

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000029529-9

---

Nr. da Autenticação 3B28094388E225F6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190497245 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO.  
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/FIXAÇÃO EXTERNA.  
E ALTA MÉDICA P.02/07/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.11/12/13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

C261

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE SAV

EQUIPE: Douglas, Hebert, Julio



Paciente: José dos Reis Pereira de Souza Idade: 45 Sexo: masculino  
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]  
 Endereço: Rua Belgica c/ Paraguarai Bairro: Cravome

Nº 3994

DATA 12/03/19

HORA J/9: 11:55

BASE VIA ( )

( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Eno

HORA J/10: 12:01

( ) CELULAR

MOTIVO INICIAL

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica  
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência  
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar  
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro
	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Miase
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:	(X) S/A	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		(X) S/A	(X) S/A

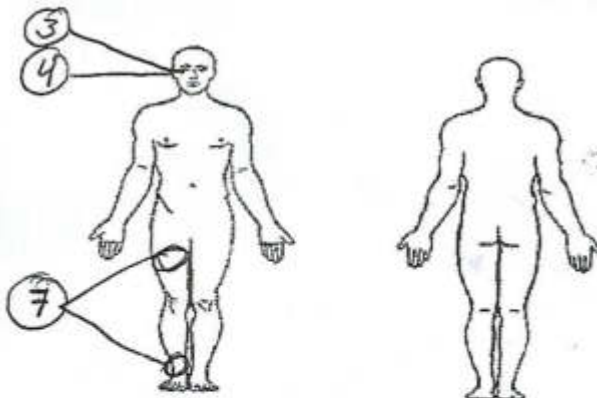
## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 12:03	140 x 90	118	12	98				
Fim 12:48	140 x 90	118	12	98				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

## LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contusão
- 4 - Escoriação
- 5 - Laceração
- 6 - Luxação
- 7 - Fratura fechada
- 8 - Fratura exposta
- 9 - Amputação
- 10 - Evisceração
- 11 - Afundamento de crânio
- 12 - Ferimento penetrante
- 13 - Tórax instável
- 14 - Enfisema subcutâneo
- 15 - Ferida aspirativa
- 16 - Empalamento
- 17 - Outros



## ABERTURA OCULAR

- 1 - Espontânea
- 2 - Ao comando
- 3 - À dor
- 4 - Sem resposta

## RESPOSTA VERBAL

- 1 - Orientado
- 2 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 4 - Palavras incompreensíveis
- 5 - Sem resposta

## RESPOSTA MOTORA

- 1 - Obedece a comandos
- 2 - Localiza a dor
- 3 - Movimento de retirada
- 4 - Flexão anormal
- 5 - Extensão anormal
- 6 - Sem resposta

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☒ Ritmo Sinusal ☐ FV  
☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV  
☐ Flutter Atrial ☐ AESP  
☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia

## AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Neurológica ☐ Metabólica  
☐ Respiratória ☐ Infecçiosa  
☐ Cardiovascular ☐ Trauma  
☐ Digestiva

## HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes ☐ Alergias  
☐ Cardiopatia ☐ Outros  
☐ HAS ☐ Medicção de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] Ileso

[ ] Pequena

[ ] Média

☒ Severa

[ ] Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES

- ☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização  
☐ Não se encontrava no local  
☐ Trote

15 AGO. 2019

MEIOS DE LOCOMOÇÃO

- ☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Em 26/07/19

Outros: Andreia A



TESTEMUNHA 02:

Em 21/11/2017  
Assinado por André P.  
Rubrica

15 AGO. 2019





GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Jose dos Reis Pereira de Souza - 45a

Declaro para os devidos fins que o  
paciente acima iniciou tratamento fisio-  
terapêutico nesta unidade em 07/08/2019  
no período vespertino devido sequelas  
de fratura em fêmur, tíbia e fíbula "D".  
nos dias de segunda e quarta-  
feira.

DATA: 12/08/2019

  
Naara Fontoura  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 112998 - F

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã  
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

15 AGO. 2019



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1901083269 12/03/2019 12:42:17

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 19

Paciente: **JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**  
Data Nascimento: **06/01/1974** Idade: **45 A 2 M 6 D** CNS: **705007281104958** CPF: **60439173272** Prontuário:  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**IGNORADO 113864 SSP/RR 15/04/1996 M DIVORCIADO PARD Naturalidade BRASILEIRA**  
Mãe: **FRANCISCA PEREIRA DE SOUSA** Contato: **(95) 99171-7955**  
Endereço: **RUA - ITAPURANGA - CONJUNTO MANAÍRA - 104 - - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Pronatal  
**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **DANIEL VIANA**

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

## Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

## Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : - h)

Paciente sofreu acidente por colisão moto x carro, trazido pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, relato uso de coperete. Auxilia-se de dor em coto D, já imobilizado pelo SAMU.  $\phi$  alergia

## Exame Físico

A - verbalizando y dor cervical; B - eupneico, MV @ bil. SPA, Sat O<sub>2</sub> 98%, C - hemodinamicamente estável, FC - 88bpm; D - Glasgow 15; E - desalinhamento em fêmur D

## Hipótese Diagnóstica

Fx de fêmur D.

## SADT - Exames Complementares

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

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

1) Drona x @ bil.  
2) Fêmur D x @ bil.  
AO CC

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 21-0620  
AUTENTICAÇÃO

03 JUL 2019  
Vito

## Conduta

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

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

## óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana  
Data Hora: 12/03/2019 12:44:11

Dr. Claudio Linhares  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1417



15 AGO. 2019

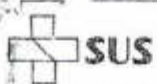
Ad CC

Dr. Dalson Feitosa  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-RR 1178

HOSPITAL GERAL DE ADRARIAS  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
03 JUL 2019  
Certifico e dou fe que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentada neste hospital

15 AGO. 2019





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alta - 23.05.19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO D

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

172526

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/01/74

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

915911717955

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Itapirunga - Conjunto Namora nº 104

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fratura exposta de fêmur direito, fratura de tíbia e fêmur esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

internação

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura exposta fêmur + tíbia e fêmur esquerdo

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

15 AGO. 2019

V 299 secund.

21



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/05/19

O.S. \_\_\_\_\_

Jailson da Silva Pereira  
Sousa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx de punho

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: h MC + FE

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Lesão diagnóstica de Tumor + TNZ + Gama

CIRURGIÃO: Dr. Dalsen

1º AUXILIAR: Dr. Fernando D

2º AUXILIAR: Dr. Dalsen

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

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

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

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Diante um DDH com fratura
- 2 AA + CCE
- Dr. Jailson da Silva Pereira
- que o paciente apresenta múltiplas Fx com fratura
- que um possível tumor a colocação do FE
3. h MC + Gama + Cimetidina
4. A RPS

15 AGO. 2019

Dr. Dalsen Feitosa  
Cirurgião Traumatologista  
CRM-1178Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-1178



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# Has em uso de Monitor 20  
# NSA Alugados

# FICHA DE ANESTESIA

José dos Reis Pereira de Souza

12/03/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°			
- Midazolam - Fentanyl					
17:35 18:05					
AGENTES	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45				
LÍQUIDOS VENOSOS		A M S E			
DA X		38 220			
ANES X		34 180			
OP O		30 140			
TEMP		120			
ASPIR. A		100			
RESP D		80			
Expon		60			
Assist		40			
Cordão		20			
SÍMBOLOS		4 5 0 6 0x			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES		
A Midazolam		Raque anestesia com	X check 45T + monitorização		
F fentanyl		Bupivacaína hiperbárica 0,5%	① Suporte de O2 sob cateter		
C		17mg A nível lombar	② Indução anestésica com		
D		Sob máscara	Fentanyl 1mg e Midazolam 5mg		
E			③ Raque anestesia: MASP 8mg +		
F			Anestésico de ação lombar com		
G			Clonidine 1mg. Colocação de		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	cateter 26 de Guedes, nº 22/163, LCA de 20, no		
NOVO		Naso / Oro Faringea - Cega	tubo; Injeção de Bupivacaína 0,5% 17mg		
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo			
		Sob Máscara			
		Dificuldade Técnica			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA			
OPERAÇÃO		17:35 ~ 18:00			
Redução de fentanyl em Roraima		Lentidão - Espasmo - Excesso Secre		Hemorragia - Arritmia	
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA	
			Dr. Dalson		

Dr. Adonias Resendi  
Médico Anestesiologista  
CRM-RR 1500 - RQE 03

Carlos Alberto Jr.  
Residente Anestesiologia  
CRM-RR 2080

15 AÇO. 2019

bloqueio sensitivo

② Ondulatório 4mg

③ atrolina

④ atrolina 2g

⑦ Encaminhado a RPA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>José da Rêia Pinheiro de Sousa, 45ª</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>12 / 03 / 19</i>
--	--------------	------------------	-----------------------------

TIPO

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

*laqueagem cirurgia + gesso*

INICIO

FIM

TEMPO TOTAL

*18:40**18:55*

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

*Dr. Dalton*

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

*Dr. Adonias  
Dr. Emanuel*

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

*Socorro e Robson*TIPO DE ANESTESIA: *Rapui*

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>p.m</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			<i>agulha de rapui</i>
	SERINGA 03ML			<i>Injeção Pisada</i>
	SERINGA 05 ML			<i>Equipo maior</i>
	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº
	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEFOAM
			<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA
				<i>gomas</i>
				<i>máscaras</i>
				OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Elka Bruno</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Socorro e Robson</i>	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

15 AGO. 2019



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

SAÚDE DA ORTOPEDIA

Tipo Cirurgia:

Tto cirúrgico de Fract. Exp. de Fêmur O e Fixação de Fixador Externo

Data: 12/03/19

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: José dos Reis Pereira de Sousa

Idade 45<sup>a</sup>

Bloco: O.T. Enfermaria: — Leito: —

Caixa: — Nº: —

Circulante: Roberto e Sampaio

Sala 01

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Fixador Externo de 400 1

Lote: 009545 Código: AF35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 28/12/2018 Val.: 12/2023  
Registro Anvisa N° 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Lote: 005445 Código: F08 3 200  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX  
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL  
Fab.: 29/10/2018 Val.: 10/2023  
Registro Anvisa N° 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

15 AGO. 2019



JOSE DOS REIS

7843

HOSPITAL CORONEL MOTA

18/07/2019

Vilson

76.4 %



D

JOSE DOS REIS

7843

HOSPITAL CORONEL MOTA

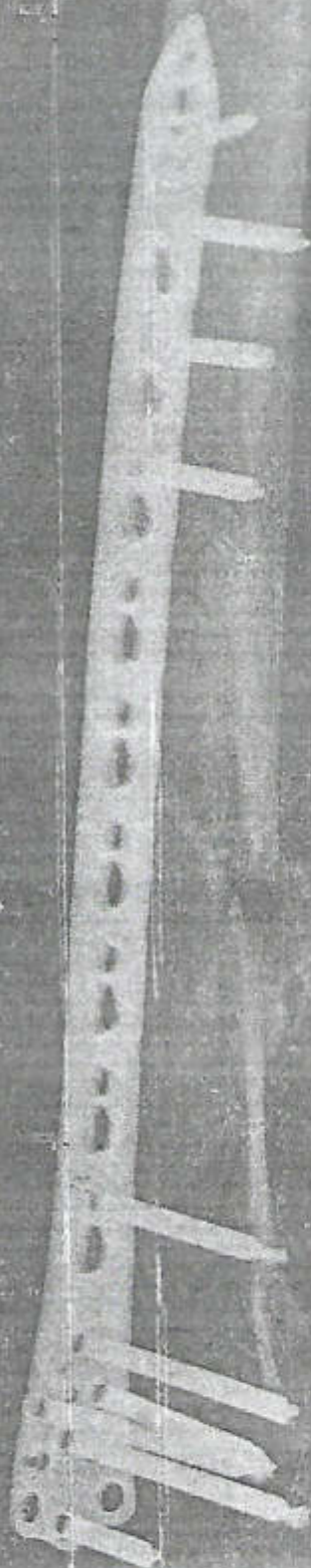
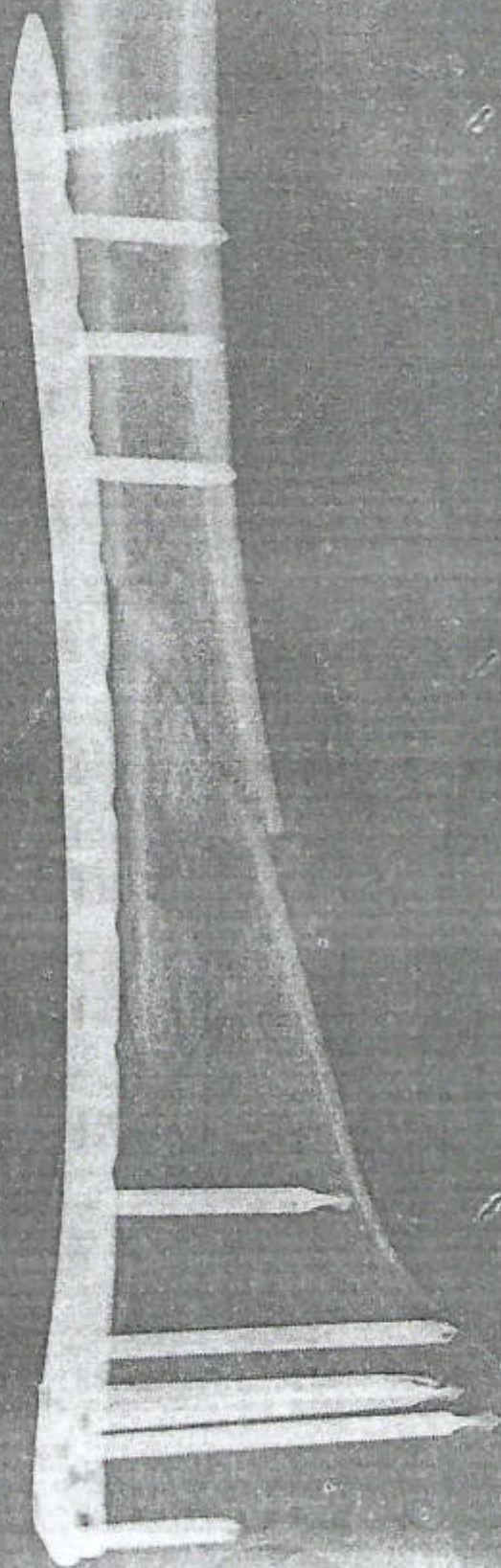
13/07/2019

Wilson

617 %



D



18/07/2019

51.7%

JOSE DOS REIS

7843

HOSPITAL CORONEL MOTA

18/07/2019

51.7%

Vision



Eu José dos Reis Pereira de Souza, RG: 113.864  
SSP/RR, CPF: 604.391.732-72, Pessoa que  
a Seguradora LIDER - DPVAT, Reanálise meu  
Processo pois não houve Perícia e o Valor na  
qual Recebi é Inferior ao Direito que tenho, tendo  
em vista ter recebido apenas 2362,50, Pessoa  
uma Perícia Para Poder avaliar minha Lesão  
Defrida em 12/03/2019.

Boa Vista, 08 de Novembro 2019

25 NOV. 2019


José dos Reis P. de Souza




15 AGO. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



ACQUERIR DO TITULAR

*José Dos Reis P. de Sousa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 113864

DATA DE EMISSÃO 02/07/2019

DATA DE NASCIMENTO 06/01/1974

PROIBIDO PLASTIFICAR

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Psiquiátrico da Polícia Civil  
Diretor do IOD

LEI Nº 7.116 DE 29.09.03

P7

NOME JOSÉ DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO GERALDO VENÂNCIO MORAIS  
FRANCISCA PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE AUGUSTINÓPOLIS - TO

DOC 081884

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 1694 FLS 194 LIV B-7

MUCAJAI - RR

CPF 604.391.732-72

2ª VIA

15 AGO. 2019  
PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096



LOCAL: BOA VISTA - NOVA AINHA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616

980207968020

ADMINISTRAÇÃO DO TRÂNSITO

447

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616

980207968020

Nome: ILDIR INACIO DE SOUZA

CPF: 114807 8507 RR

DATA NASCIMENTO: 07/04/1976

RAÇÃO: JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO

CRISTINA I INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC

ACC: AD

DATA DE EMISSÃO: 15/12/1999

VALOR: 28/01/2021

DATA DE EMISSÃO: 15/12/1999



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190497245 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO.  
FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/FIXAÇÃO EXTERNA.  
E ALTA MÉDICA P.02/07/10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.11/12/13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	José Carlos Reis Pereira de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	11.3864 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: José Alben Sampaio, 1613, Senador Helio Campos

## OUTORGADO

NOME:	Gláucia Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buiutis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 03 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: José Carlos Reis Pereira de Souza

Boa Vista - RR 15.08.2019

LOCAL E DATA



*José Carlos Reis P. de Souza*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

15 AGO. 2019

**DANIEL AQUINO**  
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
 Av. Amado Teixeira, 4507 - Ass. Brasília - Boa Vista - RR  
 Fone: (065) 9627-4384  
 daniel@boaavista.org.br

341743d555d2ed5fc  
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
 de JOSÉ CARLOS REIS PEREIRA DE SOUZA

Em testemunho da verdade, BPO  
 do que dou fé, Boa Vista-RR, 16 de agosto de 2019.  
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: [portalson.com.br](http://portalson.com.br)  
 REC/FIR168296V3BTAAABLGO11969 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos TSS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

*Gláucia Inácio de Souza*  
 Gláucia Inácio de Souza  
 Escrevente Autorizada



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292089/19

**Vítima:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

**CPF:** 604.391.732-72

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 12/03/2019

**Titular do CPF:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA : 604.391.732-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 23/08/2019  
Nome: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA  
CPF: 604.391.732-72

JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292089/19

**Número do Sinistro:** 3190497245

**Vítima:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

**CPF:** 604.391.732-72

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 12/03/2019

**Titular do CPF:** JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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: 18/09/2019  
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA  
CPF: 383.051.512-04

\_\_\_\_\_  
ILOIR INACIO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190497245                      Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190497245**

**Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190497245

Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização do 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 um dos membros inferiores 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: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000029529-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190497245**

**Vítima: JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 12/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

604.391.732-72

Nome completo da vítima:

José dos Reis Pereira de Sousa

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

Nome completo:

José dos Reis Pereira de Sousa

CPF:

604.391.732-72

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua: José Alber Sampaio

Número:

1613

Complemento:

Casa

Bairro:

Semador H. Campos

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-508

E-mail:

ILDIRRRR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

(95) 98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brades

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

Assinatura  
de quem  
assinou  
o documento

Local e Data: Bea Vista - RR, 15/08/2019

Nome: José dos Reis Pereira de Sousa

CPF: 604.391.732-72

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025435/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/08/2019 09:57 Data/Hora Fim: 14/08/2019 10:37  
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/08/2019  
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/03/2019 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cauamé

Logradouro: Bélgica

Complemento: Cruzamento com a Rua Paraguai

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Autovisão - Ambiente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ DOS REIS PEREIRA DE SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: TO - Augustinópolis Sexo: Masculino Nasc: 06/01/1974  
Profissão: A.ônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: divorciado(a)  
Nome da Mãe: Francisca Pereira de Sousa Nome do Pai: Geraldo Venâncio Moraes

Documentos

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 604.391.732-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: José Alber Sampaio

Nº: 1613

Complemento: Casa

Bairro: Senador Hélio Campos

CEP: 69.316-508

Telefone: (15) 99103-7056 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 775.469.383-68	Placa: NUJ-7637
Renavam: 01160331409	Número do Motor: JC48E3J032767
Número do Chassi: 9C2JC4330JR032750	Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018
Cor: BRANCA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125
Modelo: HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
José dos Reis Pereira de Sousa	Possuidor

15 AGO. 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025485/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 02145544134), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que es á em nome de KARLA FLORENCIO DO CARMO SILVA. Que em referido cruzamento, onde não há placas de sinalização, foi colidido por um veículo modelo FIAT STRADA, que trafegava na Rua Paraguai. Que o motorista logo após à colisão foi embora, mas depois voltou. Que sabe informar mais nenhuma característica identificadora do outro veículo envolvido. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat 042000908  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matricula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS

DAT

14 AGO. 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDO

José dos Reis Pereira da Sousa  
(Comunicante / Vítima)

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

15 AGO. 2019

# 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:

604.391.732-72

Nome completo da vítima:

José dos Reis Pereira de Sousa

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

Nome completo:

José dos Reis Pereira de Sousa

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua: José Alber Sampaio

CPF:

604.391.732-72

Número:

1613

Complemento:

Casa

Bairro:

Senador H. Campos

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69.316-508

E-mail:

ILDIRRR@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD):

(95) 98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA:

29529

9

(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.

Assinatura  
Assinatura  
Assinatura  
Assinatura

Local e Data: Bea Vista - RR, 15/08/2019

Nome: José dos Reis Pereira de Sousa

CPF: 604.391.732-72

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0261

EQUIPE SAMU-BV  
UNIDADE SAV

EQUIPE: Vheyla, Roberto; Jélio



Paciente: José dos Reis Pereira de Souza  
 Nacionalidade: Brasileiro  
 Endereço: Rua Belga e Paraguaçu  
 Bairro: Chuame

Nº 3994 DATA 21/03/19  
 Médico (a) Regulador (a): Ciro  
 HORA JR: 11:55 BASE VIA ( ) ( ) RÁDIO  
 HORA JTD: 12:01 ( ) CELULAR

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATA  
☒ Acidente de trânsito  
☐ Agressão física / espancamento  
☐ Agressão física - FAF  
☐ Agressão física - FAB  
☐ Urgência psiquiátrica  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Envenenamento  
☐ Alagamento  
☐ Queimadura  
☐ Choque elétrico  
☐ Queda  
☐ Urgência clínica  
☐ Urgência obstétrica  
☐ Transferência  
☐ Exame complementar  
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO  

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança

AValiação INICIAL  

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Admissão <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Músculo <input type="checkbox"/> Músculo <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Assimetria Alveolar <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

(X) S/A

SINAIS VITAIS E ESCORES  

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 12:03	140 x 90	118	12	98				
Fim 12:08	140 x 90	118	12	98				

AValiação SECUNDÁRIA  

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Alargamento de orifício 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	1 - Sem resposta 2 - Sem resposta 3 - Sem resposta 4 - Sem resposta 5 - Sem resposta 6 - Sem resposta 7 - Sem resposta 8 - Sem resposta 9 - Sem resposta 10 - Sem resposta 11 - Sem resposta 12 - Sem resposta 13 - Sem resposta 14 - Sem resposta 15 - Sem resposta 16 - Sem resposta 17 - Sem resposta

(X) S/A

AValiação CARDÍACA  

AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA REGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Endócrina <input type="checkbox"/> Hematológica <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Glicopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Infecção de uso <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Outros

GRANDADE COMPROVADA: ☐ Pequena ☐ Grande

Assinatura e Carimbo do Médico (Unidade de Destino)  
 Assinatura: [Assinatura]  
 Carimbo: [Carimbo]  
 Data: 15 AGO. 2019  
 Local: [Local]  
 Assinatura: [Assinatura]  
 Carimbo: [Carimbo]

SAMU 192-BV  
 CONFERE COM  
 ORIGINAL  
 Emp 26/07/19  
 Onde: [Assinatura]

RG: Em 26/04/11  
RG: André B.  
RG: Rubrica

Relatório Médico: Paciente Vítima de acidente de trânsito por colisão lateral com uma moto. Fraturas fechadas no fêmur e tíbia do membro direito e úmero esquerdo. Paciente Relato Trauma torácico com fraturas em MMII + edema e diminuição da sensibilidade. Colado em prancha no MMII no momento da chegada com imobilização cervical em BEG LOTE AXI + instalação do collar cervical. ACV: B C R I N F 9/5 Realizado imobilização de MMII com gesso + acesso venoso periférico. Adminis A B: Inocente com RHHG. Exame Físico: Não há alterações físicas que mantenham a suspeita de lesão de órgãos internos. Referir seu histórico de saúde. Chamar atenção de que o paciente não deve ser movimentado sem a presença de um médico. Condiciona ao GT/HG e seu tratamento. O MMII Realizado por 01/8/69. Material: 01 frasco, 01 agulha, 01 tubo, 01 algodão, 01 gaze, 01 curativo. Transporte: Para a PSF. Sem intercorrências. Noturno: 08 horas, 08 horas, 08 horas. Transporte: Sem intercorrências. Material: 01 agulha 40x12 algodão 12, 01 gaze 16, 03 moixanas direitas, 03 ataduras 15cm.

15 AGO. 2019





GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Jose dos Reis Pereira de Souza, 45a

Declaro para os devidos fins que o paciente acima iniciou tratamento fisio terapêutico nesta unidade em 07/08/2019 no período vespertino devido sequelas de fratura em fêmur, tíbia e fíbula "D" nos dias de segunda e quarta-feira.

DATA: 12/08/2019

  
Nazara Pontoura  
FISIOTERAPEUTA  
CREFTO: 112088 - F

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Atalde Teive nº 5459 - Bairro Nova Canaã  
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(0xx95) 3625-0784/3627-7196

15 AGO. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PRAÇA JOSÉ  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 2328

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Escuro

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Escuro

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Escuro

0001083269

12/03/2019 12:42:17

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

12

Paciente

JOSE DOS REIS PEREIRA DE SOUSA

Data Nascimento

06/01/1974

Idade

45 A 2 M 6 D

CNS

705007281104958

CPF

60439173272

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão-Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Rapar/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IGNORADO

113864

SSP/RR

15/04/1996

M

DIVORCIADO

BRANCA

BRASILEIRA

BRASILEIRA

Mãe

FRANCISCA PEREIRA DE SOUSA

GERALDO VENANCIO

Contato

(95) 99171-7855

Endereço

RUA - ITAPURANGA - CONJUNTO MANAIRA - 104 - - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sit. Prontuário

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por

DANIEL VIANA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

## Anamnese da Enfermagem

GSC

TOTAL

AD: 1234 RW: 12345 MW: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - )

Paciente sofreu acidente por colisão motor x carro, trazido pelo SAMU em prancha rígida e estabilizado cervical, relato uso de cinto de segurança. Queixa de dor em nível D, já imobilizado pelo SAMU. S aliado

Exame Físico

A - Imobilizando A dor cervical; B - supnato, NV@60% SEA, Sat O2 98%, C - hemodinamicamente estável, FC - 88bpm; D - Glasgow 15; E - distalmente

Hipótese Diagnóstica

Fx de fêmur D.

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS

## PRESCRIÇÃO

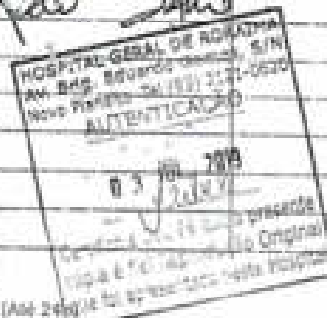
## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

1) Imobilizar o D. Dil. S aliado  
2) Analgesia com Dil. S aliado  
AO CC

Fato  
Pelo Samu

Dr. Pedro de S. Fausão  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para

Ortopedia

☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ Instituto Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana  
Data Hora: 12/03/2019 12:44:11

Dr. Claudio Lima  
Cirurgião Geral  
CRM-RR 141



15 AGO. 2019



Ad CC

Dr. Dalton Peitosa  
Otorrinolaringologista  
CRM-PR 1178



15 AGO. 2019



Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO

0130330-9

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003242730

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.439 de 20 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	195	179,47

ANTONILCE CHAVES DE BRITO  
R. JOSE ALBER SAMPAIO 1613 SENADOR HELIO CAMPOS  
CPF: 00085392200249

CEP: 69.316-508 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.28.097800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	11767		Atual: 15/07/2019
Anterior:	11572		Anterior: 12/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/08/2019
Consumo Medido:	195		Emissão: 12/07/2019
Consumo Faturado:	195	FCAM	Apresentação: 15/07/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	14EDB08816 H	1414151	1.1.1.2	145

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 166	CONSUMO 195 A R\$ 0,764602 = 149,09
MAI/19 160	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,08
ABR/19 140	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,67
MAR/19 130	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 0,78
FEV/19 123	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,15
JAN/19 70	MULTA POR ATRASO 05/19-00 2,44
DEZ/18 118	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 0,73
NOV/18 166	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 260	
SET/18 135	
TARIFA DEB. TRIBUTOS:	
0 A 195 - 0,634602	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/07/2019. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na dívida ativa, caso tenha efetuado o pagamento, favor cancelar a dívida neste boleto.
06/2019	153,65	

LIGUE 0800701910 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 11 16 21 26

F3DB C8CF C2C4 451 E710L6 8404 55 0001

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	81,12	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	25,34
Transmissão:	4,21	Valor do ICMS:	0,00
Encargos:	25,34	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
8,85	17,70	35,40	8,40	16,92	33,84
7,56			14,00		1,17
DISTRITO			05/2019		
			52,49		

ROT: 28.001.26.28.097800



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

0130330-9

TOTAL A PAGAR R\$

07/2019

01/08/2019

003242730

FCAM

1 00000000130 5 33090719008 7



SEQ.: 00135 UC: 0130330-9 DT.LEIT.: 15/07/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 11767 NORMAL TOTAL: 179,47 CARGA: 015  
DT.VENC.: 01/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1031

15 AGO. 2019



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECABEB/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 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 Alair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José dos Reis Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.391.732 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José dos Reis Pereira de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.391.732 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1832

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Buritis

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.com

Tel.(DDD): (95)98403-5060

Local e Data: Boa Vista - RR, 15/08/2019

  
Assinatura do Declarante

15 AGO. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Karla Florença do Carmo Silva

RG nº 1.674.113, data de expedição    /   /   

Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 775.469.383-68

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Joca Farias, canaã, nº 951

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Carlos Reis Pereira de Sousa, cujo o condutor era

José Carlos Reis Pereira de Sousa

Veículo: motocicleta Modelo: HONDA-BIZ-125 Ano: 2018/2018

Placa: NUJ-7637 Chassi: 9C2JC4 830JR032750

Data do Acidente: 12/03/2019

Local e Data: Boa Vista - RR, 10/09/2019



Karla Florença do Carmo Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

