

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Detalhes da Movimentação

Protocolo: 2681022320200402125307

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Data: 02/04/2020 12:53:07

Movimentado Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO (Procurador)

Processo: 0808742-37.2020.8.23.0010

Vara: 3ª Vara Cível

Arquivo(s):

Descrição	Assinado Por	Arquivo	Nível de Sigilo
Petição	JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2709084CONTESTACAO01.pdf	Público
DOCS	JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2709084CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público
DOCS	JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2709084CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público
KIT SEGURADORA LIDER	JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/01/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Número: 3180364560	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO	Data do acidente: 21/01/2018	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 01/10/2018				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.				
Documentos complementares:				
Observações:				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50
ESPECIALISTA				
Empresa: Líder- Serviços AMD				
Grupo: EQ1				
Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA				
CRM: 533427				
UF do CRM: RJ				

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

ITAÚ - UNIBANCO	
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA	
FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA	
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
BANCO: 341	AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4
DATA DA TRANSFERENCIA:	31/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50
*****TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE:	DANIEL HONORATO PINHEIRO
BANCO:	341
AGÊNCIA:	06953
CONTA:	000000023762-2
Autenticação:	
BB82407C6B20E178CBCB96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9	

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 31 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08087423720208230010.

Rio de Janeiro, 31 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023762-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 529.989.672-72 Nome completo da vítima: Daniel Honorato Pinheiro

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

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro CPF: 529.989.672-72

Profissão: Garçom Endereço: Rua CC20 Número: 180 Complemento: _____

Bairro: Kauna Moreira Cidade: Bar Vista Estado: RR CEP: 69.318-095

E-mail: tho1r@hotmai1.com Tel.(DDD): _____

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) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 139-897 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Local e Data: Bar Vista - RR

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Honorato Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª 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 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.

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: 529.989.672-72 Nome completo da vítima: Daniel Honorato Pinheiro

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

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro CPF: 529.989.672-72

Profissão: Gaúcho Endereço: Rua CC20 Número: 180 Complemento: _____

Bairro: Kaizer Moreira Cidade: Bar Vitoria Estado: RR CEP: 69.318-095

E-mail: tho1r@hotmaill.com Tel.(DDD): _____

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) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 139-897 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

Local e Data: Bar Vitoria - RR

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Honorato Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 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.

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 ASI:

CPF da vítima:

529.989.672-72

Nome completo da vítima:

Daniel Henrique Pinheiro

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

Nome completo:

Daniel Henrique Pinheiro

CPF:

529.989.672-72

Profissão:

Garçom

Endereço:

Rua. da - 20

Número:

180

Complemento:

Bairro:

Jardim Moreira

Cidade:

Boa Vista

Estado:

Paraná

CEP:

69.318-095

E-mail:

glicirice@hotmail.com

Tel.(DDD):

(69) 96325-9536

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:

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 139.997

(Informar o dígito se existir)

3

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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:
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou
nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura:

Local e Data:

Boa Vista - RR, 08.11.2019

Nome: Daniel Henrique Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Henrique Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

529.989.672-72

Nome completo da vítima

Daniel Henrique Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Daniel Henrique Pinheiro		529.989.672-72		Gestor	
Endereço		Número		Complemento	
Rua CC 20		130			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Leão Moura	Bom Vista	Paraná	69.318-095		
E-mail			Telefone (DDD)		
ILOIRRR@HOTMAIL.COM			195199154-4282		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (037) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (041)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0653

SU

CONTA

Nº

139.893

DV

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuação do crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Bom Vista, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Henrique Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

529.989.672-72

Nome completo da vítima

Daniel Honorato Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Daniel Honorato Pinheiro		CPF titular da conta	529.989.672-72	Profissão	Corcema
Endereço	Rua CC20		Número	180	Complemento	
Bairro	Parque Moreira	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima	CEP
Email	JLOIRRR@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD)		69.318-095	
				195199154-4282		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0653 DV 139.893 DV 3
(Informar dígito se existir)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Honorato Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:06

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA: ZICHO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Bairro: Senador Helio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603 - Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Idade: 38
Profissão: Babá
Estado Civil: Solteira(s)
Endereço:
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-28 Nº: 108
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 27
Profissão: Garçom
Estado Civil: Solteiro(s)
Endereço:
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-20
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 43
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)
Documento(s):
RG - Carteira de Identidade: 4755542
Endereço:
Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilceia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Nº 108

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/PM Idelson Ferreira de

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAZ0915

Número do Chassi: 53560

Ano/Modelo Fabricação: 2009/2009

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Raimundo Nonato Pereira

Proprietário

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAO1620

Número do Chassi: 02004

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: DAFRA/SPEED 150

Modelo: DAFRA/SPEED 150

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

DANIEL HONORATO PINHEIRO

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informou, acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSERR, que o Daniel não foi apresentado a este OP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que: o Daniel seguia na rua ZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVILIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafômetro, o mesmo acetou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil Suetia Cardoso da Silva
Impresso por: Nicolle Moraes da Silva Araújo
Data de impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

ASSINATURAS



Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlano Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que (poderei) responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 288-Denúncia Criminosa e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

31 MAR 2018

DELEGADO DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 – Palntão Central**; **QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS

Priscila Osório Carneiro
PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

Daniel Honorato Pinheiro
DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE

DAT

31 MAR 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

25 ABR. 2018

DOCUMENTO
ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Babá

Idade 38

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 108

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Garçon

Sexo: Masculino

Idade 27

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Pedreiro

Sexo: Masculino

Idade 43

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3*

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº: 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Nº: 108

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAZ0915	Número do Chassi 53560
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO1629	Número do Chassi 02004
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150	Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento médico o mesmo encontra-se no HGR.. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23, que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.

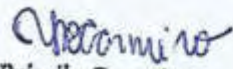
Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

ASSINATURAS



Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Albertane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Babá

Idade: 38

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 108

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 27

Profissão: Garçon

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 43

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelle Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº: 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Nº: 108

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ0915

Número do Chassi 53560

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Raimundo Norato Pereira

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAO1629

Número do Chassi 02004

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150

Modelo DAFRA/SPEED 150

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

DANIEL HONORATO PINHEIRO

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar, acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento médico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que: o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
 Impresso por: Nilcélia Moraes da Silva Araújo
 Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"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."

DAT

01 MAR. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 03h, do dia 21/01/2018, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no BO nº 003143/2018 – Plantão Central; QUE os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS


PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912


DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE



DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradotalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoa com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Daniel Honorato Pereira</u>	CPF da Vítima <u>599.989.672-32</u>	Data do Acidente <u>21/01/2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bonito, 20 de Fevereiro de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Daniel Honorato Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguredolider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221204 ou 0800 0221206) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é conjuntamente pai ou mãe solteiros casados.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Renato Honorato Pontes

CPF da Vítima

528.989.632-32

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o acesso do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, esmerando, desde já, em ressarcimento à perda coberta ao custo do Seguro LIDER DPVAT para a correta avaliação da extensão e situação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou redução ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Renato Honorato Pontes 30 de Fevereiro de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Renato Honorato Pontes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

SAMU
192UNIDADE: **Bravo I**EQUIPE: **Br: Domingos Const. Freitas**Paciente: **Daniel Momarato Pinheiro**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Endereço: **Av. N. 23**Idade: **27** Sexo: **M**
Raça: **Branca** Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐
Bairro: **Adão Campes**Nº **1164** DATA **23/01/2018**HORA J/9: **2:40**

BASE () VIA ()

RADIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: **2:47**

CELULAR

MOTIVO

☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☒ OUTRO **transmissão**INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x MOTO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espacamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alçada aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	--	---

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Epifimeto capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
--	---	--	---

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 3:00	130x70	90	19	99				
Fim	130x70	90	18	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/>	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfema subcutânea	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																				
Peixe <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENÓCULOS</th> <th>MMI</th> <th>MMII</th> <th>TOAL %</th> </tr> <tr> <td>1ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENÓCULOS	MMI	MMII	TOAL %	1ª									2ª									3ª								
	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENÓCULOS	MMI	MMII	TOAL %																																	
1ª																																									
2ª																																									
3ª																																									

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA REGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input checked="" type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Periquirúrgica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Outros
---	---	---	---	---	---

GRAVIDADE COMPROVADA

NILSO**PEQUENA****MEDIA****SEVERA****LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA**

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

21 JAN. 2018

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trope
☐ Bombeiro no local:

☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

OBSERVAÇÕES

RCP

☐ Iniciada as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

Terminou as:

DESTINO

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Correl Mota

☐ Pol. Cosmo e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMNSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lote Irís - HLI
☐ Outros

25 JAN 2018





ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 296780

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 3

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089161	MÊS 02/2018	PERÍODO DE CONSUMO 23-JAN-18 a 22-FEB-18
CONSUMO (kWh) 171	VENCIMENTO 11-MAR-18	TOTAL A PAGAR R\$ 133,76

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089161	MÊS 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 133,76
-------------------------	----------------	-----------------------------

836000000015.337600750000.0000000001081.916102180053



25 ABR. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Elektrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODED

0072159-0

Elaboração: Tânia Araújo de Rezende
Av. Capão São Bento, 801 – Centro – São Vito – RJ
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Fone: (24) 337 022-5
Nota Fiscal / Cód. de Energia Elétrica – Sítio S-1
Região especial de interesse turístico pelo DENAT, nº 01/73

000108583

A Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438 de 30 de abril de 2017.

CONSUMIDOR	DEBITO DATA	CONSUMO (WH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	482	393,19

~~RAIMUNDA HONORATA DA SILVA PINHEIRO~~
~~R. CC 20 180 LAURA MOREIRA~~
~~CPF: 00018791883253~~
~~CEP: 69.318-095 - BOA VISTA~~

ROT: 7.001.28.02.134500

6936		19/01/2018	
DADOS DA SITUAÇÃO	19/01/2018	EXADI	DADOS DA SITUAÇÃO
Atual	6936		Atual
Anterior	1,000		Anterior
Constante de Multiplicação	482		Constante de Multiplicação
Constante Média	482	F CAM	Constante Média
Constante Padrão	NORMAL		Constante Padrão
			29

RESIDENCIAL	BI	0000	16TDB02292	M	1416441	1.1.1.7	420
<small>Nome Cliente</small>	<small>Unidade</small>	<small>Código</small>	<small>Assinatura</small>	<small>Sexo</small>	<small>Idade em Anos</small>	<small>Idade em Meses</small>	

DEZ/17	482	CONSUMO	482 A R\$ 0,567794 =	273,67
NOV/17	516	PARCELAMENTO DE DEBITOS	4/5 ANOS	100,82
OUT/17	474	ILUMINACAO PUBLICA		18,70
SET/17	402			
AGO/17	369			
JUL/17	398			
JUN/17	355			
MAI/17	382			
ABR/17	357			
MAR/17	397			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
0 A 482 - 0,567790				

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

Pedidos e Atrasados em Parcelas: nos pagamentos futuros venha da
nessa Unidade Consumidora.

0B6C, 67C1, F38B, E2F9, D586, 5DFA, C32E, 0854

RESERVADO AO FISCO		273,67	
COMPOSIÇÃO DA COTA - PIS		IMPOSTO CONTRIB. - PIS	
Distribuição	0,00	Base de Cálculo	46,52
Energia	5,50	Alíquota ICMS	1,23
Transporte	53,50	Valor do ICMS	5,75
Estrutura		Valor do PIS	
Taxas		Valor do COFINS	
INSCRIÇÃO DE CONTRIBUÍDORES			
5,43	10,86	21,73	3,61
7,07			3,00
			6,63

DISTRITO

11/2017

103.75

ROT: 7.001.28.02.134500



Eletronbras
Distribuição Roraima

Elektroben Distribuição Roraima
Av. Cap626 Eric Garçon 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 12.341.470/0001-947 - Fone: Estação 24 007 0000

0072159-0

TOTAL A PAGAR - R\$
393,19

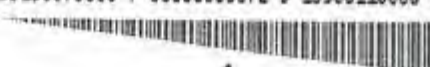
01/2018

06/02/2018

000108583

FCAM

836000000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6



25 ABR. 2018

Eletrobras

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0109029-1

000986275

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	11/07/2018	201	144,86

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

DADOS DA LEITURA	KWH	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
Anterior	51321		Atual	25/06/2018
Posterior	51120		Anterior	24/05/2018
Consumo de Mês	1,000		Posterior	25/07/2018
Consumo de Dia	201		Consumo	22/06/2018
Consumo de Hora	201	FCAM	Consumo	25/06/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL BI 2207345 N 1519404 1.1.1.2 183

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MAI/18 205	201 A R\$ 0,564414 =	ILUMINACAO PUBLICA	113,44
ABR/18 255			31,42
MAR/18 282			
FEV/18 280			
JAN/18 207			
DEZ/17 183			
NOV/17 155			
OUT/17 142			
SET/17 124			
AGO/17 145			

TARIFA DE USO DE ENERGIA
R\$ 201 - 0,564414

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 05/2018 Valor R\$ 164,77
Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão do fornecimento de energia elétrica. Informamos ainda que as contas reatadas (vencidas) e as reativadas no mês de 05/2018 (valor histórico) não foram efetuadas e devem ser consideradas este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

8216.D6A0.D1F4.2C73.82CF.AEC2.D481.6EF5

COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALOR	COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALOR
Consumo	113,44	Consumo	113,44
Imposto	55,09	Imposto	17,00%
Transmissão	0,00	Transmissão	19,28
Terminação	2,29	Terminação	0,41
Outros	21,62	Outros	1,93

NOTA DE CANCELAMENTO DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021730

04/2018 56,77



Eletrobras

Distribuição de Energia

0109029-1

144,86

06/2018

11/07/2018

000986275 FCAM

83660000001 9 44260075000 5 00000000109 9 02910618008 5



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: 529.989.672-72 Nome completo da vítima: Daniel Honorato Pinheiro

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

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro CPF: 529.989.672-72

Profissão: Garçom Endereço: Rua CC 20 Número: 120 Complemento: _____

Bairro: Kauna Moreira Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.318-095

E-mail: ILDIR@Hotmail.com Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: 6953 CONTA: 23762 2

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 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 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) ☐ 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provocarem 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.

Local e Data: Boa Vista - RR 23/05/19

Nome: Daniel Honorato Pinheiro

CPF: 529.989.672-72

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

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 SELI 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.**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 do Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitadas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.811/98.

Pelo exposto, eu Ileri Inácio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Renato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Incólides da vítima Daniel Renato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, 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>183,1</u>	Complemento	<u>Ap. 04</u>
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
E-mail	<u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>69.309-205</u>	
					<u>(95) 99954-4282</u>	

Boa Vista 23 de Abril de 2018.
Lugar e Data


Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 Ilseir Inácio da Silva Inscrição (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Renato Pinheiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72 do sinistro de DPVAT coberto(a) Torcedor da Vítima
Daniel Renato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, 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>Ap. 04</u>
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CPF
E-mail	<u>JLOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>69.309-309</u> <u>(95) 95154-4282</u>	

Boa Vista 23 de Abril de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

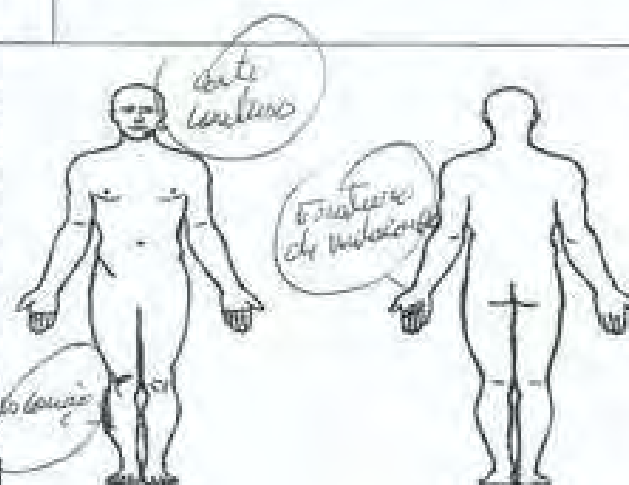
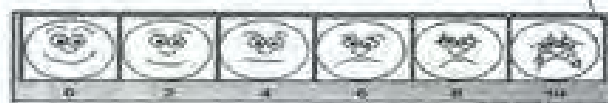
DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

PERTINENTE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

OBSTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquidos: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO
---	-----------------------------

1. Alerteza Ocular (O):	Respostas:	4 pontos
	Estímulo verbal	1 ponto
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Músculos Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	2 pontos
	Flexão normal (reflexa)	4 pontos
	Flexão anormal (descoordenação)	2 pontos
	Extensão (descoordenação)	2 pontos
	Sem resposta (flácida)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sem comunicação	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Fornecer oxigênio p/ via nasal contínua, de natureza permanente para controle da saturação mat x mat, utilizar bombas de infusão separadamente, diálise, com frutose e solução de metacarpo, infusão, com controle, no início do furo, monitorar vitais, manter, monitorar p/ comunicação, o controle da saturação, para manter orientar a conduta p/ OGT: HCB

DOCUMENTO ORIGINAL

EM 27.03.18
Refrina

Diagnóstico
917048

25 ABR. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

25 APR. 2018



1 - NOME DO PACIENTE

HGR

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDES EXISTENTE

HGR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PROTOCOLO

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - NOME DA MÃE OU DO PAI (PSEUDO)

9 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BARRIO)

10 - CIDADE

11 - TIPO DE CÔNITO

12 - CIDADE (CASA, Nº, BARRIO)

13 - CIDADE

14 - CID. DO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

10h

Pat. História queixas mais 3h de

opressão + ansiedade

na 3º MTC + 3º febre + 4º febre 38,6

18 - CONDIÇÃO DA CATEGORIA A - B - C - D - E

DOCUMENTO ORIGINAL

19 - PRINCIPAIS RESULADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS PRECEDENTES OU EM ANDAMENTO

5

na

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

22 - CLÍNICA

23 - ENDEREÇO DA CLÍNICA

24 - CIDADE

25 - Nº DO PROCEDIMENTO

26 - Nº DO PROCEDIMENTO

27 - Nº DO PROCEDIMENTO

28 - Nº DO PROCEDIMENTO

29 - Nº DO PROCEDIMENTO

30 - Nº DO PROCEDIMENTO

31 - Nº DO PROCEDIMENTO

32 - Nº DO PROCEDIMENTO

33 - Nº DO PROCEDIMENTO

34 - Nº DO PROCEDIMENTO

35 - Nº DO PROCEDIMENTO

36 - Nº DO PROCEDIMENTO

37 - Nº DO PROCEDIMENTO

38 - Nº DO PROCEDIMENTO

39 - Nº DO PROCEDIMENTO

40 - Nº DO PROCEDIMENTO

41 - Nº DO PROCEDIMENTO

42 - Nº DO PROCEDIMENTO

43 - Nº DO PROCEDIMENTO

44 - Nº DO PROCEDIMENTO

45 - Nº DO PROCEDIMENTO

46 - Nº DO PROCEDIMENTO

47 - Nº DO PROCEDIMENTO

48 - Nº DO PROCEDIMENTO

49 - Nº DO PROCEDIMENTO

50 - Nº DO PROCEDIMENTO

51 - Nº DO PROCEDIMENTO

52 - Nº DO PROCEDIMENTO

53 - Nº DO PROCEDIMENTO

54 - Nº DO PROCEDIMENTO

55 - Nº DO PROCEDIMENTO

56 - Nº DO PROCEDIMENTO

57 - Nº DO PROCEDIMENTO

58 - Nº DO PROCEDIMENTO

59 - Nº DO PROCEDIMENTO

60 - Nº DO PROCEDIMENTO

61 - Nº DO PROCEDIMENTO

62 - Nº DO PROCEDIMENTO

63 - Nº DO PROCEDIMENTO

64 - Nº DO PROCEDIMENTO

65 - Nº DO PROCEDIMENTO

66 - Nº DO PROCEDIMENTO

67 - Nº DO PROCEDIMENTO

68 - Nº DO PROCEDIMENTO

69 - Nº DO PROCEDIMENTO

70 - Nº DO PROCEDIMENTO

71 - Nº DO PROCEDIMENTO

72 - Nº DO PROCEDIMENTO

73 - Nº DO PROCEDIMENTO

74 - Nº DO PROCEDIMENTO

75 - Nº DO PROCEDIMENTO

76 - Nº DO PROCEDIMENTO

77 - Nº DO PROCEDIMENTO

78 - Nº DO PROCEDIMENTO

79 - Nº DO PROCEDIMENTO

80 - Nº DO PROCEDIMENTO

81 - Nº DO PROCEDIMENTO

82 - Nº DO PROCEDIMENTO

83 - Nº DO PROCEDIMENTO

84 - Nº DO PROCEDIMENTO

85 - Nº DO PROCEDIMENTO

86 - Nº DO PROCEDIMENTO

87 - Nº DO PROCEDIMENTO

88 - Nº DO PROCEDIMENTO

89 - Nº DO PROCEDIMENTO

90 - Nº DO PROCEDIMENTO

91 - Nº DO PROCEDIMENTO

92 - Nº DO PROCEDIMENTO

93 - Nº DO PROCEDIMENTO

94 - Nº DO PROCEDIMENTO

95 - Nº DO PROCEDIMENTO

96 - Nº DO PROCEDIMENTO

97 - Nº DO PROCEDIMENTO

98 - Nº DO PROCEDIMENTO

99 - Nº DO PROCEDIMENTO

100 - Nº DO PROCEDIMENTO

21 - PREENCHER EM CASO DE CRISES EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

22 - DATA DO ACIDENTE

23 - LOCAL DO ACIDENTE

24 - DATA DO ACIDENTE

25 - LOCAL DO ACIDENTE

26 - DATA DO ACIDENTE

27 - LOCAL DO ACIDENTE

28 - DATA DO ACIDENTE

29 - LOCAL DO ACIDENTE

30 - DATA DO ACIDENTE

31 - LOCAL DO ACIDENTE

32 - DATA DO ACIDENTE

33 - LOCAL DO ACIDENTE

34 - DATA DO ACIDENTE

35 - LOCAL DO ACIDENTE

36 - DATA DO ACIDENTE

37 - LOCAL DO ACIDENTE

38 - DATA DO ACIDENTE

39 - LOCAL DO ACIDENTE

40 - DATA DO ACIDENTE

41 - LOCAL DO ACIDENTE

42 - DATA DO ACIDENTE

43 - LOCAL DO ACIDENTE

44 - DATA DO ACIDENTE

45 - LOCAL DO ACIDENTE

46 - DATA DO ACIDENTE

47 - LOCAL DO ACIDENTE

48 - DATA DO ACIDENTE

49 - LOCAL DO ACIDENTE

50 - DATA DO ACIDENTE

51 - LOCAL DO ACIDENTE

52 - DATA DO ACIDENTE

53 - LOCAL DO ACIDENTE

54 - DATA DO ACIDENTE

55 - LOCAL DO ACIDENTE

56 - DATA DO ACIDENTE

57 - LOCAL DO ACIDENTE

58 - DATA DO ACIDENTE

59 - LOCAL DO ACIDENTE

60 - DATA DO ACIDENTE

61 - LOCAL DO ACIDENTE

62 - DATA DO ACIDENTE

63 - LOCAL DO ACIDENTE

64 - DATA DO ACIDENTE

65 - LOCAL DO ACIDENTE

66 - DATA DO ACIDENTE

67 - LOCAL DO ACIDENTE

68 - DATA DO ACIDENTE

69 - LOCAL DO ACIDENTE

70 - DATA DO ACIDENTE

71 - LOCAL DO ACIDENTE

72 - DATA DO ACIDENTE

73 - LOCAL DO ACIDENTE

74 - DATA DO ACIDENTE

75 - LOCAL DO ACIDENTE

76 - DATA DO ACIDENTE

77 - LOCAL DO ACIDENTE

78 - DATA DO ACIDENTE

79 - LOCAL DO ACIDENTE

80 - DATA DO ACIDENTE

81 - LOCAL DO ACIDENTE

82 - DATA DO ACIDENTE

83 - LOCAL DO ACIDENTE

84 - DATA DO ACIDENTE

85 - LOCAL DO ACIDENTE

86 - DATA DO ACIDENTE

87 - LOCAL DO ACIDENTE

88 - DATA DO ACIDENTE

89 - LOCAL DO ACIDENTE

90 - DATA DO ACIDENTE

91 - LOCAL DO ACIDENTE

92 - DATA DO ACIDENTE

93 - LOCAL DO ACIDENTE

94 - DATA DO ACIDENTE

95 - LOCAL DO ACIDENTE

96 - DATA DO ACIDENTE

97 - LOCAL DO ACIDENTE

98 - DATA DO ACIDENTE

99 - LOCAL DO ACIDENTE

100 - DATA DO ACIDENTE

22 - PREENCHER EM CASO DE CRISES EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

23 - DATA DO ACIDENTE

24 - LOCAL DO ACIDENTE

25 - DATA DO ACIDENTE

26 - LOCAL DO ACIDENTE

27 - DATA DO ACIDENTE

28 - LOCAL DO ACIDENTE

29 - DATA DO ACIDENTE

30 - LOCAL DO ACIDENTE

31 - DATA DO ACIDENTE

32 - LOCAL DO ACIDENTE

33 - DATA DO ACIDENTE

34 - LOCAL DO ACIDENTE

35 - DATA DO ACIDENTE

36 - LOCAL DO ACIDENTE

37 - DATA DO ACIDENTE

38 - LOCAL DO ACIDENTE

39 - DATA DO ACIDENTE

40 - LOCAL DO ACIDENTE

41 - DATA DO ACIDENTE

42 - LOCAL DO ACIDENTE

43 - DATA DO ACIDENTE

44 - LOCAL DO ACIDENTE

45 - DATA DO ACIDENTE

46 - LOCAL DO ACIDENTE

47 - DATA DO ACIDENTE

48 - LOCAL DO ACIDENTE

49 - DATA DO ACIDENTE

50 - LOCAL DO ACIDENTE

51 - DATA DO ACIDENTE

52 - LOCAL DO ACIDENTE

53 - DATA DO ACIDENTE

54 - LOCAL DO ACIDENTE

55 - DATA DO ACIDENTE

56 - LOCAL DO ACIDENTE

57 - DATA DO ACIDENTE

58 - LOCAL DO ACIDENTE

59 - DATA DO ACIDENTE

60 - LOCAL DO ACIDENTE

61 - DATA DO ACIDENTE

62 - LOCAL DO ACIDENTE

63 - DATA DO ACIDENTE

64 - LOCAL DO ACIDENTE

65 - DATA DO ACIDENTE

66 - LOCAL DO ACIDENTE

67 - DATA DO ACIDENTE

68 - LOCAL DO ACIDENTE

69 - DATA DO ACIDENTE

70 - LOCAL DO ACIDENTE

71 - DATA DO ACIDENTE

72 - LOCAL DO ACIDENTE

73 - DATA DO ACIDENTE

74 - LOCAL DO ACIDENTE

75 - DATA DO ACIDENTE

76 - LOCAL DO ACIDENTE

77 - DATA DO ACIDENTE

78 - LOCAL DO ACIDENTE

79 - DATA DO ACIDENTE

80 - LOCAL DO ACIDENTE

81 - DATA DO ACIDENTE

82 - LOCAL DO ACIDENTE

83 - DATA DO ACIDENTE

84 - LOCAL DO ACIDENTE

85 - DATA DO ACIDENTE

86 - LOCAL DO ACIDENTE

87 - DATA DO ACIDENTE

88 - LOCAL DO ACIDENTE

89 - DATA DO ACIDENTE

90 - LOCAL DO ACIDENTE

91 - DATA DO ACIDENTE

92 - LOCAL DO ACIDENTE

93 - DATA DO ACIDENTE

94 - LOCAL DO ACIDENTE

95 - DATA DO ACIDENTE

96 - LOCAL DO ACIDENTE

97 - DATA DO ACIDENTE

98 - LOCAL DO ACIDENTE

99 - DATA DO ACIDENTE

100 - LOCAL DO ACIDENTE

2000-4-01

UNIDADE SAÚDE

QUARTO

LEITO

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Paulo Pinheiro

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

V. Mota

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		ROBATO	OBSERVAÇÕES
21/01/19	1) 1000ml de SNA	SNA	20:18 21:00
	2) 1000ml de SNA	SNA	21:18 22:00
	3) 1000ml de SNA	SNA	22:18 23:00
	4) 1000ml de SNA	SNA	23:18 00:00
	5) 1000ml de SNA	SNA	00:18 01:00
	6) 1000ml de SNA	SNA	01:18 02:00
	7) 1000ml de SNA	SNA	02:18 03:00
	8) 1000ml de SNA	SNA	03:18 04:00
	9) 1000ml de SNA	SNA	04:18 05:00
	10) 1000ml de SNA	SNA	05:18 06:00
	11) 1000ml de SNA	SNA	06:18 07:00
	12) 1000ml de SNA	SNA	07:18 08:00
	13) 1000ml de SNA	SNA	08:18 09:00
	14) 1000ml de SNA	SNA	09:18 10:00
	15) 1000ml de SNA	SNA	10:18 11:00
	16) 1000ml de SNA	SNA	11:18 12:00
	17) 1000ml de SNA	SNA	12:18 13:00
	18) 1000ml de SNA	SNA	13:18 14:00
	19) 1000ml de SNA	SNA	14:18 15:00
	20) 1000ml de SNA	SNA	15:18 16:00
	21) 1000ml de SNA	SNA	16:18 17:00
	22) 1000ml de SNA	SNA	17:18 18:00
	23) 1000ml de SNA	SNA	18:18 19:00
	24) 1000ml de SNA	SNA	19:18 20:00
	25) 1000ml de SNA	SNA	20:18 21:00
	26) 1000ml de SNA	SNA	21:18 22:00
	27) 1000ml de SNA	SNA	22:18 23:00
	28) 1000ml de SNA	SNA	23:18 00:00
	29) 1000ml de SNA	SNA	00:18 01:00
	30) 1000ml de SNA	SNA	01:18 02:00
	31) 1000ml de SNA	SNA	02:18 03:00
	32) 1000ml de SNA	SNA	03:18 04:00
	33) 1000ml de SNA	SNA	04:18 05:00
	34) 1000ml de SNA	SNA	05:18 06:00
	35) 1000ml de SNA	SNA	06:18 07:00
	36) 1000ml de SNA	SNA	07:18 08:00
	37) 1000ml de SNA	SNA	08:18 09:00
	38) 1000ml de SNA	SNA	09:18 10:00
	39) 1000ml de SNA	SNA	10:18 11:00
	40) 1000ml de SNA	SNA	11:18 12:00
	41) 1000ml de SNA	SNA	12:18 13:00
	42) 1000ml de SNA	SNA	13:18 14:00
	43) 1000ml de SNA	SNA	14:18 15:00
	44) 1000ml de SNA	SNA	15:18 16:00
	45) 1000ml de SNA	SNA	16:18 17:00
	46) 1000ml de SNA	SNA	17:18 18:00
	47) 1000ml de SNA	SNA	18:18 19:00
	48) 1000ml de SNA	SNA	19:18 20:00
	49) 1000ml de SNA	SNA	20:18 21:00
	50) 1000ml de SNA	SNA	21:18 22:00
	51) 1000ml de SNA	SNA	22:18 23:00
	52) 1000ml de SNA	SNA	23:18 00:00
	53) 1000ml de SNA	SNA	00:18 01:00
	54) 1000ml de SNA	SNA	01:18 02:00
	55) 1000ml de SNA	SNA	02:18 03:00
	56) 1000ml de SNA	SNA	03:18 04:00
	57) 1000ml de SNA	SNA	04:18 05:00
	58) 1000ml de SNA	SNA	05:18 06:00
	59) 1000ml de SNA	SNA	06:18 07:00
	60) 1000ml de SNA	SNA	07:18 08:00
	61) 1000ml de SNA	SNA	08:18 09:00
	62) 1000ml de SNA	SNA	09:18 10:00
	63) 1000ml de SNA	SNA	10:18 11:00
	64) 1000ml de SNA	SNA	11:18 12:00
	65) 1000ml de SNA	SNA	12:18 13:00
	66) 1000ml de SNA	SNA	13:18 14:00
	67) 1000ml de SNA	SNA	14:18 15:00
	68) 1000ml de SNA	SNA	15:18 16:00
	69) 1000ml de SNA	SNA	16:18 17:00
	70) 1000ml de SNA	SNA	17:18 18:00
	71) 1000ml de SNA	SNA	18:18 19:00
	72) 1000ml de SNA	SNA	19:18 20:00
	73) 1000ml de SNA	SNA	20:18 21:00
	74) 1000ml de SNA	SNA	21:18 22:00
	75) 1000ml de SNA	SNA	22:18 23:00
	76) 1000ml de SNA	SNA	23:18 00:00
	77) 1000ml de SNA	SNA	00:18 01:00
	78) 1000ml de SNA	SNA	01:18 02:00
	79) 1000ml de SNA	SNA	02:18 03:00
	80) 1000ml de SNA	SNA	03:18 04:00
	81) 1000ml de SNA	SNA	04:18 05:00
	82) 1000ml de SNA	SNA	05:18 06:00
	83) 1000ml de SNA	SNA	06:18 07:00
	84) 1000ml de SNA	SNA	07:18 08:00
	85) 1000ml de SNA	SNA	08:18 09:00
	86) 1000ml de SNA	SNA	09:18 10:00
	87) 1000ml de SNA	SNA	10:18 11:00
	88) 1000ml de SNA	SNA	11:18 12:00
	89) 1000ml de SNA	SNA	12:18 13:00
	90) 1000ml de SNA	SNA	13:18 14:00
	91) 1000ml de SNA	SNA	14:18 15:00
	92) 1000ml de SNA	SNA	15:18 16:00
	93) 1000ml de SNA	SNA	16:18 17:00
	94) 1000ml de SNA	SNA	17:18 18:00
	95) 1000ml de SNA	SNA	18:18 19:00
	96) 1000ml de SNA	SNA	19:18 20:00
	97) 1000ml de SNA	SNA	20:18 21:00
	98) 1000ml de SNA	SNA	21:18 22:00
	99) 1000ml de SNA	SNA	22:18 23:00
	100) 1000ml de SNA	SNA	23:18 00:00



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, ____/____/____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ____/____/____, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____, SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____/____/____, ÀS _____, COM O
DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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. _____

SQA VISTA, _____

Pablo C. Escameiro J.
Médico
12/03/2010
MÉDICO

25 APR 2010

280-9

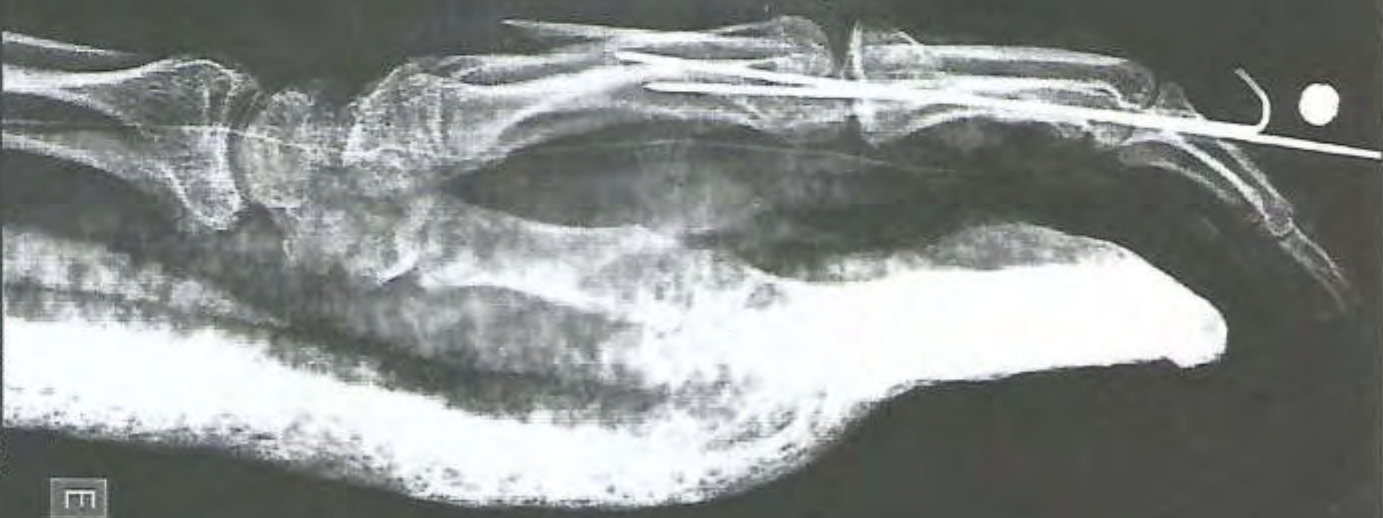


E

67.7 %

1/2/2018 10:37:37

DANIEL HONORATO PINHEIRO



E

73.1 %

1/2/2018 10:37:37

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA

E



72.3 %

21/11/2018 04:06:28

, DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



70.0 %

21/11/2018 04:06:28

TIMARCOS SOU



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

SAMU
192UNIDADE: **Bravo I**EQUIPE: **Br: Domingos Const. Furtado**Paciente: **Daniel Momarato Pinheiro**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Endereço: **Av. N. 23**Idade: **27** Sexo: **M**Raça: ☒ Branca ☒ Negra ☒ Parda ☒ Amarela ☒ Indígena-EtniaBairro: **Adão Campes**Nº **1164** DATA **23/01/2018**HORA J/9: **2:40** BASE () VIA () ☒ RADIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: **2:47** ☒ CELULARMOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☒ OUTRO **transmissão**INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x MOTO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espacamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetos <input type="checkbox"/> Queda, Alçada aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	--	--

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Epifimeto capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
--	---	--	---

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 3:00	130x70	90	19	99				
Fim	130x70	90	18	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/>	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfema su. <input type="checkbox"/> Outra	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																								
Peixe <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENÓCULOS</th> <th>MMI</th> <th>MMII</th> <th>IBI</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3ª</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENÓCULOS	MMI	MMII	IBI	TOTAL %	1ª										2ª										3ª									
	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENÓCULOS	MMI	MMII	IBI	TOTAL %																																				
1ª																																													
2ª																																													
3ª																																													

AVALIAÇÃO CARDÍACA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input checked="" type="checkbox"/> Assístolia
---	---

AFECÇÃO CLÍNICA

<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Perquirática <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Intestinal <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra
---	---

HISTÓRIA PRECESSA

<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Outros
---	---

GRAVIDADE COMPROVADA

NILSO**PEQUENA****MEDIA****SEVERA****LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA**

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

21 JAN. 2018

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

OBSERVAÇÕES

RCP

☐ Iniciada as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

Terminou as:

DESTINO

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Correl Mota

☐ Pol. Cosmo e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMNSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lote Irís - HLI
☐ Outros

25 JAN 2018

Visa por: *Roraima*

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800897185 21/01/2018 04:04:12 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: DANIEL HONORATO PINHEIRO Data de Nascimento: 27/04/1990 Idade: 27 A 8 M 24 D CNS: CPF: Prontuário:

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

IDENTIDADE: M SOLTEIRO (APARDA) BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mão: Pai Contato:

RAIMUNDA HONORATO DA SILVA Endereço: Rua - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal: *Acidente de moto* ☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Relato do paciente: acidente de moto, lesões no membro superior direito e inferior esquerdo.

Exame Físico

Exame físico: membros superiores e inferiores com lesões contusas e laceradas.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de antebraço e fêmur - Trauma contuso e lacerado.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Dificuldade de movimento do membro superior direito.

2. Dor no membro superior direito.

3. Dor no membro inferior esquerdo.

4. Captação de 2g apoc. (EP)

5. De med 100 mg + 100 mg 12/12 EV apoc.

6. Atc.

DOCUMENTO ORIGINAL

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
- ☐ Alta a Pedido
- ☐ Alta a Revelia
- ☒ Transferência para: *ortopedia*

Wendell Rabelo
Médico
CRM-RR 1965

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

óbito

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

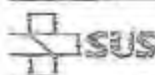
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 21/01/2018 04:04:41



25 ABR. 2018



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO PACIENTE		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		3 - CID		4 - CIES	
HGR		HGR					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
Raimunda Honorato da Silva				163038			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
710231035315127151210				29/10/90		M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - CID	
Raimunda Honorato da Silva							
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CID. ISCE MUNICÍPIO		15 - UF	
Rua CC20 180, Conjunto Cidades				Bela Vista		RN	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CID. ISCE MUNICÍPIO		15 - UF	
Bela Vista							

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
10h Pst histeria quase neta ± 3h da manhã, apresentando dor + ansiedade na 3ª MTC + 25 falha + 40 falha 2/26

DOCUMENTO
ORIGINAL

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
er rx	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
patologia x pte mto (C)	
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 2/30 3/40 4/50 5/60 6/70 7/80 8/90 9/00	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
tto curativo A exp. mto			
26 - CLÍNICA	27 - ENDEREÇO DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Dr. [assinatura]		21/10/18	

32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BOM NITE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		42 - SÉRIE	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Nº DO DOCUMENTO		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Dr. [assinatura]					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO		48 - Nº DO DOCUMENTO	
21/10/18		[assinatura]			

ate 31-1

25 APR 2018

15040055-RV2
5626



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/01/18

U.S. _____

Daniel Alencar Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fratura exposta mão (C)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

LMC + Refix de RTO

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Aldemar

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Erivaldo

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pct SDH sob anestesia
 - ② oxipnóico + analgésico
 - ③ campo estéril
 - ④ LMC vigorosa c/ SF0, 7%
 - ⑤ refixa c/ vybar
 - ⑥ pele grossada
 - ⑦ tyson
- RA

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Assistência Patrimonial dos Brasileiros"

Emergência / Ortopedia

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Pinheiro, 12a 21/01/10

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																																				
AGENTES	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
QUANTIDADE VENOSAS	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
DA	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
USO	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
ANES	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
OP	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
TEMP	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
ASPIR	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
RESPIR	<table border="1"> <tr> <td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td><td>60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td> </tr> <tr> <td>02</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	02																		
15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																					
02																																						
Exat																																						
Asist																																						
Cont																																						
SÍMBOLOS	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100</p>																																					
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																																			
Propofol	100mg	BPB via arterial, guiado por USG.	1. Monitorização (ECG, SatO2, PA, etc.)																																			
		2. Col ventilação	2. Checagem de gases, equi-pomente / paciente e medicação																																			
		3. Monitorização	3. De 3 l/min SCN																																			
		4. Sonda	4. BPB guiado por USG																																			
			5. Propofol 50mg EV																																			
			6. Propofol 50mg EV																																			
			7. Propofol 30mg EV																																			
GLICOSE	QUANTIDADE	Cálculo - Peso / Oro Fisiologia																																				
NOCD		Naso / Otorrinolaringo - Carga																																				
SANGUE		Dal - Temp - Cálculo do Tubo																																				
SP	500ml	Sob Músculo																																				
		Dificuldade Técnica																																				
TOTAL	500ml	TEMPO DE ANESTESIA																																				
OPERAÇÃO	Fratura exposta da mão E																																					
ANESTESIA	CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	PERDA SANGÜEA																																			
Dra. Evelynne / R. C. Reis		Dr. Waldenon																																				

Dra. Evelynne Fernandes
Médica CRM/R 1424
Anestesiologista ROE 1ª

7. Tenoxicam 40mg EV
8. Propofol 30mg EV
9. Dipriona 2g EV

A S.R.P.A.

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Daniel Honorato Pinheiro				21 / 01 / 13
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese MSD		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		09:55	10:15	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Dr. Wilderson		ANESTESISTA:	Dra. Ewelina	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Res: Flávia + Celio	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
TIP. DE ANESTESIA: B P B		CIRCULANTE	Lili + Soares + Miracy + Luana	
		Wellington + Milma		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3/7
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/PROCEDIMENTO			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
1	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº
5	SERINGA 10ML			GEOFOAM - lavachapa
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA - atadura 30cm
5	Elefrodos			OUTROS: Elexiaina
1	corretor O2		100ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Stephanie + Orika	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Lili + Miracy + Luana + Wellington + Soares + Milma	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

25 ABR. 2018

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
CENTRO DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA
CIRÚRGICA
NOME: David Leonardo Lima

[illegible]

TRANSOPERATÓRIO				
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.
can 30	07:55	08:48	10:15, 10:15	
Cirurgia Realizada	Anestesia		posição: nto	
Hydroxypropylmethacrylate Hidrogênio Inibida	BBB	Antibiótico: Tetracina	densal	
SF a 0,5%:	Nome:	CH:	Hemodinâmica	
SG a 10%:	Dose:			
Citrosol:				
Nº de compressas de tração:	5	Plasma:		
Nº de compressas recolhidas:	5	Plaquetas:		
Sinais Vitais:		Análise de urina típica		
T: 36,5 °C	P: 120/80 mmHg	Nº de pulsos:		
SAT: 96 %	F: 18 rpm	() Cultura:		
FC: 70 bpm	() Irregular	() Outros:		
	PA: 120/80 mmHg			

Exames na S.O.:	Ht	Hb	Hemograma	Ratio K
() Citrosol:				

Legenda

1. diátródes
2. Oximetro
3. PVC
4. Placa de Blistur
5. Incisão
6. Cateter
7. Vantocils
8. Dreno
9. SNG
10. Folha de Smarck
11. Outros:

[illegible]

Instituto de Saúde da UFT	Ouro:			Assistente Social COREN-AC 77720
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da CDOF - UNR - AM / 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAR-SFRE/RJ/2019.				

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Daniel Femenode Vinhu Anestesia: Eulene

ANTES DA INCISÃO

BOUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Se materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resíduo do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO PACIENTE
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
Marlene A. G. J. Silva
Enfermeira
COREN-RR 122270



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Daniel Henrique Faria 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de múltiplos Dabs

NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de múltiplos Dabs SENDO

OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Francisco

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18 ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18 ÀS 14:00 HORAS, COM O
DR. Alberto

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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. Alberto

BOA VISTA, 03/02/18

25 ABR. 2018

MÉDICO

E



72.3 %

21/1/2018 04:06:28

DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



70.0 %

21/1/2018 04:06:28

T. MARCOS SOU



67,7 %

1/2/2018 10:37:37

DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA



73,1 %

1/2/2018 10:37:37

2018-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO



Daniel Honorato Pinheiro

SECRETARIA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA EM VIÇÃO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.462.091 DATA DE EMISSÃO 04/05/2016

NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO

RELACÃO F JOSÉ VICENTE PINHEIRO


RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

LOCALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE VALIDADE 27/04/1990

CERT. NASC. Nº 73.223, LY A-105, FLS 282, EXP.05/11/1991

BOA VISTA-RR

CPF 529.989.672-72



LEI Nº 7.167 DE 29/08/03

25 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO



Daniel Honorato Pinheiro

SECRETARIA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA EM VIÇOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.462.091 DATA DE EMISSÃO 04/05/2016

NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO

RELACÃO F JOSÉ VICENTE PINHEIRO


RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

LOCALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE VALIDADE 27/04/1990

CERT. NASC. Nº 73.223, LY A-105, FLS 282, EXP.05/11/1991

BOA VISTA-RR

CPF 529.989.672-72




LEI Nº 7.167 DE 29/08/03

25 ABR. 2018


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME ILDIR INACIO DE SOUZA			
DOC. IDENTIDADE/CRG. EMISSORA 114807 SSP RJ		DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
CPF 383.051.512-04		DATA HABILITACAO 15/12/1999	
MUNICIPALIDADE JOSE SOUZA DE ASSUNCAO			
NOME DO TITULAR OSIRIA INACIO DE OLIVEIRA			
PERMISSAO C	ACC C	CATEGORIA AB	
Nº REGISTRO 01161912304	VALIDADE 29/01/2020	HABILITACAO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES			
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			
<div style="text-align: center;">  ASSINATURA DO EMISSOR </div>			
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSAO 30/01/2015	
<div style="text-align: center;">  PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO </div>		92465240615 PR207968020	
DETRAN - RR (RORAIMA)			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



FOLHA DIREITA



Daniel Honorato Pinheiro
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROVIDA 2012 4 0001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO


FILIAÇÃO JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 27/04/1993

DIG. ORIGEM CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993

BOA VISTA-RR

CPF 529.989.672-72



LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

29022

PROVIDA 2012 4 0001

25 ABR. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILDIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF 114807 SSP RR
	CPF 383.051.517-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CAT. HAB. <input type="checkbox"/> AB	
Nº REGISTRO 011019.2304	VALIDEZ 28/01/2020
DATA HABILITAÇÃO 15/12/1998	
OBSERVAÇÕES	
 ASSIN. DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RO AIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
ASSIN. DO EMISSOR 92485240616 RR207968020	
DETRAN - RO - DRAIMEA	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROTEÇÃO PLÁSTICA
980151096

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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 conjunto 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, 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, contribui 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.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

201.73710.78-0

NÚMERO

6819147

SÉRIE

0030

UF

RR

Daniel Honorato Pinheiro

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



05

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Daniel Honorato Pinheiro

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO



DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO.....: JOSE VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA
NASCIMENTO.....: 27/04/1990 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....: C. I. 271160 14/01/2003 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 529.989.672-72 CNH.....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 04/07/2011


Assinatura do Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.462.091

DATA DE
EXPEDIÇÃO

04/05/2016

NOME

DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO

JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO

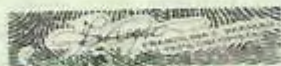
27/04/1990

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993
BOA VISTA-RR

CPF

529.989.672-72



29022

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

BRASIL 1988 6 - 88

03

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 ASI: _____ CPF da vítima: 529.989.672-72 Nome completo da vítima: Daniel Honorato Pinheiro

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

Nome completo: Daniel Honorato Pinheiro CPF: 529.989.672-72
Profissão: Garçom Endereço: Rua. da - 20 Número: 180 Complemento: _____
Bairro: Joaquim Moreira Cidade: Boa Vista Estado: Paraná CEP: 69.318-095
E-mail: glorice@hotmail.com Tel.(DDD): (66) 9125-9536

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 139.897 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 do 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 08.11.2018
Nome: Daniel Honorato Pinheiro
CPF: 529.989.672-72

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª 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 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

CUTORGANTE

NOME:	Daniel Homens do Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Geógrafo
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CC20 N° 180 conjunto adadois

NOME:	Ilain Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 207 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P. Galvão N° 4832 Brasília

DOCUMENTO
ORIGINAL

Bsa Vinto-RR 20/02/2018

2º OFICIO

Daniel Honorato Pinto

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



25 APR. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honorato Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garcem
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CC30 N° 180 conjunto cidadões

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 207 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P Galvão N° 1832 Barúlis

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.

DOCUMENTO ORIGINAL

Bon Vinto-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA



Daniel Honorato Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Bon Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Anísio Vitor, 4307 - Boa Vista - Bon Vista/RR
 Fone: (91) 307-3189
 daniel@bonvista.cartorioaquino.com.br

Reconheço por Verdadeira a assinatura de:
 13eKzJ030 - DANIEL HONORATO PINHEIRO
 De que data: Dia 20 de fevereiro de 2018 - Confira sua autenticidade:
 Em testemunha da verdade: SFDQ: https://vidaoq.org.br/verificacao/13eKzJ030
 Emolumentos: R\$ 2,00 - Código: ISS: R\$ 0,00 - Total: R\$ 2,00
 Selos: REC.FIR.18295CV4-4.551M98F1908

Carla Costa Retroz
 Escrevente Autorizada

25 ABR. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288637/18

Número do Sinistro: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

CPF: 529.989.672-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL HONORATO PINHEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

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: 12/09/2018
Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO
CPF: 529.989.672-72

DANIEL HONORATO PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Nº Sinistro: **3180364560**

Vitima: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364560**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13213200



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Nº Sinistro: 3180364560

Vitima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364560**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13213201



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Carta nº 13470361

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180364560 ASL-0288637/18
Vitima: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data Acidente: 21/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Carta nº 13632470

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180364560 ASL-0288637/18
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data Acidente: 21/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL HONORATO PINHEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023762-2

Autenticação:

BB82407C6B20E178CBCB96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9