

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:
2729590220200528174258

Processo 0832386-43.2019.8.23.0010 - (231 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 <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="checkbox"/> ao Data do Movimento(Período): <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/>					
38 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 38					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 38	28/05/2020 17:42:58	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		38.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2658625IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público		
		38.2 Arquivo: anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2658625IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público		
<input type="checkbox"/> 37	26/05/2020 21:29:57	CONCLUSOS PARA DESPACHO Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 36	12/05/2020 08:45:51	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	Marco Antonio Salvato Fernandes Neves Advogado		
<input type="checkbox"/> 35	11/05/2020 11:58:24	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
<input type="checkbox"/> 34	11/05/2020 08:20:17	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CARLOS JOSÉ BRISUELA LIZARDI) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020) e ao evento de expedição seq. 33.	Marco Antonio Salvato Fernandes Neves Advogado		
<input type="checkbox"/> 33	07/05/2020 18:01:53	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CARLOS JOSÉ BRISUELA LIZARDI com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 32	07/05/2020 18:01:53	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 31) JUNTADA DE LAUDO (07/05/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 31	07/05/2020 18:01:37	JUNTADA DE LAUDO	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/> 30	05/05/2020 15:05:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO	Marco Antonio Salvato Fernandes Neves Advogado		
<input type="checkbox"/> 29	13/04/2020 14:49:40	EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO Referente ao evento (seq. 28) PRAZO DECORRIDO(13/03/2020 00:07:20). Identificador do Cumprimento: 0002	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 28	13/03/2020 00:07:20	PRAZO DECORRIDO Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(06/02/2020). Parte: CARLOS JOSÉ BRISUELA LIZARDI	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 27	10/03/2020 16:50:26	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: Mariângela Nasário Andrade habilitado até 08/06/2020 (90 dias)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 26	28/02/2020 00:09:15	DECORRIDO PRAZO DE CARLOS JOSÉ BRISUELA LIZARDI (P/ advgs. de CARLOS JOSÉ BRISUELA LIZARDI *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/02/2020) e ao evento de expedição seq. 17.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 25	18/02/2020 09:55:52	LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 17/02/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 20) EXPEDIÇÃO	Graciela Joa nice Pacheco Rodrigues		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08323864320198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS JOSE BRISUELA LIZARDI**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

b.2 Parcial Incompleto (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

1^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Int

2^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Int

3^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Int

4^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Int

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

periciado ainda seu tratamento fisioterápico, aguardando término de tratamento

Local e data da realização do exame médico:

Boa Vista-RR, 24 / maio / 2020.

Assinatura do médico - CRM

Jul
Marilangela Nastacio Andrade
Médica
CRM-RR 1371

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 26 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

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, 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

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, 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.

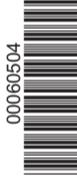
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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:

Nome completo da vítima:

706.552.472-89

Carlos José Brizuela Lizardi

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

Nome completo:

Carlos José Brizuela Lizardi

CPF:

406.552.472-89

Profissão:

Soldador

Endereço:

Rua - Cometa

Número:

01271 casa

Bairro:

Raiar do Sol

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.317.139

E-mail:

ilover@hotmaill.com

TEL.(DDD):

95 38404-5060

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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:

0250

CONTA:

123008

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

0250

CONTA:

123008

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós viúvos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) 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 Policia: 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) Bairro: RAIAR DO SOL
Logradouro: AV. ESTRELA D'ALVA Nº: S/N
Complemento: EM FREnte A SORVETERIA MASTER COM
Ponto de Referência: EM FREnte A SORVETERIA MASTER COM
Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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 Nº: 1271
Bairro: RAIAR DO SOL
Telefone: (95) 99903-7419 (Celular)

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

15 JUL. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA COMETA Nº: 1271
Bairro: RAIAR DO SOL
Telefone: (95) 99903-7419 (Celular)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	006.530.732-16	Placa	NAZ3128
Renavam	01030197617	Número do Motor	KC16E6F029036
Número do Chassi	9C2KC1660FR029036	Ano/Modelo Fabricação	2015/2014
Cor	BRANCA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo	HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	26/11/2018	Situação do Veículo	REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo	Outros
Descrição	BICICLETA
Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Carlos Jose Brisuela Lizardi	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.

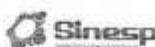
ASSINATURAS

Elinelson 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-Denúncia 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

Valorização 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:

Nome completo da vítima:

706.552.472-89

Carlos José Brizuela Lizardi

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

Nome completo: Carlos José Brizuela Lizardi

CPF: 706.552.472-89

Profissão:

Soldador Rua - Cometa

Endereço:

Bairro:

Raior de Sol

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.317.139

E-mail:

ilorr@hotmail.com

TEL.(DDD):

95 98404-5060

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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 RODO, 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.



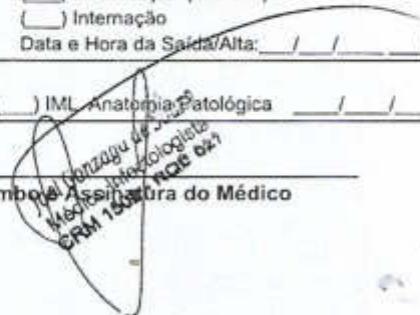
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

ação Reclassificação

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
					M		PARDA	VENEZUELA
Mãe		Pai		Contato				
GLADYS LIZARDI		NI						
Endereço		Ocupação						
RUA - COMETA - 1271 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR		Alérgico a Sifone						
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
ACIDENTE DE BICICLETA		URGÊNCIA						
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTÂNEA				JACKSON.SADOVSKI		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>Histura de Tibio medial da metade</i>		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 BT						
TOTAL								
Anamnese de Enfermagem								
<i>Vítima de acidente de carro / Possível Fratura</i>								
Exame Físico								
<i>Síntese / ferida / possivel Fratura</i>								
<i>Síntese / ferida / possivel Fratura</i>								
Hipótese Diagnóstica								
<i>Possível Fratura</i>								
SADT - Exames Complementares								
<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>1) Rx de tibia 1º pr. ferida</i>								
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :			
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :								
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbos e Assinatura do Médico			
Impresso por: jackson.sadovski Data Hora: 09/03/2019 14:11:57								
								



Symbolo (benzagu de J. C.)
Assinatura do
Medicofisiologista
CRM 1507 - RGS 047

15 JUL 2019

Ortopádia.

Dr. Rosário.

paciente vítima de acidente de trânsito
reprimido da infância em perna E.

As Rx operando juntam de tibia e fíbula E
em dióf'rl.

Exame fisiológico: MIE com pulso presente,
sem edema, dor intensa à palpação, opacitando
as deformidades.

Fratura fechada em dióf'rl de tibia
e fíbula E. G. 2.B.

O: Tendão de跟骨 com bala gelado,
intervenção hemiclínica nova temporaria-
mento.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964



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 Guizuela Agordi, 41 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de Plarto 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 19/03/19, ÀS 13:00, COM O
DR. Logônio, _____.

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.

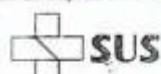
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Mauro Amado

BOA VISTA, 10/03/19

Dr. Pedro de Souza Faust
Médico
CRM-RN 2026

MÉDICO

BLOCO A



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

alta 15.03.2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Heb

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Carlos José Brizuela Lizardi

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos José Brizuela Lizardi

6 - N° DO PRONTUÁRIO

171234

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (GMS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/10/77

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Cláudia Lizardi

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Antônio Rorim ao Sol - 1271-1

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bon. Vista R.R

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente vítima de acidente no trânsito
com ferimento fechado de olefase de tibia
& fíbula E*

15 JUL. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS Acima

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

Exoml fício + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CÁUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Tiba e Fíbula E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internar

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)

9/13/18

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO CONSELHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

*Augusto Cury
Medico Residente
Onopedia e
Residência
Farmacologia*

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() AUTÔNOMO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() DESEMPREGADO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

() TÍTULO

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() TÍTULO

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

() TÍTULO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

() TÍTULO

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

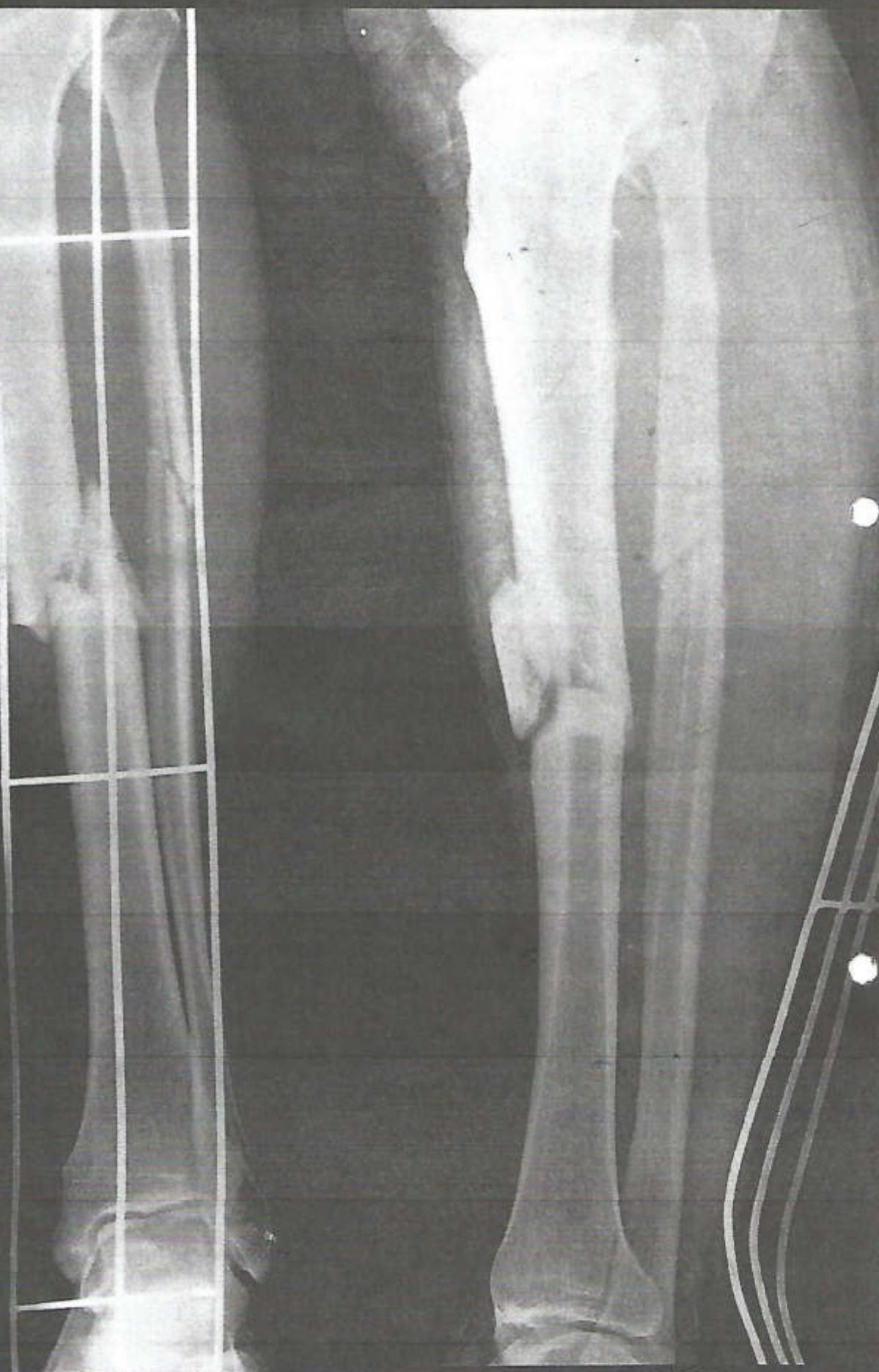
145 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

E



03/03/15 20:51

04/03/15 00:15

04/03/15 00:51

CARLOS JMOSE B. L.,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



CNPJ: 05.938.497/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 29.955.422-5
RUA MELVIN-JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.330-619

ABRANGIMENTO
CAE
0800 260 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 1318624 | Dezenbro/2018

Dados do Cliente:

NOISES SOLUÇÕES PIMENTEL

Endereço para entrega:

RUA COMETA, NÚM. 81271 - RAIAZ DO SUL BO
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 (m ³)	NUM 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
MÉDIA 10

MATERIAIS	Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor				
	CLORO	TURBIDEZ	CR	C. TOXICOS	E. COLI
EXIGIBIL	160	160	160	160	160
ANALITICAIS	170	170	170	170	170
CONFORMES	163	170	170	170	170

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 m³

23,83

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

VENIMENTO:

15/01/2019

TOTAL A PAGAR

42,89

Via do Cliente

IMPRESSO EM: 06/12/2018 | 13:45:17

15 JUL. 2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.473/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003122719

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
-----------	------------	---------------	---------------------

JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63
------------	------------	-----	--------

ILOIR 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	kVArh	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 Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	SI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461
HISTÓRICO kWh					
Médiano consumo					
MAI/19	453	CONSUMO	360 A R\$ 0,773664 =	278,51	
ABR/19	438	CORREÇÃO MONETÁRIA 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 MONETÁRIA IG 03/19-00		13,65	
DEZ/18	419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00		2,66	
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	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		42,05	
MÉDIA DE TRIBUTO:					
0,43 - 0,43					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBTOUS JÁ REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 777,03

Informações relativas a débitos(s) vencidos(s) no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e três reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenham sido paga(s), procurar sua loja de atendimento da Eletrábras Distribuição Roraima para o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO D37B.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	Aliquota 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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0108917-0	373,63
MES. FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	11/07/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.473/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

33620000003 9 73630075000 6 00000000108 1 91700619008 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



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NÚMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - ISNC. 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					
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.	PÚB.	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 DESTE DOCUMENTO. 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 (disíbile 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

²Conselho 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 Flávia Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
 Qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos José Brizuela Ipiranga inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.552.472 / 89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Carlos José Brizuela Ipiranga 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

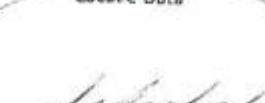
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Boa Vista - RR, 11 de Julho de 2019

15.III.2019



Assinatura do Declarante



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
					M		PARDA	VENEZUELA
Mãe			Pai		Contato			
GLADYS LIZARDI			NI					
Endereço		Ocupação						
RUA - COMETA - 1271 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR		Alérgico a DRUGA						
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	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>História de fratura no tíbio medial? Doença?</i>							
Anamnese de Enfermagem	<small>GSE</small> <small>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</small>							
TOTAL 								
Anamnese (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Vítima de acidente de bicicleta com lesões ósseas</i>								
Exame Físico <i>Sintomas: dor intensa e possivel fratura</i>								
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura de Pernas</i>								
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>1) Rx de Fratura 1º andar férias</i> <i>40g</i>								
Conduta				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <small>Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /</small>				
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____								
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IMI: Anatomia Patológica / / / <small>Carimbo: Dr. Gonzaga de Souza, Medicina Patológica, CRM 1500, NRE 021</small>			
Assinatura do Paciente ou Responsável				<small>Carimbo: Assinatura do Médico</small>				
Impresso por: jackson.sadovski Data Hora: 09/03/2019 14:11:57				 <small>1901082149</small>				
15 JUL. 2019								

Ortopádia.

Dr. Rosario.

paciente vítima de acidente de trânsito
reprimido do inferno em reino E.

As Rx operando jódum de filho e filha E
em diafr. 1.

Exame fisiológico: MIE com pulso presente,
sem edema, dor intensa a palpação, opacidade
das deformidades.

Fratura fechada em diafr. de filha
e filha E. G. 2. B.

O: Fissura clípica com bala preso,
interrompido horizonte, novo compromisso-
mento.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964



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 Guizuela Agordi, 41 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/03/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de Plarto 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 19/03/19, ÀS 13:00, COM O
DR. Logônio, _____.

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.

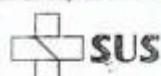
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Mauro Amado

BOA VISTA, 10/03/19

Dr. Pedro de Souza Faust
Médico
CRM-RN 2026

MÉDICO

BLOCO A



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

alta 15.03.2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Heb

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Carlos José Brizuela Lizardi

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos José Brizuela Lizardi

6 - N° DO PRONTUÁRIO

171234

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (GMS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/10/77

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Cláudia Lizardi

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Antônio Rorim ao Sol - 1271-1

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bon. Vista R.R

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente vítima de acidente no trânsito
com ferimento fechado de olefase de tibia
& fíbula E*

15 JUL. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS Acima

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

Exoml fício + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CÁUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

91313

*Augusto Cury
Onopediatra e Residente
Medico de Família
Mecodologia*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

91313

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) ASCRITAS

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO REGISTRO CONSELHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - N° DO REGISTRO CONSELHO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0308010019

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

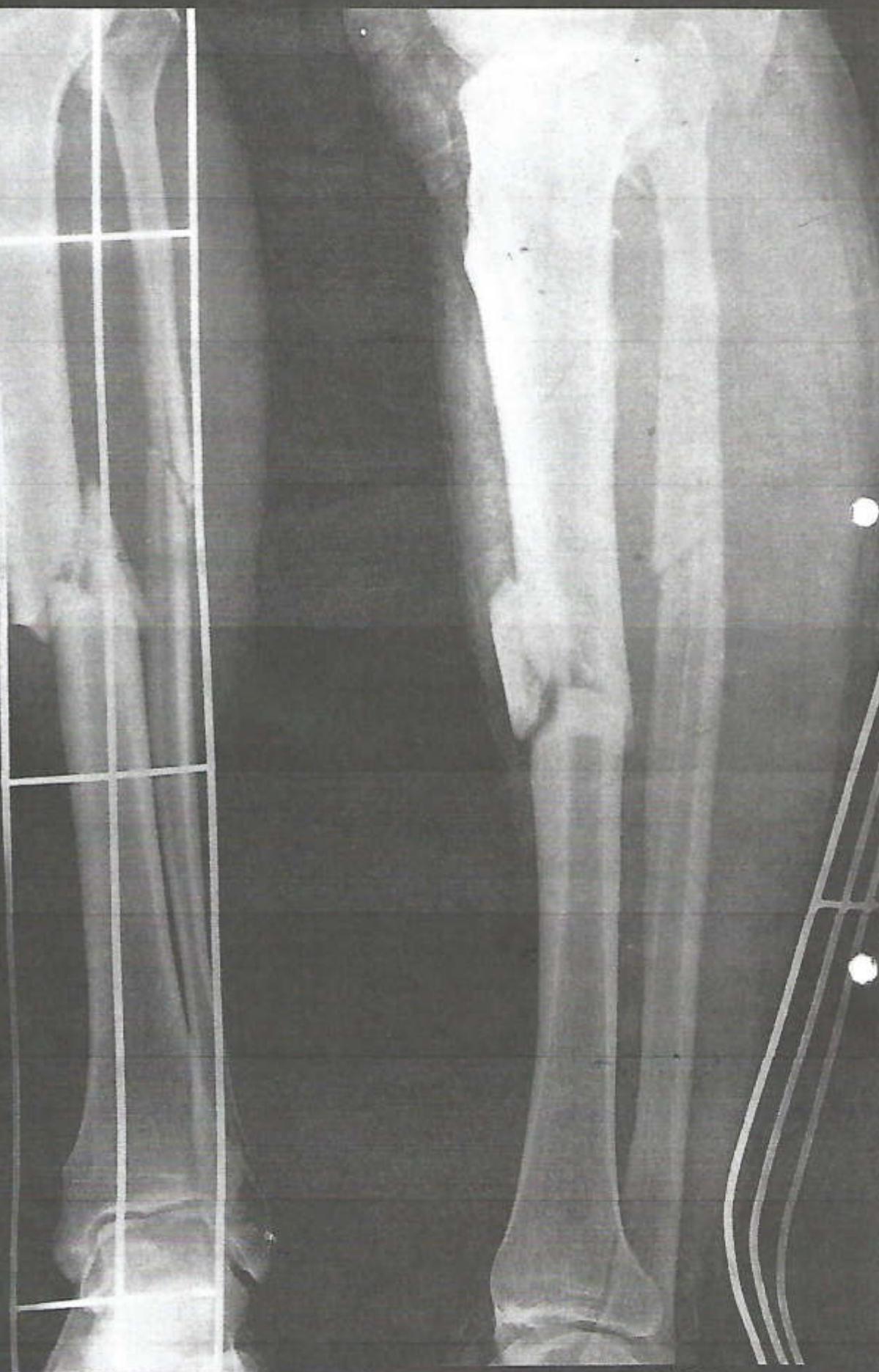
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

T068

01/04/19

V99

E



03/03/15 20:51

04/03/15 04:15

04/03/15 20:51

CARLOS JMOSE B. L.,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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 concedidos, 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, auxiliam a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é 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, auxiliará para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

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

ESTA CARTEIRA CONTÉM 38 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

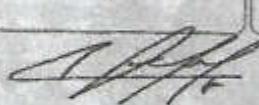
PIS/PASEP
131.58534.79-6

NÚMERO

0288253

SÉRIE
A01

UF
RR



ASSINATURA DO TITULAR

PELEGAR DIREITO



15 JUL. 2019

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDO

FILIAÇÃO: GLADIS MIREYA LIZARDO
CARLOS BRIZUELA
NASCIMENTO: 30/12/1977
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NACIONALIDADE: VENEZUELA
DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 00455007909201832 - 22/02/2016

RUE: MODALIDADE: BASE LEI N. 9474
MODALIDADE: BASE LEI N. 9474
CPF: 706.452.472-49

VALIDADE: 22/05/2019

LOCAL DE EMISSÃO: SRTEIR - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 22/05/2016

Assinatura de Carlos Jose Brizuela Lizardo
Assinatura de Registrador de Trabalho e Previdência

ASSINATURA DA EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

NOVO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

NOVO

NOVO

DOCUMENTO

NOVO

NOVO

DOCUMENTO

NOVO

NOVO

DOCUMENTO

NOVO

LEGENDA

REGISTRO DE INSCRIÇÃO - DOCUMENTO DE IDENTIDADE

15 JUL. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

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

NAME: ZEOLIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE P/ORG. EMISSOR/UF: 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA Nascimento: 07/04/1978

Função: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

Nº REGISTRO: 01101912304 VALADE: 28/01/2020

PERMISSÃO: ACC CAT/VA: AB

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616

RR207968020

DETRAN RR/BOA VISTA

ABERTURA DO APENAS DO

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

AVOCADO/AUTORIZADO P/ PEGAR
DIRETOR PRESIDENTE

ABERTURA DO EMISSOR

980151096

PLAQUETA PLASTIFICADA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

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

OUTORGADO

NOME:	Leaniane de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antônio P. Caldão 1839

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, vitima: Carlos José Brizuela Lizardi

Boa Vista 12-06-19

LOCAL E DATA



Carlos José Brizuela Lizardi

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4267 - Ano Branco - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3667-4126
selicioboa Vista@cartorioaquinoo.com.br

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



15 JUL. 2019

**DANIEL
AQUINO**
117019-5d01013-91039
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI"

Em testemunha da verdade, LFB
De que deu 16. Boa Vista/RR, 12 de junho de 2019.
Consulta em(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselo.com.br
RECFIR166296CX9447ACB6TAH101

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238522/19

Vítima: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

CPF: 706.552.472-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/03/2019

Titular do CPF: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/03/2019

Titular do CPF: CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS JOSE BRIZUELA LIZARDI

MANOEL COELHO NETO