

**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 3<sup>a</sup> 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 descharacteriza 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

## 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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>"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		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
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.				
Sequela: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.				
Documentos complementares:				
Observações:				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>ESPECIALISTA</b>				
Empresa: Lider- 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 irretratável 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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 deve 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 parciais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>RECURSO 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 HOUVE 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 STJ<sup>5</sup>.

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 SESSENTA 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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup>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.

<sup>6</sup>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.”

<sup>7</sup>“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 da 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 horários 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 expresso 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,

---

<sup>7</sup>art. 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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 09 de 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.

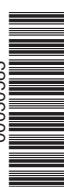
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de 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, retorno 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](http://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:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Ribeiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0653**  CONTA: **139-897**   
(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)  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.

Local e Data: **Boa Vista - RR**  
 Nome: **Daniel Honorato Ribeiro**  
 CPF: **529.989.672-72**

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Ribeiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653**  CONTA: **139-897**   
 (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)  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.

Local e Data: **Boa Vista - RR**  
 Nome: **Daniel Honorato Ribeiro**  
 CPF: **529.989.672-72**

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# 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:

521.989.672-72

Nome completo da vítima:

Daniel Henrique Pinheiro

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

Nome completo:

Daniel Henrique Pinheiro

CPF:

521.989.672-72

Profissão:

Gengibre

Endereço:

Rua. 00 - 20

Número:

180

Bairro:

Icaraí Morena

idade:

Beira Vista

Estado:

Rio Janeiro

E-mail:

Wimrc@Hotmail.com

CEP:

69.318-045

Tel.(DDD):

(03) 96125-9536

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00

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

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 139.897

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Imigrante: Brasil Exterior Outros	Local e Data: Rio de Janeiro - RJ - 31-12-2015
Nome: Daniel Henrique Pinheiro	CPF: 521.989.672-72

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

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 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.



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0221205 (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 (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 Pachano

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Daniel Henrique Pachano	CPF titular da conta	529.989.672-72	Profissão	Conecra Construtor	
Endereço	Rua CC 30	Município	Itapira	Estado	CEP	69.318-095
Bairro	Loura Moreira	Cidade	Bonito	Telefone (DDDI)	(19) 90154-4282	
Email	INDIRRR@HOTMAIL.COM					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir na endereço acima. Segue, anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,01 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,01 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,01 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASÍCICO (37)  BANCO DO BRASIL (061)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DNB

Nº

CONTA

Nº

DNB

Nº

(Inserir digito se existir)

139.894 3

(Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

DNB

Nº

AGÊNCIA

Nº

DNB

Nº

CONTA

Nº

DNB

Nº

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito 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 plena efetivação, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO  
ORIGINAL

Res. 13.400 20 de Fevereiro de 2018

Lugar e Data

Daniel Henrique Pachano

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 Henrique Pinheiro

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Daniel Henrique Pinheiro	CPF titular da conta	529.989.672-72	Profissão	Governante
Endereço	Rua CC20	Número	180	Complemento	
Bairro	Boa Vista	Estado	Roraima	CEP	69.318-095
Email	JKOIRRR@HOTMAIL.COM	Telefone (DDD)	195199154-4182		

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 N.R.C.  
0653  
(Informar dígito se existir)

D/V  
139.897  
3  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	N.R.C.		
AGÊNCIA N.R.C.	D/V	C/NTA N.R.C.	D/V
(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

Bonito 30 de Fevereiro de 2018

Local e Data

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: 808069; Data: 21/01/2018  
Delegado de Polícia: Suelba Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Plantão Central

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

Lugar do Fato:

Município: Boa Vista

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

Bairro: Senador Hélio

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Moto(s) Empregado(s)
803: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADÓVAL (VITIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Babá	Idade: 38
Estado Civil: Solteiro(a)	

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nº: 105

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Garçom	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a)	Idade: 27

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Pedreiro	Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado(a)	Idade: 43

Documento(s):

RG - Carteira de Identidade: 4756542

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO  
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil Suelba Cardoso da Silva  
Impresso por: Nícolas Moraes da Silva Araújo  
Data de Impressão: 01/03/2018 10:08  
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 34

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO  
Bairro: PEROLA

Nº 265

Nome: JOURBNILSON CAMARA (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Idade: 32

## Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: S-29  
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 100

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/bm Italoon Faria 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: NAD1629	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 Joubemilton para ao PSC/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico 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 aparente visivelmente estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do balímetro, 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 penalidade devido o local ter sido violado.

*DOCUMENTO  
ORIGINAL*



Delegado de Polícia Civil Substituto: Carlos da Silva  
Impresso por: Nicella Moreira da Silva Andrade  
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

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

## ASSINATURAS

Priscila Correiro  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 043600912

Albertano Teixeira Brando  
Responsável pelo Mandado

"Declaro para os devidos fins de prova que não estou (não estou) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelo presente documento que me informa, conforme previsto nos Artigos 239-Denominação, Constituição e 349-Comunicação Pública da Constituição do Estado da Paraíba."

DAT

3º MAZ 2018

ESTADO DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

DOCUMENTO  
ORIGINAL



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018  
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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 n° 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
11 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

Bairro: Senador Hélio

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

Complemento: CRUZAMENTO

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 )

Idade: 38

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Babá

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 108

Logradouro: RUA: CC-29

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Idade: 27

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Garçom

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )

Idade: 43

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

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: 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  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Idade 32

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: S-29  
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 108

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 Véiculo Roraima	Município Veiculo 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 Véiculo Roraima	Município Veiculo 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

INTO 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 bafomento, 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.



*DOCUMENTO  
ORIGINAL*

# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

## ASSINATURAS

*Priscila Carneiro*  
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 poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ongum, conforme previsto nos Artigos 338-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



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

Página 3 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA )	Idade: 38
Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Babá	
Estado Civil: Solteiro(a)	

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: CC-29  
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO  
Nº: 108

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))	Idade: 27
Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Garçom	
Estado Civil: Solteiro(a)	

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: CC-20  
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPÓSTO ALITÓR/INFRATOR )	Idade: 43
Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Pedreiro	
Estado Civil: Casado(a)	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO  
Bairro: PEROLA

Nº: 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Idade: 32

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

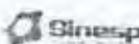
DANIEL HONORATO PINHEIRO

Proprietário

DOCUMENTO  
ORIGINAL

## 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 estudos de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafômetro, 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 perda devido o local ter sido violado.



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

## 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 sinto que poderé 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

ENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

*DOCUMENTO  
ORIGINAL*



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018**  
**ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL**

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDERECO: 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 N° 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 veiculos 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
21 MAR 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO  
ORIGINAL

25 ABR. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 e 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 interditada 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

*Daniel Henrique Pachá Jr.*

CNH da Vítima

539.989.670-72

Data do Acidente

21/01/2018

**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:

Assinante uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 la cuesta da Seguradora Lider 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.

*Recife, 20 de Fevereiro de 2018*

Local e Data

*DOCUMENTO  
ORIGINAL*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLOI YOOT/2017

25 ABR. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradolider.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 erros. O Representante Legal é identificado 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 deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessária 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 vitimas intitulada como cuidador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Laura Mendes Pinto</i>	CPF da Vítima <i>539.989.677-70</i>	Data do Acidente <i>21/01/2018</i>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou imunizado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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, motivo que esta declaração permite o prosseguimento das ações da minha documentação para a apresentação do lauto do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em imediatamente perda médica ao custo da Seguradora Líder DPVAT para a minha avaliação da invalidez e alegio do grau da lesão, quaisquer, para os efeitos da Súmula nº 51º 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 discordo do seu resultado.

*Bonita, 30 de Janeiro de 2018*  
Local e Data

*DOCUMENTO  
ORIGINAL*

*Ramalho Benedito Pinto*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DANLO01 1001/2017

*25 ABR. 2018*





Eléctrobras

**Glenn Duncan Borahma**

8872159-A

Para obtener más  
información, llame  
número 1-800-222-  
1234.

2000-2001

JANETRO/2018 06/02/2018 482 393,19

**TOLEDO MONTEIRO DA SILVA PINHEIRO**  
R. CC 28 100 LAURA MONTEIRO  
CNPJ: 00011871000125  
CEP: 09.318-003 - BOA VISTA ROT: 7.001 28-02-1999

	6936	19/01/2013
Customer ID	6936	19/01/2013
Name	1,000	All
Address	482	19/01/2013
Customer ID / Address	482	Previous Issues
Customer Status	NORMAL	19/01/2013
Customer Rating		29

晋城日报数字报 32 2024-01-16 16:25:250 11月26日 11月27日

LICENÇA PARA OPERAR E FAZER OPERAÇÕES VENCIMENTO 18.11.16 21.26

星期五, 19 日 11 月 2015 年 15:46

BESTTITLE 31/12/2012 200 7

卷之三

25 ABR. 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

ILÓR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 3  
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR.

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorde aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA  
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -  
BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
**1089161**

MÊS <b>02/2018</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 133,76</b>
-----------------------	------------------------------------

836000000015.337600750000.000000001081.916102180053



25 ABR. 2018



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**0072159-0**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av Capitão Eno Gómez, 801 – Centro – Boa Vista – RR  
CNPJ: 02.341.478/0001-44 | Fone: (69) 32407 0224-3  
Nota Fiscal / Coda da Energia Elétrica – Série 01  
Regime especial de Impostos estabelecido pelo DEIR/MEC sobre

Nº da Nota Fiscal:

000108583

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 20 de abril de 2002

DATA/MES	VALOR	CONSUMO	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

DADOS DA LEITURA		VAL	EVADU	DATA DA LEITURA	
Atual:	6936	0454		19/01/2018	
Anterior:		1.000		21/12/2017	
Constante de Multiplicação:		482	FCAM	19/02/2018	
Consumo Médio:	NORMAL			18/01/2018	
Consumo Estimado:				19/01/2018	
				Entrega:	29
				Assinatura:	

RESIDENCIAL	B1	111003 16103022927/M 14164H1	1.1.1.2	420

CONSUMO	482 A R\$ 0,567794 =	273,67
PARCELAMENTO DE DEBITOS	0/0/0/0	100,82
ILUMINACAO PUBLICA		18,70

DEZ/17	482
NOV/17	470
OUT/17	474
SET/17	402
AGO/17	369
JUL/17	398
JUN/17	355
MAI/17	382
ABR/17	357
MAR/17	397
TABELA DE TRIBUTOS:	
R\$ R 482 - 0,455770	

LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até a próxima! Sua fatura é sua, lembre-se sempre que é sua responsabilidade saber o que é cobrado em cada fatura.

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

RESERVADO AO FISCO	82,57	273,67	
<b>COMPOSIÇÃO DA CONTAS - R\$</b>			
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	46,52
Energia:	5,50	Alíquota ICMS:	1,23
Transportes:	53,50	Valor do ICMS:	5,75
Impostos:		Valor do PIS:	
Itens:		Valor do Cofins:	

VALORES DAS CONTAS - R\$
5,43 10,86 21,73 3,61 7,22 14,45 3,11
7,07 3,00 6,63

DISTRITO	11/2017	103,75
----------	---------	--------

ROT: 7.001.28.02.134500

SEU CÓDIGO	0072159-0	TOTAL A PAGAR - R\$	393,19
MES PAGAMENTO	01/2018	DATA VENCIMENTO	06/02/2018
		Nº da Nota Fiscal:	000108583
		FCAM	

03600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6

25 ABR. 2018

Eletrobras

Energia Elétrica

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0109029-1

000986275

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL AVALIAÇÃO (R\$)
JUNHO/2018	11/07/2018	201	144,86

ILOR 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	DATA	DATA	DATAS DA LEITURA
51321			25/06/2018
51120			24/05/2018
1.000			25/07/2018
201			22/06/2018
201	FCAM		25/06/2018
NORMAL			
		32	

RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404	1.1.1.2	183
-------------	----	---------	-----------	---------	-----

PERÍODO (ANO)	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAI/18	205	CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA
ABR/18	255	
MAR/18	282	
FEV/18	280	
JAN/18	207	
DEZ/17	183	
NOV/17	155	
OUT/17	142	
SET/17	124	
AGO/17	145	

TRIBUTOS:  
I.R. 201 - 0,4587%

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Mensagem
05/2018	164,77	Unidade consumidora suspeita o suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a suspensão do nome de consumo. Os débitos, informados anteriormente (ver dívidas vencidas) e já reavizadas(na fatura anterior), no valor de R\$ 0,71 (valor histórico). Caso tenha efetuado alguma desconsiderar este aviso.

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

6216.D6A0.D1F4.2C73.82CF.AEC2.D4B1.6EFS		
DOMÍNIO/CONTROLE	IMPORTE	IMPORTE RELATIVO
54,44	54,44	
55,09	113,44	
0,00	17,00%	
2,29	19,28	
21,62	0,41	
	1,93	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
0,00			0,00		0,00	
FLORESTA						
NOT: 5.001.12.04.021730			04/2018		56,77	



Eletrobras

Distribuição Mato Grosso

0109029-1

144,86

06/2018

11/07/2018

000986275 FCAM

836600000194460075000500000001099029106180085



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Daniel Honorato Pinheiro	Número:	529.989.672-72	
Bairro:	Garcia	Endereço:	Rua CC 20	Complemento:
E-mail:	E-mail:		CEP:	69.318-095
			Tel.(DDD):	

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

#### RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)         |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 6953  CONTA: 23762

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 devidamente, 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, 23/05/19  
 Nome: Daniel Honorato Pinheiro  
 CPF: 529.989.672-72

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
 Daniel Honorato Pinheiro  
 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.

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penal administrativa, incobrar, examinar e identificar as ocorrências que percam de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.812/99.

Pelo exposto, eu Iber Imacé de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Henrique Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Trinidade da Vítima Daniel Henrique Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.671 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

### 6º Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:	Rua Antônio Pinheiro Gehrão	Número:	183,1
Bairro:	Buritis	Estado:	Ap. 04
Email:	JLO1222@HOTMAIL.COM	Telefone comercial (DDO)	(69) 309-3026

Local e Data

Assinatura do Declarante

Boa Vista 23 de Abril de 2018.

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ileno Imacéia de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Henrique Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.989.672 / 71 do sinistro de DPVAT cobertura Tanque d'água da Vítima Daniel Henrique Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.989.672 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

**Só Recuso Informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Rua Antônio Pinheiro Galvão	Número	1832	Complemento	An. 04
Bairro	Buritis	Estado	RR	CEP	69.309-364
Cidade	Bonito	Telefone comercial (DDD)	(65) 394154-4282		
Email	ILOURRA@HOTMAIL.COM	Telefone celular (DDD)			

Bonito, 23 de Abril de 2018,  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

SAMU  
192

UNIDADE

Bravo 1 EQUIPE Téc. Divaldo Card. Santa  
priscilla

Paciente: Daniel Maronete Puchero  
 Nacionalidade: Brasileiro  
 Endereço: AV. N° 13

Idade: 27 Sexo: MA
 Raça: Branca Negra /1 Parda /1 Amarela /1 Indígena /0 Etnia:  
 Religião: Cristão Católica /1 Evangélica /0 Protestantismo /0 Espiritismo /0 Outras /0

 DATA: 21/01/2018 HORA: 07:40 BASE: 1 VIA: M 64 RÁDIO
HORA: 07:40 21/01/2018 1 CELULARMedicamento: Oral

CRM:

CETEC

MOVIMENTO: EM BOCORRO TRANSPORTE: EM ATENDIMENTO NO LOCAL OUTRO: Exame clínicoINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora /1 1 a 3 horas /1 4 a 24 horas /1 Mais de 24 horas /1 Não sabe /1

MECANISMO DE TRAJAMA			
AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Choque Auto / <u>1</u> <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do pano <input type="checkbox"/> Vítima prestativa <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado  <b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b> <input type="checkbox"/> Colisão MOTO X / <u>WV</u>	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tortura / <u>1</u> ou violência sexual	<input type="checkbox"/> Ac. De Trânsito / <u>1</u> Local / <u>1</u> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Acidente rodoviário <input type="checkbox"/> Acidente Desportivo <input type="checkbox"/> Quicando / <u>1</u> Agressão <input type="checkbox"/> Ataque animal <input type="checkbox"/> Agressão animal / <u>1</u>  <input type="checkbox"/> Outros: _____
PEDESTRE	<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Choque de bicicleta <input type="checkbox"/> Pista	<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete  <input type="checkbox"/> Ganhos	

ANALISE DA CIRCULAÇÃO (se aplicável)

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA		
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Agonia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> AVSN					
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Disponível	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Modo					
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Modo					
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> Estagnação capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Ansiosa / <u>1</u> D / <u>1</u> E					
<input type="checkbox"/> Roçura de Glote	<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Fugaz	<input type="checkbox"/> Aggravamento Alcoolizado					
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> DNV					
SINAIS VITais E PIGMENTOS								
Horas	P.A mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Grau	Esc. visual "DNK"	APAGAR
inicio: <u>07:40</u> Boavista	<u>90</u>	<u>19</u>	<u>99</u>					
Fim: <u>07:40</u> Boavista	<u>90</u>	<u>17</u>	<u>99</u>					

ANALISE DA DERMATÔMICA (se aplicável)

Pele	Cabeça	Facial	Pescoco	Torax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Grelha <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Coceira	<input type="checkbox"/> Conflito <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Arredondamento <input type="checkbox"/> Per. penetrante	<input type="checkbox"/> Conflito <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Edema na face <input type="checkbox"/> Edema		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Tórax / <u>1</u> ótimo / <u>1</u> <input type="checkbox"/> Têmperatura <input type="checkbox"/> Fadiga Aspirante <input type="checkbox"/> Enfrentamento
Pele	Coluna Dorsal	MAMM	MAMM	QUEIMADURAS	
<input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor / <u>1</u> <input type="checkbox"/> Sensibilidade	<input type="checkbox"/> Conflito <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Ampolação	<input type="checkbox"/> Conflito <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Ampolação	<input type="checkbox"/> Conflito <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Ampolação	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura

ANALISE CARDIACA

ANALISE CARDIACA		ANALISE RESPIRATÓRIA		HISTÓRICO	
<input type="checkbox"/> Rítmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Ritmo atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergia
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Intoxicada	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outras
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Acelerar	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Fáctil		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Psicótica		

*DOCUMENTO ORIGINAL*

*Assinatura de Currículo Médico - Consultor de Emergência*

*ACESORES INFORMATIVOS COM A VIDA*

ACESORES

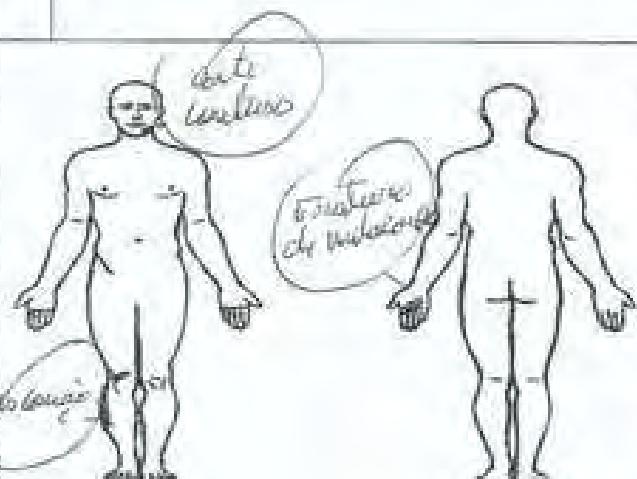
*ACESORES COM O CORPO*

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

IG p/ semana:	Movimentos totais:
Perda de líquido:	BCP:
<input checked="" type="checkbox"/> Com cardíio	<input type="checkbox"/> Sem cardíio

1. Ajetos Oculares (O)	Resposta:	4 pontos
	Esgotado verbal	1 ponto
	Estremido dolente	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Atividade Resposta Motora (M)	Chegada a esquerda	6 pontos
	Lacratura das	3 pontos
	Flexão normal (rotulada)	4 pontos
	Flexão normal (descritiva)	3 pontos
	Extensão plasmabásica	2 pontos
	Sem resposta (flexão)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientação:	5 pontos
	Confusa	4 pontos
	Palavras inapropriadas	1 ponto
	Sens incoerentes	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto





#### Evolução do paciente

Foi encaminhado ao IMA Boa Vista, devido a lesão hemorragica na região lumbosacra central da qual se realizou metade e metade. Vítima de um balanço aparentemente descontrolado, com fractura fechada do lado esquerdo, bate cardíio, no dia 23/03/2013, orientação 1/6, consciente, agitação, fala confusa, com frases desorientadas, a evolução de sua condição, que não permitiu a realização de CT scan.

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

23/03/2013  
Replan

Douglas  
917048

25 ABR. 2014



Via e por:  
22/04/18

Guia de Atendimento 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSPE  
AV BRIGADEIRO EULÓIO GOMES, 3309 - AEROPORTO



DATA ATENDIMENTO:	21/01/2018 04:04:12	RÉCIA DE ATENDIMENTO:	TITANATOLOGIA	NOTURNO 19-	11
Nome:	DANIEL HONORATO PINHEIRO	Data:	CNS:	CPF:	Pronome:
Sexo:		27/04/1996	27 A 3 M 24 D		
DOCUMENTO:	Órgão Emissor Data Emissão:	Sexo:	Estado Civil:	RG/CEP:	Naturalidade:
Mae:		M	SOLTEIRO/A/PRIDA	PA.	BOA VISTA - RR
RAIMUNDA HONORATO DA SILVA					Nacionalidade:
Endereço:	RUA - CG 20 - 180 - CONJUNTO CIDADÃO - BOA VISTA - RR				BRASILEIRA
Classe de Risco:	Plano Convênio	Nº da Consulta:	Validade:	Autorização:	Sit. Prenatal:
Modo do Atendimento:	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento:	Profissional do Atend.	Procedência:	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				País
Sector:	Tipo de Chegada:		Procedimento Sol:		Pressão:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				
Queixa Principal:	<input type="checkbox"/> Sintoma Farto <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

*Doença de 3 mês*

#### Anamnese do Enfermagem:

GSC  
AO: 1234 RM: 12345 MIV: 123456 TOTAL

#### Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11)

#### Exame Físico

#### Hipótese Diagnóstica

#### SADT - Exames Complementares

RÁDIO-X  ULTRASOM  LTC  LIGANQUE  URINA  EOG  OUTROS

#### PREScrição

#### APENALMENTO

#### OBSERVAÇÃO

<i>(1) Rx dia 21/01/18</i>	<i>04/04/18</i>	<i>DOCUMENTO ORIGINAL</i>
<i>(2) Rx dia 21/01/18</i>		
<i>(3) Rx dia 21/01/18</i>		
<i>(4) Rx dia 21/01/18</i>		
<i>(5) Rx dia 21/01/18</i>		

#### Conduta:

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pronto
- Alta a Recinto
- Transferência para: *24 horas*

Wendell Rabelo  
Médico  
(RR-RR 1985)

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

*Já feito*

#### Óbito:

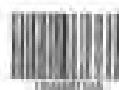
Antes do 1º Atendimento? ( Sim  Não) Destino: ( Família  IML Anatomia Patológica)

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandrapereira  
Data/Hora: 21/01/2018 04:04:00

*alexandrapereira*



25 ABR. 2018

Efecto

Presente en la reunión  
de trabajo entre  
gobiernos federales e  
FBI de la 1<sup>a</sup> Q.D.E. +  
3<sup>er</sup> piso D del FBI de la 5<sup>a</sup> Q.D.E.  
CD:Q.P. para licencia y autorización +  
anexo a la Act.  
O Jefe de Caba López  
- Asunto: Caso f.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



DOCUMEN  
TO  
ORIGINAL

25 ABR. 2018



Sistema  
Único de  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO PACIENTE

HGR

2 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO

HGR

4 - CRM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Dionisio Henrique

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

163048

7 - CRÉDITO NACIONAL HABITACAO

7101231931513151217151210

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/10/40

9 - RG

11

10 - NOME DA MÍDIA OU DO RESPONSÁVEL

Raimundo Henrique da Silva

11 - NOME DO CONTATO

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro

12 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA

Rua CC 20 180 conjunto Cidadela

13 - CID. BIRMANIA - UF - SP - CEP

Bonfim

14 - INTENÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E/OU DADOS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pat Henrique que nasc mto = 3h da  
noite.  
apresentando dor + alvite mto!  
Tx + 3º MTC + 3º fadiga + 4º febre e etc

18 - CONDIÇÕES DA CREDIBILIDADE DA INFORMAÇÃO

DOCUMENTO  
ORIGINAL

• Vale

19 - PRINCIPAIS INDICADORES DE RISCO DA ENFERMIDADE - PESQUISA DE RISCOS DE INFARTO

01  
02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
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  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
4410  
4411  
4412  
4413  
4414  
4415  
4416  
4417  
4418  
4419  
4420  
4421  
4422  
4423  
4424  
4425  
4426  
4427  
4428  
4429  
44210  
44211  
44212  
44213  
44214  
44215  
44216  
44217  
44218  
44219  
44220  
44221  
44222  
44223  
44224  
44225  
44226  
44227  
44228  
44229  
442210  
442211  
442212  
442213  
442214  
442215  
442216  
442217  
442218  
442219  
442220  
442221  
442222  
442223  
442224  
442225  
442226  
442227  
442228  
442229  
4422210  
4422211  
4422212  
4422213  
4422214  
4422215  
4422216  
4422217  
4422218  
4422219  
4422220  
4422221  
4422222  
4422223  
4422224  
4422225  
4422226  
4422227  
4422228  
4422229  
44222210  
44222211  
44222212  
44222213  
44222214  
44222215  
44222216  
44222217  
44222218  
44222219  
44222220  
44222221  
44222222  
44222223  
44222224  
44222225  
44222226  
44222227  
44222228  
44222229  
442222210  
442222211  
442222212  
442222213  
442222214  
442222215  
442222216  
442222217  
442222218  
442222219  
442222220  
442222221  
442222222  
442222223  
442222224  
442222225  
442222226  
442222227  
442222228  
442222229  
4422222210  
4422222211  
4422222212  
4422222213  
4422222214  
4422222215  
4422222216  
4422222217  
4422222218  
4422222219  
4422222220  
4422222221  
4422222222  
4422222223  
4422222224  
4422222225  
4422222226  
4422222227  
4422222228  
4422222229  
44222222210  
44222222211  
44222222212  
44222222213  
44222222214  
44222222215  
44222222216  
44222222217  
44222222218  
44222222219  
44222222220  
44222222221  
44222222222  
44222222223  
44222222224  
44222222225  
44222222226  
44222222227  
44222222228  
44222222229  
442222222210  
442222222211  
442222222212  
442222222213  
442222222214  
442222222215  
442222222216  
442222222217  
442222222218  
442222222219  
442222222220  
442222222221  
442222222222  
442222222223  
442222222224  
442222222225  
442222222226  
442222222227  
442222222228  
442222222229  
4422222222210  
4422222222211  
4422222222212  
4422222222213  
4422222222214  
4422222222215  
4422222222216  
4422222222217  
4422222222218  
4422222222219  
4422222222220  
4422222222221  
4422222222222  
4422222222223  
4422222222224  
4422222222225  
4422222222226  
4422222222227  
4422222222228  
4422222222229  
44222222222210  
44222222222211  
44222222222212  
44222222222213  
44222222222214  
44222222222215  
44222222222216  
44222222222217  
44222222222218  
44222222222219  
44222222222220  
44222222222221  
44222222222222  
44222222222223  
44222222222224  
44222222222225  
44222222222226  
44222222222227  
44222222222228  
44222222222229  
442222222222210  
442222222222211  
442222222222212  
442222222222213  
442222222222214  
442222222222215  
442222222222216  
442222222222217  
442222222222218  
442222222222219  
442222222222220  
442222222222221  
442222222222222  
442222222222223  
442222222222224  
442222222222225  
442222222222226  
442222222222227  
442222222222228  
442222222222229  
4422222222222210  
4422222222222211  
4422222222222212  
4422222222222213  
4422222222222214  
4422222222222215  
4422222222222216  
4422222222222217  
4422222222222218  
4422222222222219  
4422222222222220  
4422222222222221  
4422222222222222  
4422222222222223  
4422222222222224  
4422222222222225  
4422222222222226  
4422222222222227  
4422222222222228  
4422222222222229  
44222222222222210  
44222222222222211  
44222222222222212  
44222222222222213  
44222222222222214  
44222222222222215  
44222222222222216  
44222222222222217  
44222222222222218  
44222222222222219  
44222222222222220  
44222222222222221  
44222222222222222  
44222222222222223  
44222222222222224  
44222222222222225  
44222222222222226  
44222222222222227  
44222222222222228  
44222222222222229  
442222222222222210  
442222222222222211  
442222222222222212  
442222222222222213  
442222222222222214  
442222222222222215  
442222222222222216  
442222222222222217  
442222222222222218  
442222222222222219  
442222222222222220  
442222222222222221  
442222222222222222  
442222222222222223  
442222222222222224  
442222222222222225  
442222222222222226  
442222222222222227  
442222222222222228  
442222222222222229  
4422222222222222210  
4422222222222222211  
4422222222222222212  
4422222222222222213  
4422222222222222214  
4422222222222222215  
4422222222222222216  
4422222222222222217  
4422222222222222218  
4422222222222222219  
4422222222222222220  
4422222222222222221  
4422222222222222222  
4422222222222222223  
4422222222222222224  
4422222222222222225  
4422222222222222226  
4422222222222222227  
4422222222222222228  
4422222222222222229  
44222222222222222210  
44222222222222222211  
44222222222222222212  
44222222222222222213  
44222222222222222214  
44222222222222222215  
44222222222222222216  
44222222222222222217  
44222222222222222218  
44222222222222222219  
44222222222222222220  
44222222222222222221  
44222222222222222222  
44222222222222222223  
44222222222222222224  
44222222222222222225  
44222222222222222226  
44222222222222222227  
44222222222222222228  
44222222222222222229  
442222222222222222210  
442222222222222222211  
442222222222222222212  
442222222222222222213  
442222222222222222214  
442222222222222222215  
442222222222222222216  
442222222222222222217  
442222222222222222218  
442222222222222222219  
442222222222222222220  
442222222222222222221  
442222222222222222222  
442222222222222222223  
442222222222222222224  
442222222222222222225  
442222222222222222226  
442222222222222222227  
442222222222222222228  
442222222222222222229  
4422222222222222222210  
4422222222222222222211  
4422222222222222222212  
4422222222222222222213  
4422222222222222222214  
4422222222222222222215  
4422222222222222222216  
4422222222222222222217  
4422222222222222222218  
4422222222222222222219  
4422222222222222222220  
4422222222222222222221  
4422222222222222222222  
4422222222222222222223  
4422222222222222222224  
4422222222222222222225  
4422222222222222222226  
4422222222222222222227  
4422222222222222222228  
4422222222222222222229  
44222222222222222222210  
44222222222222222222211  
44222222222222222222212  
44222222222222222222213  
44222222222222222222214  
44222222222222222222215  
44222222222222222222216  
44222222222222222222217  
44222222222222222222218  
44222222222222222222219  
44222222222222222222220  
44222222222222222222221  
44222222222222222222222  
44222222222222222222223  
44222222222222222222224  
44222222222222222222225  
44222222222222222222226  
44222222222222222222227  
44222222222222222222228  
44222222222222222222229  
442222222222222222222210  
442222222222222222222211  
442222222222222222222212  
442222222222222222222213  
442222222222222222222214  
442222222222222222222215  
442222222222222222222216  
442222222222222222222217  
442222222222222222222218  
442222222222222222222219  
442222222222222222222220  
442222222222222222222221  
442222222222222222222222  
442222222222222222222223  
442222222222222222222224  
442222222222222222222225  
442222222222222222222226  
442222222222222222222227  
442222222222222222222228  
442222222222222222222229  
4422222222222222222222210  
4422222222222222222222211  
4422222222222222222222212  
4422222222222222222222213  
4422222222222222222222214  
4422222222222222222222215  
4422222222222222222222216  
4422222222222222222222217  
4422222222222222222222218  
4422222222222222222222219  
4422222222222222222222220  
4422222222222222222222221  
4422222222222222222222222  
4422222222222222222222223  
4422222222222222222222224  
4422222222222222222222225  
4422222222222222222222226  
4422222222222222222222227  
4422222222222222222222228  
4422222222222222222222229  
44222222222222222222222210  
44222222222222222222222211  
44222222222222222222222212  
44222222222222222222222213  
44222222222222222222222214  
44222222222222222222222215  
44222222222222222222222216  
44222222222222222222222217  
44222222222222222222222218  
44222222222222222222222219  
44222222222222222222222220  
44222222222222222222222221  
44222222222222222222222222  
44222222222222222222222223  
44222222222222222222222224  
442222

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SU  
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. \_\_\_\_\_

BOA VISTA, \_\_\_\_\_

*Assinatura do Médico*  
MEDICO

67,7 %



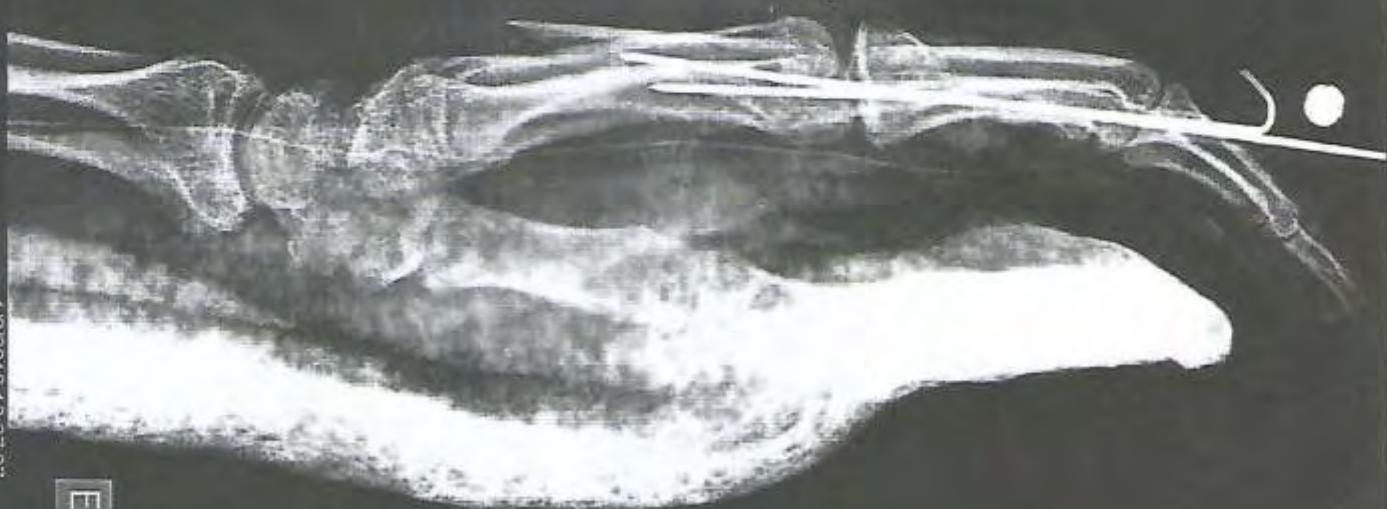
1/2/2018 10:37:37

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR ANTONIA

73,1 %



1/2/2018 10:37:37



21/1/2018 04:06:28

70.0 %

21/1/2018 04:06:28

72.3 %

DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

MARCOS SOU



PERFIL 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:	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	

1.	Abernura Ocular (O):	Esportânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticada)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto

#### Evolução do paciente

Foi resgatado p/ luto acidentado. A natureza tem nata  
pela central da regulagem moto x moto. Vítima de bala  
esportivamente, abduzida, com fratura evidente do metacarpo.  
enquanto, gestante, na base do queixo, escoriação mi-  
nor, realizada p/ comunicado, a central de regulagem  
que não orientou a conduzir p/ OGT: HGR

DOCUMENTO  
ORIGINAL

EM 23/03/18  
Sepam

Douglas  
917018

25 ABR. 2018



Visto por:  
Wendell Rabelo

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

95136-3336  
Guia de Atendimento 02 :::

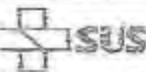


1800897165	21/01/2018 04:04:12	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 11	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
DANIEL HONORATO PINHEIRO		27/04/1990	27 A 8 M 24 D		07	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Naturalidade	
IDENTIDADE				M	SOLTEIRO(A)PARADA	
Mãe					BOA VISTA - RR	
RAIMUNDA HONORATO DA SILVA					Contato	
Endereço						Ocupação
RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão	
Selos	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ALEXSANDRO.PEREIRA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<i>Disturbio de sono</i>						
Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <i>Exame Físico</i> <i>Exame Físico</i> <i>Hipótese Diagnóstica</i> <i>Pratice ex. de adesivo + fita - Poxa é só de adesivo</i>						
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>(1) Difícil de definir, deformado, limitado, com dor e sensibilidade</i> <i>(2) Tumor ósseo de 7 cm x 7 cm</i> <i>(3) Fratura clavicular e omoplata</i> <i>(4) Capítulo de 15 apres. (CR)</i> <i>(5) Frac. mal 100% + 100% (40, 71 EV apres. SMTP)</i> <i>(6) Até -</i>			<i>04/01/2018</i> <i>04/01/2018</i> <i>04/01/2018</i> <i>04/01/2018</i> <i>04/01/2018</i> <i>04/01/2018</i>	<i>DOCUMENTO ORIGINAL</i>		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Porto Velho</i>						
Wendell Rabelo Médico CRM-RR 1965 Data e Hora da Saída/Alta: / / / /						
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		4 - CNES	
HCR		HCR		Domingos Henrique Lúcio			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		7 - NOME DO PACIENTE		8 - N° DO PRONTUÁRIO	
Domingos Henrique Lúcio		HCR		HCR		163038	
9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		10 - NOME DA MÃE OU DO PESSOAL RELACIONADO		11 - DATA DE NASCIMENTO		12 - SEXO	
71012310131513151217151210		Raimunda Henrique da Silva		29/10/490		M	
13 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)		14 - CÓD. ISCE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
Rua CC20 180, conjunto Cidradão Boa Vista		14 - CÓD. ISCE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E EXAMES CLÍNICOS							
<p>Pet história queixas nula ± 3h da morte. Tx X 1º 3º MTC + 2º fagfe + 4º fagfe 2/2.</p>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<p><b>DOCUMENTO</b> <b>ORIGINAL</b></p> <p>1. Juulie</p>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<p>TX minima</p>							

20 - DESCRIÇÃO DO DIAPOSITIVO		21 - CN 10 PRONTUÁRIO		22 - CN 10 SECUNDÁRIO		23 - CN 10 TERC	
natureza exp. mês (C)							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Tx amigd + exp. msc							
26 - CLÍNICA		27 - DOCUMENTO		28 - CNPJ DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		31 - SIGNATURA E CARREGO (PDC) REGISTRO DO CONSELHO			
Enxada		21/10/18					

32 - ACIDENTE DE TRABALHO		33 - CNPJ DA SEGUROADORA		34 - CNPJ DA EMPRESA		35 - CNPJ DA EMPRESA	
36 - CNPJ EMPREGADOR		37 - CNPJ EMPREGADO		38 - CNPJ EMPREGADO		39 - CNPJ EMPREGADO	
40 - EMPREGADO		41 - EMPREGADOR		42 - EMPREGADO		43 - EMPREGADOR	
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		45 - AUTORIZAÇÃO		46 - CN 10 SECUNDÁRIO		47 - CN 10 TERC	
48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - CN 10 TERC		50 - CN 10 SECUNDÁRIO		51 - CN 10 PRONTUÁRIO	
52 - CN 10 SECUNDÁRIO		53 - CN 10 TERC		54 - CN 10 PRONTUÁRIO		55 - CN 10 SECUNDÁRIO	
56 - CN 10 TERC		57 - CN 10 PRONTUÁRIO		58 - CN 10 SECUNDÁRIO		59 - CN 10 TERC	
60 - CN 10 PRONTUÁRIO		61 - CN 10 SECUNDÁRIO		62 - CN 10 TERC		63 - CN 10 SECUNDÁRIO	
64 - CN 10 SECUNDÁRIO		65 - CN 10 TERC		66 - CN 10 PRONTUÁRIO		67 - CN 10 SECUNDÁRIO	
68 - CN 10 TERC		69 - CN 10 PRONTUÁRIO		70 - CN 10 SECUNDÁRIO		71 - CN 10 TERC	
72 - CN 10 PRONTUÁRIO		73 - CN 10 SECUNDÁRIO		74 - CN 10 TERC		75 - CN 10 SECUNDÁRIO	
76 - CN 10 SECUNDÁRIO		77 - CN 10 TERC		78 - CN 10 PRONTUÁRIO		79 - CN 10 SECUNDÁRIO	
80 - CN 10 TERC		81 - CN 10 PRONTUÁRIO		82 - CN 10 SECUNDÁRIO		83 - CN 10 SECUNDÁRIO	
84 - CN 10 PRONTUÁRIO		85 - CN 10 SECUNDÁRIO		86 - CN 10 TERC		87 - CN 10 SECUNDÁRIO	
88 - CN 10 SECUNDÁRIO		89 - CN 10 TERC		90 - CN 10 PRONTUÁRIO		91 - CN 10 SECUNDÁRIO	
92 - CN 10 TERC		93 - CN 10 PRONTUÁRIO		94 - CN 10 SECUNDÁRIO		95 - CN 10 SECUNDÁRIO	
96 - CN 10 PRONTUÁRIO		97 - CN 10 SECUNDÁRIO		98 - CN 10 TERC		99 - CN 10 SECUNDÁRIO	
100 - CN 10 SECUNDÁRIO		101 - CN 10 TERC		102 - CN 10 PRONTUÁRIO		103 - CN 10 SECUNDÁRIO	
104 - CN 10 TERC		105 - CN 10 PRONTUÁRIO		106 - CN 10 SECUNDÁRIO		107 - CN 10 SECUNDÁRIO	
108 - CN 10 PRONTUÁRIO		109 - CN 10 SECUNDÁRIO		110 - CN 10 TERC		111 - CN 10 SECUNDÁRIO	
112 - CN 10 SECUNDÁRIO		113 - CN 10 TERC		114 - CN 10 PRONTUÁRIO		115 - CN 10 SECUNDÁRIO	
116 - CN 10 TERC		117 - CN 10 PRONTUÁRIO		118 - CN 10 SECUNDÁRIO		119 - CN 10 SECUNDÁRIO	
120 - CN 10 PRONTUÁRIO		121 - CN 10 SECUNDÁRIO		122 - CN 10 TERC		123 - CN 10 SECUNDÁRIO	
124 - CN 10 SECUNDÁRIO		125 - CN 10 TERC		126 - CN 10 PRONTUÁRIO		127 - CN 10 SECUNDÁRIO	
128 - CN 10 TERC		129 - CN 10 PRONTUÁRIO		130 - CN 10 SECUNDÁRIO		131 - CN 10 SECUNDÁRIO	
132 - CN 10 PRONTUÁRIO		133 - CN 10 SECUNDÁRIO		134 - CN 10 TERC		135 - CN 10 SECUNDÁRIO	
136 - CN 10 SECUNDÁRIO		137 - CN 10 TERC		138 - CN 10 PRONTUÁRIO		139 - CN 10 SECUNDÁRIO	
140 - CN 10 TERC		141 - CN 10 PRONTUÁRIO		142 - CN 10 SECUNDÁRIO		143 - CN 10 SECUNDÁRIO	
144 - CN 10 PRONTUÁRIO		145 - CN 10 SECUNDÁRIO		146 - CN 10 TERC		147 - CN 10 SECUNDÁRIO	
148 - CN 10 SECUNDÁRIO		149 - CN 10 TERC		150 - CN 10 PRONTUÁRIO		151 - CN 10 SECUNDÁRIO	
152 - CN 10 TERC		153 - CN 10 PRONTUÁRIO		154 - CN 10 SECUNDÁRIO		155 - CN 10 SECUNDÁRIO	
156 - CN 10 PRONTUÁRIO		157 - CN 10 SECUNDÁRIO		158 - CN 10 TERC		159 - CN 10 SECUNDÁRIO	
160 - CN 10 SECUNDÁRIO		161 - CN 10 TERC		162 - CN 10 PRONTUÁRIO		163 - CN 10 SECUNDÁRIO	
164 - CN 10 TERC		165 - CN 10 PRONTUÁRIO		166 - CN 10 SECUNDÁRIO		167 - CN 10 SECUNDÁRIO	
168 - CN 10 PRONTUÁRIO		169 - CN 10 SECUNDÁRIO		170 - CN 10 TERC		171 - CN 10 SECUNDÁRIO	
172 - CN 10 SECUNDÁRIO		173 - CN 10 TERC		174 - CN 10 PRONTUÁRIO		175 - CN 10 SECUNDÁRIO	
176 - CN 10 TERC		177 - CN 10 PRONTUÁRIO		178 - CN 10 SECUNDÁRIO		179 - CN 10 SECUNDÁRIO	
180 - CN 10 PRONTUÁRIO		181 - CN 10 SECUNDÁRIO		182 - CN 10 TERC		183 - CN 10 SECUNDÁRIO	
184 - CN 10 SECUNDÁRIO		185 - CN 10 TERC		186 - CN 10 PRONTUÁRIO		187 - CN 10 SECUNDÁRIO	
188 - CN 10 TERC		189 - CN 10 PRONTUÁRIO		190 - CN 10 SECUNDÁRIO		191 - CN 10 SECUNDÁRIO	
192 - CN 10 PRONTUÁRIO		193 - CN 10 SECUNDÁRIO		194 - CN 10 TERC		195 - CN 10 SECUNDÁRIO	
196 - CN 10 SECUNDÁRIO		197 - CN 10 TERC		198 - CN 10 PRONTUÁRIO		199 - CN 10 SECUNDÁRIO	
200 - CN 10 TERC		201 - CN 10 PRONTUÁRIO		202 - CN 10 SECUNDÁRIO		203 - CN 10 SECUNDÁRIO	
204 - CN 10 PRONTUÁRIO		205 - CN 10 SECUNDÁRIO		206 - CN 10 TERC		207 - CN 10 SECUNDÁRIO	
208 - CN 10 SECUNDÁRIO		209 - CN 10 TERC		210 - CN 10 PRONTUÁRIO		211 - CN 10 SECUNDÁRIO	
212 - CN 10 TERC		213 - CN 10 PRONTUÁRIO		214 - CN 10 SECUNDÁRIO		215 - CN 10 SECUNDÁRIO	
216 - CN 10 PRONTUÁRIO		217 - CN 10 SECUNDÁRIO		218 - CN 10 TERC		219 - CN 10 SECUNDÁRIO	
220 - CN 10 SECUNDÁRIO		221 - CN 10 TERC		222 - CN 10 PRONTUÁRIO		223 - CN 10 SECUNDÁRIO	
224 - CN 10 TERC		225 - CN 10 PRONTUÁRIO		226 - CN 10 SECUNDÁRIO		227 - CN 10 SECUNDÁRIO	
228 - CN 10 PRONTUÁRIO		229 - CN 10 SECUNDÁRIO		230 - CN 10 TERC		231 - CN 10 SECUNDÁRIO	
232 - CN 10 SECUNDÁRIO		233 - CN 10 TERC		234 - CN 10 PRONTUÁRIO		235 - CN 10 SECUNDÁRIO	
236 - CN 10 TERC		237 - CN 10 PRONTUÁRIO		238 - CN 10 SECUNDÁRIO		239 - CN 10 SECUNDÁRIO	
240 - CN 10 PRONTUÁRIO		241 - CN 10 SECUNDÁRIO		242 - CN 10 TERC		243 - CN 10 SECUNDÁRIO	
244 - CN 10 SECUNDÁRIO		245 - CN 10 TERC		246 - CN 10 PRONTUÁRIO		247 - CN 10 SECUNDÁRIO	
248 - CN 10 TERC		249 - CN 10 PRONTUÁRIO		250 - CN 10 SECUNDÁRIO		251 - CN 10 SECUNDÁRIO	
252 - CN 10 PRONTUÁRIO		253 - CN 10 SECUNDÁRIO		254 - CN 10 TERC		255 - CN 10 SECUNDÁRIO	
256 - CN 10 SECUNDÁRIO		257 - CN 10 TERC		258 - CN 10 PRONTUÁRIO		259 - CN 10 SECUNDÁRIO	
260 - CN 10 TERC		261 - CN 10 PRONTUÁRIO		262 - CN 10 SECUNDÁRIO		263 - CN 10 SECUNDÁRIO	
264 - CN 10 PRONTUÁRIO		265 - CN 10 SECUNDÁRIO		266 - CN 10 TERC		267 - CN 10 SECUNDÁRIO	
268 - CN 10 SECUNDÁRIO		269 - CN 10 TERC		270 - CN 10 PRONTUÁRIO		271 - CN 10 SECUNDÁRIO	
272 - CN 10 TERC		273 - CN 10 PRONTUÁRIO		274 - CN 10 SECUNDÁRIO		275 - CN 10 SECUNDÁRIO	
276 - CN 10 PRONTUÁRIO		277 - CN 10 SECUNDÁRIO		278 - CN 10 TERC		279 - CN 10 SECUNDÁRIO	
280 - CN 10 SECUNDÁRIO		281 - CN 10 TERC		282 - CN 10 PRONTUÁRIO		283 - CN 10 SECUNDÁRIO	
284 - CN 10 TERC		285 - CN 10 PRONTUÁRIO		286 - CN 10 SECUNDÁRIO		287 - CN 10 SECUNDÁRIO	
288 - CN 10 PRONTUÁRIO		289 - CN 10 SECUNDÁRIO		290 - CN 10 TERC		291 - CN 10 SECUNDÁRIO	
292 - CN 10 SECUNDÁRIO		293 - CN 10 TERC		294 - CN 10 PRONTUÁRIO		295 - CN 10 SECUNDÁRIO	
296 - CN 10 TERC		297 - CN 10 PRONTUÁRIO		298 - CN 10 SECUNDÁRIO		299 - CN 10 SECUNDÁRIO	
300 - CN 10 PRONTUÁRIO		301 - CN 10 SECUNDÁRIO		302 - CN 10 TERC		303 - CN 10 SECUNDÁRIO	
304 - CN 10 SECUNDÁRIO		305 - CN 10 TERC		306 - CN 10 PRONTUÁRIO		307 - CN 10 SECUNDÁRIO	
308 - CN 10 TERC		309 - CN 10 PRONTUÁRIO		310 - CN 10 SECUNDÁRIO		311 - CN 10 SECUNDÁRIO	
312 - CN 10 PRONTUÁRIO		313 - CN 10 SECUNDÁRIO		314 - CN 10 TERC		315 - CN 10 SECUNDÁRIO	
316 - CN 10 SECUNDÁRIO		317 - CN 10 TERC		318 - CN 10 PRONTUÁRIO		319 - CN 10 SECUNDÁRIO	
320 - CN 10 TERC		321 - CN 10 PRONTUÁRIO		322 - CN 10 SECUNDÁRIO		323 - CN 10 SECUNDÁRIO	
324 - CN 10 PRONTUÁRIO		325 - CN 10 SECUNDÁRIO		326 - CN 10 TERC		327 - CN 10 SECUNDÁRIO	
328 - CN 10 SECUNDÁRIO		329 - CN 10 TERC		330 - CN 10 PRONTUÁRIO		331 - CN 10 SECUNDÁRIO	
332 - CN 10 TERC		333 - CN 10 PRONTUÁRIO		334 - CN 10 SECUNDÁRIO		335 - CN 10 SECUNDÁRIO	
336 - CN 10 PRONTUÁRIO		337 - CN 10 SECUNDÁRIO		338 - CN 10 TERC		339 - CN 10 SECUNDÁRIO	
340 - CN 10 SECUNDÁRIO		341 - CN 10 TERC		342 - CN 10 PRONTUÁRIO		343 - CN 10 SECUNDÁRIO	
344 - CN 10 TERC		345 - CN 10 PRONTUÁRIO		346 - CN 10 SECUNDÁRIO		347 - CN 10 SECUNDÁRIO	
348 - CN 10 PRONTUÁRIO		349 - CN 10 SECUNDÁRIO		350 - CN 10 TERC		351 - CN 10 SECUNDÁRIO	
352 - CN 10 SECUNDÁRIO		353 - CN 10 TERC		354 - CN 10 PRONTUÁRIO		355 - CN 10 SECUNDÁRIO	
356 - CN 10 TERC		357 - CN 10 PRONTUÁRIO		358 - CN 10 SECUNDÁRIO		359 - CN 10 SECUNDÁRIO	
360 - CN 10 PRONTUÁRIO		361 - CN 10 SECUNDÁRIO		362 - CN 10 TERC		363 - CN 10 SECUNDÁRIO	
364 - CN 10 SECUNDÁRIO		365 - CN 10 TERC		366 - CN 10 PRONTUÁRIO		367 - CN 10 SECUNDÁRIO	
368 - CN 10 TERC		369 - CN 10 PRONTUÁRIO		370 - CN 10 SECUNDÁRIO		371 - CN 10 SECUNDÁRIO	
372 - CN 10 PRONTUÁRIO		373 - CN 10 SECUNDÁRIO		374 - CN 10 TERC		375 - CN 10 SECUNDÁRIO	
376 - CN 10 SECUNDÁRIO		377 - CN 10 TERC		378 - CN 10 PRONTUÁRIO		379 - CN 10 SECUNDÁRIO	
380 - CN 10 TERC		381 - CN 10 PRONTUÁRIO		382 - CN 10 SECUNDÁRIO		383 - CN 10 SECUNDÁRIO	
384 - CN 10 PRONTUÁRIO		385 - CN 10 SECUNDÁRIO		386 - CN 10 TERC		387 - CN 10 SECUNDÁRIO	
388 - CN 10 SECUNDÁRIO		389 - CN 10 TERC		390 - CN 10 PRONTUÁRIO		391 - CN 10 SECUNDÁRIO	
392 - CN 10 TERC		393 - CN 10 PRONTUÁRIO		394 - CN 10 SECUNDÁRIO		395 - CN 10 SECUNDÁRIO	
396 - CN 10 PRONTUÁRIO		397 - CN 10 SECUNDÁRIO		398 - CN 10 TERC		399 - CN 10 SECUNDÁRIO	
400 - CN 10 SECUNDÁRIO		401 - CN 10 TERC		402 - CN 10 PRONTUÁRIO		403 - CN 10 SECUNDÁRIO	
404 - CN 10 TERC		405 - CN 10 PRONTUÁRIO		406 - CN 10 SECUNDÁRIO		407 - CN 10 SECUNDÁRIO	
408 - CN 10 PRONTUÁRIO		409 - CN 10 SECUNDÁRIO		410 - CN 10 TERC		411 - CN 10 SECUNDÁRIO	
412 - CN 10 SECUNDÁRIO		413 - CN 10 TERC		414 - CN 10 PRONTUÁRIO		415 - CN 10 SECUNDÁRIO	
416 - CN 10 TERC		417 - CN 10 PRONTUÁRIO		418 - CN 10 SECUNDÁRIO		419 - CN 10 SECUNDÁRIO	
420 - CN 10 PRONTUÁRIO		421 - CN 10 SECUNDÁRIO		422 - CN 10 TERC		423 - CN 10 SECUNDÁRIO	
424 - CN 10 SECUNDÁRIO		425 - CN 10 TERC		426 - CN 10 PRONTUÁRIO		427 - CN 10 SECUNDÁRIO	
428 - CN 10 TERC		429 - CN 10 PRONTUÁRIO		430 - CN 10 SECUNDÁRIO		431 - CN 10 SECUNDÁRIO	
432 - CN 10 PRONTUÁRIO		433 - CN 10 SECUNDÁRIO		434 - CN 10 TERC		435 - CN 10 SECUNDÁRIO	
436 - CN 10 SECUNDÁRIO		437 - CN 10 TERC		438 - CN 10 PRONTUÁRIO		439 - CN 10 SECUNDÁRIO	
440 - CN 10 TERC		441 - CN 10 PRONTUÁRIO		442 - CN 10 SECUNDÁRIO		443 - CN 10 SECUNDÁRIO	
444 - CN 10 PRONTUÁRIO		445 - CN 10 SECUNDÁRIO		446 - CN 10 TERC		447 - CN 10 SECUNDÁRIO	
448 - CN 10 SECUNDÁRIO		449 - CN 10 TERC		450 - CN 10 PRONTUÁRIO		451 - CN 10 SECUNDÁRIO	
452 - CN 10 TERC		453 - CN 10 PRONTUÁRIO		454 - CN 10 SECUNDÁRIO		455 - CN 10 SECUNDÁRIO	
456 - CN 10 PRONTUÁRIO		457 - CN 10 SECUNDÁRIO		458 - CN 10 TERC		459 - CN 10 SECUNDÁRIO	
460 - CN 10 SECUNDÁRIO		461 - CN 10 TERC		462 - CN 10 PRONTUÁRIO		463 - CN 10 SECUNDÁRIO	
464 - CN 10 TERC		465 - CN 10 PRONTUÁRIO		466 - CN 10 SECUNDÁRIO		467 - CN 10 SECUNDÁRIO	
468 - CN 10 PRONTUÁRIO		469 - CN 10 SECUNDÁRIO		470 - CN 10 TERC		471 - CN 10 SECUNDÁRIO	
472 - CN 10 SECUNDÁRIO		473 - CN 10 TERC		474 - CN 10 PRONTUÁRIO		475 - CN 10 SECUNDÁRIO	
476 - CN 10 TERC		477 - CN 10 PRONTUÁRIO		478 - CN 10 SECUNDÁRIO		479 - CN 10 SECUNDÁRIO	
480 - CN 10 PRONTUÁRIO		481 - CN 10 SECUNDÁRIO		482 - CN 10 TERC		483 - CN 10 SECUNDÁRIO	
484 - CN 10 SECUNDÁRIO		485 - CN 10 TERC		486 - CN 10 PRONTUÁRIO		487 - CN 10 SECUNDÁRIO	
488 - CN 10 TERC		489 - CN 10 PRONTUÁRIO		490 - CN			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Daniel Moreira / ihm

Data: 21/01/18 U.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: hérnia exposta - via (e)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LME + Dofis da re

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Alderson

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: Bethine

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pct s/dh sob anestesia
- ② oxi + anestesia
- ③ confortável
- ④ LME urgente c/ SFD, 7%
- ⑤ nafia c/ nyka
- ⑥ Folia grande
- ⑦ taponia
- ⑧ N/A



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Euryptera / euryptera

## FICHA DE ANESTESIA

Daniel Hernández Pineda 127a

24/01/19

**PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												Nº		
	4h	15	24	45	15h	15	30	45	15	30	45			
AGENTES	11:20	-	-	-	15:15	15	30	45	15	30	45			
	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
LÍQUIDOS VENOSOS	A	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	B	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	C	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
DÁ X	T°C	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
ULSO	38	229	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
ANHES X	34	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
CPD O	32	160	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
TEMP	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
ASPIR A	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
RESP O	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Expon.	KOKAKO													
Auxil.														
Corre														
SÍMBOLOS	X ④ ⑥ 1 3 7 4 1 5 3 3													
AGENTES	Propofol 400ml			DOSES	BBB via adibar, aplicado por USC			TÉCNICA	ANOTAÇÕES					
A	Propofol 100mg			C	Col ventilação momentânea.			E	1- Checagem de gás, seque sonnets (pólvora e medicinas)					
B	↓ ↓ ↓			D	↓ ↓ ↓			F	2- BB 3 l/min SCN					
G	↓ ↓ ↓			H	↓ ↓ ↓			I	3- BBB apagado por USC					
GLICOSE	500ml			JUVENTUDOS	Cápsula - Naso / Dri Fisinger Naso / Ombrárgas - Cegas Bal - Tamp - Cálculo do Tubo Sob Máscara			K	4- Propofol 50mg EV					
NOZ	500ml			L	Dificuldade Técnica			M	5- Propofol 50mg EV					
SANGUE	500ml			N	Início			O	6- Propofol 30mg EV					
	TOTAL 500ml			P	TEMPO DE ANESTESIA			Q	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Flapida "Bucking" - Vômito					
OPERAÇÃO	Fratura suspeita da mão E			R	9:40 a 10:20h			S	Hemorragia - Anemia Brad Turgida - Choque					
ANESTESIA	Dra. Brigitte / 226611			T	CÓDIGO			U	PERDA SANGUÍNEA					
				V	Dr. Moldenow			W						

Dra. Evelyne Fernandes  
Médica CRM/RR 1424  
Anestesiologista ROE 1<sup>a</sup>

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## RECEITA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Daniel Honorato Pinheiro		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 21 / 01 / 15	
CIRURGIA					
TIPO Ostosíntese MSD		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 09:55	FIM 10:15	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Wilderson	ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR	Dr. Lucine Res: Flávia + Pelic			
1º AUXILIAR					
2º AUXILIAR					
TIPO DE ANESTESIA: B P B		CIRCULANTE Wellington + Nilma	Lili + Soares + Maracy + Licia		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> 1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/> 1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
<input type="checkbox"/> 1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN®	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 3/0	
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/TROCEDIMENTO			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN®			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
2	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN®	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM - Expanchavo	
3	SERINGA20ML		100ml	FITA CARDIACA Aladur 30cm	
5	Eletrodo			OUTROS: Eloroxidina.	
1	Oxigênio O2				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE Stefanie + Oneka	MATERIAL MEDICAMENTOS		VAL
UNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA Lili + maracy + Luanca + Wellington + Soares + Nilma	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		SUB-TOTAL
					SOMA
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

25 ABR. 2018



NAME: Daniel Rondonato Pinheiro CENTRE: ASSISTÊNCIA PÚBLICA - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA

DADOS PNEUROTÓPICOS

五  
五

ESTEIRA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

TRANSPORTE							
Entrada na	Inflo da	Térmico	Sádica S.O.	Cirurgia	Anestesia	SISA	
Saída	Cirurgia	Início	Outro	Residuo	BPA	Síntese Vibris	
<b>Oah 20</b>	<b>Oah 25</b>	<b>09:55</b>	<b>09:48</b>	<b>10:15</b>	<b>10:15</b>	<b>10:15</b>	<b>10:15</b>
Clínica Realizada	Anestesia	Posição paciente	Posição paciente	Urticaria	Urticaria	Urticaria	Urticaria
<b>Interventio</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>
<b>Outros:</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>	<b>Anticoagulante</b>
<b>MSE</b>	<b>Externo</b>	<b>dorsal</b>	<b>dorsal</b>	<b>dorsal</b>	<b>dorsal</b>	<b>dorsal</b>	<b>dorsal</b>
<b>5% a 0,9%:</b>	<b>Nome:</b>	<b>CH:</b>	<b>CH:</b>	<b>CH:</b>	<b>CH:</b>	<b>CH:</b>	<b>CH:</b>
<b>5% a 10%:</b>	<b>Data:</b>	<b>Plaquetas:</b>	<b>Plaquetas:</b>	<b>Plaquetas:</b>	<b>Plaquetas:</b>	<b>Plaquetas:</b>	<b>Plaquetas:</b>
<b>Outros:</b>							
<b>Nº de compressões efetuadas:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Nº de compressões recolhidas:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Sinais Vitais:</b>	<b>T = 36°C</b>	<b>P = 120 bpm</b>	<b>N = 15mm</b>	<b>A = 15mm</b>	<b>R = 15mm</b>	<b>S = 15mm</b>	<b>C = 15mm</b>
<b>SAT = 94%</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>	<b>( ) Irregular</b>
<b>PC = bpm</b>	<b>PA = mmHg</b>	<b>OC = bpm</b>	<b>AO = mmHg</b>	<b>CO = bpm</b>	<b>DO = mmHg</b>	<b>CO = bpm</b>	<b>DO = mmHg</b>
<b>Exames no SO:</b>	<b>( ) Hb</b>	<b>( ) Hb</b>	<b>( ) Hemograma</b>	<b>( ) Ralo X</b>	<b>( ) Outros:</b>	<b>( ) Outros:</b>	<b>( ) Outros:</b>
<b>Legenda:</b>	<b>EV</b>	<b>HV</b>	<b>Entradas</b>	<b>Balanço hídrico</b>	<b>EV</b>	<b>HV</b>	<b>Entradas</b>
<b>1. Electrodos</b>	<b>CH</b>	<b>SNG</b>	<b>Dreno</b>	<b>Saídas</b>	<b>CH</b>	<b>SNG</b>	<b>Dreno</b>
<b>2. Oxímetro</b>				<b>Salivas</b>			
<b>3. PVC</b>				<b>Urticas</b>			
<b>4. Pica da Blasuri</b>							
<b>5. Injeção</b>							
<b>6. Cateter</b>							
<b>7. Veneleira</b>							
<b>8. Dreno</b>							
<b>9. SNG</b>							
<b>10. Fita de Sustentação</b>							
<b>11. Outros:</b>							
<b>Entrega A.G. 1.500ml</b>	<b>EV</b>	<b>HV</b>	<b>Entradas</b>	<b>Balanço hídrico</b>	<b>EV</b>	<b>HV</b>	<b>Entradas</b>
<b>Destino:</b>	<b>SA</b>	<b>UTI</b>	<b>Outros:</b>	<b>Salivas</b>	<b>SA</b>	<b>UTI</b>	<b>Outros:</b>
<b>Instrumento elaborado pelos enfermeiros da COOP-NURS - AM/2005 e adaptado pelos enfermeiros HGN-PAAR-PSFRR/2012</b>							
<b>Assinatura:</b>							
<b>Correção:</b>							

25 ABR. 2018

ANEXO INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INICIAÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

Daniel Henocato Vinhoso Anestesista Eduardo

o que não é de sua

PACIENTE: Daniel Henocato Vinhoso

Identidade

Sitio Cirúrgico:

Procedimento:

Consenso: ( ) sim ( ) Não

15.0 CIR. U. 23

Aplica ( ) Não se Aplica

16.0 PREM. R. ADO

X ( ) sim ( ) Não se Aplica

17.0 CONFIRMACAO DE SEGURANCA ANESTESICA

Incluir ( )

18.0 EXISTENCIA DE PULSO NO PACIENTE EM

INICIAMENTO

19.0 PACIENTE POSSUI

LERGIA CONSCIDA

( ) sim ( ) Não, Qual:

20.0 AGRAVE DO RISCO DE ASPIRAÇÃO

( ) sim, é equipamento avançado disponivel

21.0 DE TERRA 3.º QUÍNUCA > 500 ml.

( ) sim, o risco é menor adequando o planejamento

Marcos Marques  
Res. Anestesiologia  
CONV/18/76

Assinatura: Nome: 09.00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONIVEIS.

( ) sim

( ) Não se aplica

FAZER VERIFICAÇÃO

ESTRUTURA OPERATORIA

CONTINUAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM, FALO NOME E FUNÇÃO: ( ) sim ( ) Não

CIRURGICO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente

Sítio cirúrgico

Procedimento

22.0 EVENTOS CRITICOS PREVENTIVOS:

23.0 REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou insuperáveis, duração da operação e perda sanguínea prevista.

24.0 VISÃO DA EQUIPE DA ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

25.0 REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Demais materiais necessários, como instrumentos, proteses e outros estilos presentes e dentro da validade de esterilização (incluso resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

26.0 SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) sim ( ) Não

27.0 O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO DO MANEJO DESTE PACIENTE

( ) sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

28.0 HORAS:

Enfermeira G. J. Sílio  
Enfermeira  
OR-00-12270

Assinatura e Carimbo



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 Pimbiro 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM

DIAGNÓSTICO DE

Fraturas de múltiplos ossos SFM: O  
NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR.

A. Albert E DR. G. Henrique

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18, AS 11:00, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUAIIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18, AS 17:00, CO. 0  
DR. A. Albert

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.

BOA VISTA, 03/02/18

25 ABR. 2018

MÉDICO

Pablo C. Correa  
Médico  
CRM-RH 1908



21/1/2018 04:06:28

70.0 %

21/1/2018 04:06:28

72.3 %

, DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

MARCOS SOU

2018-1-4



67,7%

1/2/2018 10:37:37

73,1%

1/2/2018 10:37:37

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR ANTONIA



DOCUMENTO Nº	1.462.091	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/05/2016
DANIEL HONÓRATO PINHEIRO			
PESO:			
JOSE VICENTE PINHEIRO			
RAIMUNDA HONÓRATA DA SILVA			
MATERIALIZADO:		27/04/1990	
BOA VISTA-RR.			
NASC. Nº:		CERT. NASC. Nº 73.323, LV A-105, FLS 282, EXP. 05/11/1991	
BOA VISTA-RR.			
CNPJ:		529.989.672-72	
LICENÇA DE CONCEPÇÃO			

25 ABR. 2018



DOCUMENTO Nº:	1.462.091	DATA DE EXPEDIÇÃO:	04/05/2016
DANIEL HONÓRATO PINHEIRO		PESO:	
JOSE VICENTE PINHEIRO		27/04/1990	
RAIMUNDA HONÓRATA DA SILVA		CARTERA DE IDENTIDADE	
MATERIALIZADA: BOA VISTA-RR.		CERT. NASC. Nº 73.323, LV A-105, FL 282, EXP. 05/11/1991	
EXCELENTE		BOA VISTA-RR.	
525.989.672-72		525.989.672-72	

25 ABR. 2018

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

NOME: JOAQUIM INACIO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR(MM) 114807 SSP/RJ

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

MUNICÍPIO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO  
MIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATARINAS: AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VENCIMENTO: 28/01/2020 PRATICITACAO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

DESCRIÇÃO: PLACA: 980151096

DATA DE EXPEDIÇÃO: 30/01/2015

ASSINATURA DO PORTADOR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

ASSINATURA DO EMISSOR:

JOSÉ EDUARDO KIRTSCHER PEREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR:

92495240616  
RR207988020

980151096



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
NOME: 1.462.091  
RELACIONAMENTO: DANIEL HONORATO PINHEIRO  
NOME: JOSÉ VICENTE PINHEIRO  
NOME: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA  
NATURALIDADE: BOA VISTA-RR  
DOC. ORIGEM: CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993  
BOA VISTA-RR-  
CPP: 529.989.672-72  
DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1993  
LEI Nº 7.116 DE 23/08/83  
TÍTULO: CARTA DE IDENTIDADE  
29022

25 ABR. 2018



## 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](http://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



03



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**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 N° 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 EMISOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
DE FAMÍLIA

**1.462.091**

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

**04/05/2016**

**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. N° 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993**

**BOA VISTA-RR-**

CPE

**529.989.672-72**

29022

LEI N° 7.116 DE 29/08/83.

03  
REGISTRO DE FAMÍLIA  
CERTIFICADO DE IDENTIDADE  
FOLHA 03  
SERVIÇO DE REGISTRO DE FAMÍLIA  
ESTADO DE RORAIMA

# 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:

529.489.672-72

Nome completo da vítima:

Daniel Honório Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIARIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Daniel Honório Pinheiro

CPF:

529.489.672-72

Profissão:

Gariam

Endereço:

Rua. da - 20

Número:

180

Complemento:

Bairro:

Icaraí Maracá

Cidade:

Bon Vista

Estado:

Roraima

CEP:

69.318-000

Tel.(DDD):

(65) 9125-9536

E-mail:

florinice@hotmail.com

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 339-997

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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



Local e Data, Rio Branco - RR, 08-11-2015

Nome: Daniel Honório Pinheiro

CPF: 529.489.672-72

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honório Pintoiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CC20 N° 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ivan Antônio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Brun Antônio P Galvão N° 4832 Buriti

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 Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

Daniel Honório Pintoiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



25 ABR. 2018

## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honório Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Gari
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua: CC20 N° 180 conjunto cedrozais

## OUTORGADO

NOME:	Elair Anorio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasiliense
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	14 807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P Galvão N° 1832 Buriti

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 Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

Daniel Honório Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório do 2º Ofício de Bon Vista  
Daniel Aquino - tabelião e Registrador  
Av. Andrade Vaz, 500 - Centro - Bon Vista/RR  
Fones: (95) 3657-3136  
Defensoria Pública: dpcarlos@defensoriaespirito-santo.com.br

Reconhecido por Verdadeira a sua firma (s) de:

[Signature] - DANIEL HONORÍO PINHEIRO

Do que data fez: Dia 01 de Abril de 2018 - Consultar seu número:

Em testemunha: [Signature] - Verdade. BFDQ: https://www.cartoriospublicos.com.br

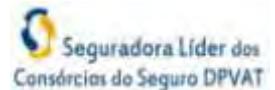
Encaminhamento: ISS 20 - Endereço: ISS Rodo - Distrito 299

Notas: RECFIR158205CVU ASSINATURA



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

DANIEL HONORATO PINHEIRO

---

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](http://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**

---

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](http://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**



---

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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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.

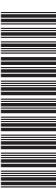
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



# ITAU - 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