscrito
(a) no CPF sob o Nº 706.552.472 / 89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Carlos José Brizuela Izardi, inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.552.472 / 89, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
<u>Buritis</u>	Cidade <u>Bela Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
<u>glair@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Bela Vista-RR, 11 de Julho de 2019
Local e Data

15.III.2019

Assinatura do Declarante



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

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1901082149 09/03/2019 14:09:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 11

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI 30/12/1977 41 A 2 M 10 D

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

M M Parda VENEZUELA

Mãe Pai Contato

GLADYS LIZARDI NI

Endereço Ocupação

RUA - COMETA - 1271 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR ALÉRGICO A DIFER

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE BICICLETA URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

História de Tiro maldito? De mãe

Anamnese de Enfermagem

GSE TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Vítima de acidente com carro - / Passível Fraturas

Exame Físico

Sinais: de fratura e

/ Passível Fratura

Hipótese Diagnóstica

Fratura de Perna

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Dexametasona 1 mg em 12h

4 mg

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo do Paciente ou Responsável

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 09/03/2019 14:11:57

© 2019
Sistema de Informação em Saúde
TIC - Informação em Saúde
Vol. 4.1.11 01.08.19



1901082149

15 JUL, 2019

Ortopedia.

Dr. Rogério

paciente vítima de acidente de trânsito
reprimido dor intensa em perna E.

Do Rx apresenta fratura de tíbia e fíbula E
em diag'le.

Exame físico: MIE com pulso presente,
sem edema, dor intensa a palpação, apresentando
deformidade.

Fratura fechada em diag'le de tíbia
e fíbula E. 4.2.B.

CD = Imediatamente com tala gesso,
internação hospitalar para acompanhamento.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1864



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE: Carlos Luizuela Azordi, 41 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, _____, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de Placa tibial (E)

NO DIA 09 03 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11 03 19 ÀS 9:30 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 15 04 19 ÀS 13:00 COM O
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS :

15 JUL. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo Amadeu

BOA VISTA, 11 03 19

Dr. Pedro de Souza Faust
Médico
CRM-RR 2028

MÉDICO

BLÓCO A

alta 18.03.2019



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de trânsito
com fratura fechada de úmero e tibia
e fíbula E
15 JUL. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS Acima

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

Exame físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de tibia e fíbula E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

030.8010019
S828 T068
V99

E



10/02/2019 15:29:51



10/02/2019 15:29:51

10/02/2019 15:29:51

CARLOS JMOSE B. L.,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

18 JUL 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, constitui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
131.58534.79-6

NÚMERO
0288253

SÉRIE
A01

ET
RR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR



DELEGAÇÃO DIREITO



PRIMEIRA

15 JUL. 2019

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

FILIAÇÃO: GLADIS MIREYA LIZARDI

NASCIMENTO: 30/12/1977

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 0045007903201832 - 22/02/2018

RNE: BASE LEI N. 9474

CPF: 706.552.472-89

VALIDADE: 22/06/2019

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 22/05/2018

[Assinatura]

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

DIAM. 70

DATA DE NASC. DE: / / PARA: / /

DOCUMENTO

NOVO

NOME

DOCUMENTO

NOVO

NOME

DOCUMENTO

NOVO

NOME

DOCUMENTO

NOVO

LEGENDA

15 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (ORG. PESSOAL)
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FLUACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PRIMEIRO PLASTIFICAR
980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Carlos José Brizuela Lizardi
NACIONALIDADE:	Venezuelano
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	0288253 MTE-RR
ENDEREÇO:	R: Cemitério Raia do Sol

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	414.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônia P. Baldaç 1832

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 09/03/2019, cobertura Invalidez, vítima: Carlos José Brizuela Lizardi

Boa Vista 12-06-19

LOCAL E DATA



Carlos José Brizuela Lizardi

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

15 JUL. 2019

117.019
 Ilson Inácio de Souza
 Escrivente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238522/19

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

CPF: 706.552.472-89

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/03/2019

Titular do CPF: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI : 706.552.472-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI
CPF: 706.552.472-89

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238522/19

Número do Sinistro: 3190428595

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

CPF: 706.552.472-89

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

DOCUMENTOS ENTREGUES

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI : 706.552.472-89

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/07/2019
Nome: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI
CPF: 706.552.472-89

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO