

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 93 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.120.362 / 37

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.120.362 / 37 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

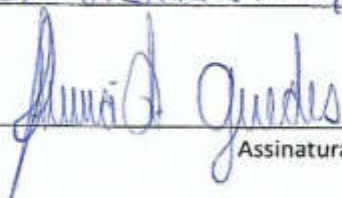
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.303-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-5200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 02 DE ABRIL DE 2020



Assinatura do Declarante



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.

1801036571 19/11/2018 06:13:16 FICHA DE ATENDIMENTO TOMOGRAFIA NOTURNO 19- 3

Paciente **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL** Data Nascimento **06/10/1999** Idade **19 A 3 M 10 D** CNS **704808567717841** CPF **04512036237** Prontuário **00154509**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 469642-5 SSP/RR 08/11/2013 F SOLTEIRO(A) PARDABOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe **MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO** Pai **WALDIR PIRES RIBEIRO** Contato **(95) 99117-0789**
Endereço **RUA - TERTULIANO CARDOSO RAMOS - 1325 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ANA.KARLA**
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO

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)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: geraldo.oliveira
Data Hora: 16/01/2019 08:19:13

© 2019
SISTEMA - Sistema de Atendimento
Rua - Av. Brigadeiro Eduardo Gomes
RUA 1325 - 13.000



1801036571

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

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

180107571

11/11/2018 06:13:16

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente: **ALANY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL** Data Nascimento: **06/10/1999** Idade: **19 A 1 M 13 D** CNS: **704808567717841** CPF: **04512036237** Provituario: **00154592**
Tipo Doc: **Identidade** Documento: **48842-5** Órgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **08/11/2013** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(APARDA)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO** Pai: **WALDIR PIRES RIBEIRO** Contato: **(95) 99117-0753**
Endereço: **RUA - CARDOSO RAMOS - 1325 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **DEMANDA ESPONTANEA** Ampla: **ANA KARLA**
Motivo: **URGÊNCIA** Caráter do Atendimento: **DEMANDA ESPONTANEA** Profissional do Atend.: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedência: **DEMANDA ESPONTANEA** Temp.: **DEMANDA ESPONTANEA** Registro por: **ANA KARLA**
ACIC: **0** Sotor: **0** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **DEMANDA ESPONTANEA**

Quel: **PA: 120, 80** ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Surto de Dengue

Amam: **FC=80bpm Sat-99%**

GSC: **AO 1234 RV:12345 MR:123456** TOTAL: **35**

At CONSULTA - 06:15h
ut utt lva de vidisão carvo x poste (com 1 utt lva total), tuagi.
da pelo SAMU que relatou que pct estava desmaibrando no local do ac.
H: cl color cervical; em prancha rigida; vias aéreas permeas.
B: mvt bilateral sem RA. CAC: RCA 2T BNP b/t. Sem rto ativo.
D: pupilas iso cócor e foto reagentes. força preservada em men.
E: Glasgow 15; lucida e orientada. Dm 2 polpa cto em região
Hipót: **lesão corte contusa em face.**

rel trauma.

Exames Complementares: ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ XRA ☐ OUTRO

PRESCRIÇÃO

1) Imuniz. 2) SF 0,9% 500 ml (EV) água e repetir após 6h 50% 20ml
3) Id prova 2g EV água
4) Reduto TC de novo abdome e cervical.
5) Avaliação da neurocircula.

Com: **14/11/2018**

Indicação Médica: **14/11/2018**
Ido: **14/11/2018**
Relia: **14/11/2018**
cia para: **14/11/2018**

Sim? ☐ Sim, ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Paciente ou Responsável: **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impro: **14:01**
Data: **14/11/2018**

14/11/2018

14/11/2018

09.11.18 -

VÍTIMA ACIDENTE DE CARRO X POSTE (CANOA) COM BATERIA
DE DORSAL G10 E DOB. FR. REG. FRONTAL DIREITA

GUASCOU 15, P. 12

CLAUSSIF. NEUROLOGICO

MOVIMENTOS PRESERVADOS LUMBOSACRAIS

- C. CERVICAL: NORMAL
- C. CERVICAL CERVICAL: ANTERO LATERAL C2-C3 FRATURA PARO
ARTICULAR A DIREITA DE C2.
- C4: FRATURA C2
- C5: NORMAL
- C6: DOB. FR. CERVICAL CERVICAL

Dr. Fabricio F. de Almeida
Neurocirurgia
CRM-RR 1407
CNS 20154981375000-2

HOSPITAL GERAL DE ESPORTE
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2171-0025
AUTENTICACAO
10 JAN 2019
Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução Original
com foi emitida nesta Instituição

BLOCO A

Auto 24.1.2013

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Paciente: **Johnny Ribeiro de Souza Pimentel**

Nome do Paciente: **ALANY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL**

70415 081567 707181413

DATA DE NASCIMENTO: **06/10/1993**

154509

Fem

Mãe: **Marcia Souza Pimentel Ribeiro**

Endereço: **R. Indulgência Cardoso Zama, 1325, Santa Luzia**

Cidade: **De Visto**

82

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- AUTENTICAÇÃO DE ACIDENTE X POSSE (CARONA)
COM FRATURA C2-C3 INTEROLIGAMENTAR
FRANKEL E.

Agência



Fratura C2 (ANTERIORE)

5.8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento conservador Fratura C2

2015149819759002

DATA DA AUTORIZAÇÃO: **19/11/13**

Dr. Fabricio P. de Almeida
Neurocirurgião
CRM RR 1407
CNS 201548513750002

AUTORIZAÇÃO

Form fields for authorization, including COD. ORGÃO EMISSOR and data.

0303040114
5121
V299



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 19/nov/2018 DN: 06/10/1999

PACIENTE: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO: FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS: N.D.N.

IDADE: 19 ANOS

Risco Cirurgico

LEITO: GT DATA: 19/nov/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL (Sujeto)	
2	SFO 9% 100ML EV 12/12 H	8h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6 H	12h
4	PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/6 H	12h
5	TRAMADOL 50MG + SFO 9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN	12h
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H	12h
7	PLASIL 10MG + SFO 9% 100ML EV 8/8 H SN	12h
8	CABECEIRA FLEVADA 45°	
9	SINAIS VITAIS 6/6 H	
10	CG	
11	APRIMAR PLANCHIA RIGIDA	
12		
13		
14		
15		
16		
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI 251-300 4UI; 301-350 6UI 351-400 8UI; > 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA	
18		
19		
20		

Obs: PA: 120/80
P: 85
T: 36,30C

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO C2-1 SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

Antônio Rodrigues
Técnico em Radiologia
CORREN 71423 TE

NIR

Regulado
para leito

104-1

6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	107x67	79	19	35,6C
18 H	115x62	77	19	36C
24 H	126/86	76	18	36,5C

Regulação Interna
Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORREN 71579

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORREN 71579

8:30. Pac. deu entrada às 9:30 nesse unidade proveniente do Trauma.

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORREN 71579

NIR

Regulado
para leito

F-06

Regulação Interna

0000001

12:00 p.m. -
lado a med.
do item 4
esta em fase
na farmacia.

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
CORREN 71579

9h Realizado coleta
de Sangue
Exames laboratoriais

Atelmir Figueiredo
Técnico em Radiologia
CORREN 71423 TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



304.1

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018

DN

06/10/1999

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

N.D.N.

19 ANOS

LEITO

Risco Cirurgico

104-1

DATA

20/nov/2018

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL	SN
2	SFO 9% 1000ML EV 12/12 H	12 24
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6 H	12 24
4	PARACETAMOL 500MG I COMP VO 6/6 H	12 24
5	TRAMADOL 50MG + SFO 9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN	12 24
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H	12 24
7	PLASIL 10MG + SFO 9% 100ML EV 8/8 H SN	12 24
8	CABECEIRA ELEVADA 45°	SN
9	SINAIS VITAIS 6/6 H	7 45
10	CG	12 12 24 06
11	SENTAR FORA DO LEITO	
12	ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO	
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; 401-450 10UI E QD GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE 60- 40 ML EV AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM E COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107/52	71		
12 H	100/80	90		36.4
18 H	100/70	89		36.0
24 H	115/68	85	18	36.0

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIA

Obs: 20/11/18 - não adm. item no 04 não disponível na farmácia nesta data e pontado



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018

DN

06/10/1999

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

N.D.N.

19 ANOS

LEITO

Risco Cirurgico

104-1

DATA

PRESCRIÇÃO

23/nov/2018

HORÁRIO

SND

12 18 24
12 18 24
12 18 24
SN 22 00
SN

Almeida
Rodrigo

Almeida

DIETA GERAL

SFO.9% 1000ML EV 12/12 II

CEFALOTINA 1G EV 6/6 H

PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/6 H

TRAMADOL 50MG - SFO.9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORAS

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

PLASIL 10MG + SFO.9% 100ML EV 8/8 H S/N

CABECHEIRA ELEVADA 45°

SINAIS VITAIS 6/6 H

CG

SENTAR FORA DO LEITO

ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR
(SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI, 251-300
4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU
GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV -
AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15. PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO CD 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	101x58	76		
12 H	101x58	75		35.6
18 H	100x60	87		35.2
24 H	105x60	92		

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

11:10 pouco no tubo, medicação EPM, Verificado
SSVV sem interferência

Plantas noturnas por no leito está calma, orien-
tado Afetivo SSVV administrado Meon

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

404-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018		DN		06/10/1999	
PACIENTE		ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL					
DIAGNÓSTICO		FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE					
ALERGIAS		N.D.N		Risco Cirurgico			
IDADE		19 ANOS		LEITO		104-1	
ITEM				DATA		26/nov/2018	
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA GERAL						HORARIO
2	SF0,9% 1000ML EV 12 12 H						12h
3	CEFALOTINA 1G EV 8 8 H						12h
4	PARACETAMOL 500MG 1x200 10 8 8 H						12h
5	TRIMETOPRIM 50 MG + SF0,9% 100ML EV 8 8 H						12h
6	RANITIDINA 50MG EV 8 8 H						12h
7	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8 8 H						12h
8	CABOTERAPIA ELETRICA 45"						12h
9	SINAIS VITAIS 8 8 H						12h
10	CG						12h
11	SENTAR FORA DO LEITO						12h
12	ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO						12h
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO						12h
14							12h
15							12h
16							12h
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR						12h
18	(SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI; 251-300						12h
19	4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU						12h
20	GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +						12h
	AVISAR PLANTONISTA						12h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15. PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO CD 1 SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
8 H	103/64	77		
12 H	99/66	93		35.7
18 H	107/79	77		34.5
24 H	100/65	101		

Dr. Fabricio Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

DA: FISIOTERAPIA

Paciente no leito desperta, eupneica, respirando em ar ambiente, estável, com prescrição massagem, realizando mobilização, mudança de decúbito e deambulação independente. Sem necessidade de auxílio, não havendo portanto no presente momento necessidade de fisioterapia.

0000001

Marcio Tiago de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM - RR 1406

Aplicada M. Moura Silva Costa
CREFITO 200130-F
Fisioterapeuta



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



104-2

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018 DN

06/10/1999

PACIENTE

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO

FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

19 ANOS

Risco Cirurgico

ITEM

LEITO

104-1

DATA

01/dez/2018

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

SF0,9% 1000ML EV 12/12 H

3

ACESSO SOROLIZADO

4

PARACETAMOL 500MG 1 COMP 10/4 H

5

TRAMADOL 50MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H COMER EM 1 HORA SN

6

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

7

PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H SN

8

CABECEIRA ELEVADA 45°

9

SINAIS VITAIS 6/6 H

10

CG

11

SENTAR FORA DO LEITO

12

ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

13

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

14

15

16

17

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

18

(SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300:

19

4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU

20

GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV +

AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIER SEM DEFICIT NEUROLÓGICO CD. 1 SOLICITAÇÃO

10 co. lavado RVP.

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	10x60	83	-	36,2
12 H	10x60	71	20	35,6
18 H	90x60	85	20	36,6
24 H	90x44	75		35,8

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO



01.12.2018. Flautão diurno.

Realizado cuidados gerais.

Adm. medicos cpn.

Temporário seu.

Franciane Damazio de Assis

CRM RR 1407

22 e 08 hrs adm. med. RANITIDINA

50mg 20. 24 hrs adm SF0,9% 500

20. 24 e 08 Não foi adm. med.

PARACETAMOL 500mg / porque a pa

maior não disponibilizou.

Lucimede A. Lima

Téc. em Enfermagem

CRM-RR 866.340 TE

104-1
C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018		DN 06/10/1999	
PACIENTE		ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL			
DIAGNÓSTICO		FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE			
ALERGIAS		N.D.N.			
IDADE		19 ANOS		Risco Cirurgico	
ITEM		LEITO		DATA	
		104-1		03/dez/2018	
PRESCRIÇÃO					
					HORÁRIO
1	DIETA GERAL				SND
2	SF0,9% 1000ML EV 12/12 H				
3	ACESSO SOROLIZADO				
4	PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H				
5	TRAMADOL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SN				
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H				
7	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H SN				
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				
10	CG				
11	SENTAR FORA DO LEITO				
12	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO				
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO				
14					
15					
16					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
18	(SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI, 251-300:				
19	4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU				
20	GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +				
	AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	72	—	36,2°
12 H	110x60	80	20	36
18 H	100x60	88		35,8°
24 H	100x60	83		36,5°

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

12h PCT no LEITO, ORIENTADA, HIGIENIZADA, SEM INTERCORRÊNCIA

NOITE/NOTURNO: PACIENTE DEAMBULANDO, L.O.T. E Isaquiel Lima Silva
AEROSOL, VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA EM AR AMBIENTE, Técnico de Enfermagem
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, HIGIENIZADA, CORADA, ANP PEQUENO. ADMINISTRADORAS AS
MEDICAMENTOS REFERENTES NOS ITENS 2, 4 E 06 NOS SEUS RESPECTIVOS HORÁRIOS SEM QUEIXAS DURANTE
TODO O PLANTÃO, ESTANDO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

0000001

Antônio Jacellino Araújo Pinho
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 326.247

104-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		19/nov/2018	DN	06/10/1999	
PACIENTE	ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL				
DIAGNOSTICO	FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE	19 ANOS	LEITO	104-1	DATA	10/dez/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				
2	SF0,9% 500ML IV ACM				
3	ACESSO SOROLIZADO				
4	PARACETAMOL 500MG I COMP VO 6/6 H				
5	TRAMADOL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA SIN				
6	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H				
7	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H SIN				
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				
10	CG				
11	SENTAR FORA DO LEITO				
12	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO				
13	COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250, 2UI/251-300, 4UI/301-350, 6UI/351-400, 8UI/401-450, 10UI/451-500, GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL (MARCADA PARA 10/12/2018)

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90x40	50		36,2
12 H	86x62	72		35,9
18 H	105x63	80	19	36,0
24 H	80x40	77		36,1

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM - RR 1407
NEUROCIRURGIÃO

32:00 30/12/2018 - pt no leito, verificado ss ou, sem Rubeixas, adm. medicamentos de horário cpm e segue aos cuidados.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437581 TE

104-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

19/nov/2018

DN

06/10/1999

PACIENTE

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

DIAGNÓSTICO

FRATURA C2-C3 COM ANTEROLISTESE

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

19 ANOS

Risco Cirurgico

LEITO

104-1

DATA

14/dez/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

SFO,9% 500ML IV ACM

3

ACESSO SOROLIZADO

4

PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H

5

TRAMADOL 50MG + SFO,9% 100ML EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA S/N

6

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

7

PLASIL 10MG + SFO,9% 100ML EV 8/8 H S/N

8

CABECEIRA ELEVADA 45°

9

SINAIS VITAIS 6/6 H

10

CG

11

SENTAR FORA DO LEITO

12

ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

13

COLAR CERVICAL DE USO CONTINUO

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO) CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI, 251-300; 4UI, 301-350; 6UI, 351-400; 8UI, ≥ 400; 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO. CD: 1. SOLICITADO RNM DE COLUNA CERVICAL (MARCADA PARA 10/12/2018)

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Fabrício Freitas de Almeida
CRM-RR 1407
NEUROCIRURGIAO

alta hospitalar

DR. MARIO JL. SANTACRI
Neurocirurgião
R.M-RR 37

0000001



LTº 104.5



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: Alanny Vilela de Souza Pimentel

Presumo de alta

paciente vítima de acidente
de carro com TRM

Cérvica sem déficit neurológico
apresentando histere C1/C2
sem comprometimento medular
tratamento conservador e

Antibiótico em 1 mês no controle
note

DATA 1/1/18

ASSINATURA E CARIMBO

Colar cervical contínuo 8 semanas

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

14/12/18

DR. MARIO J. L. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

DR. MARIO J. L. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

NOME: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

MÉDICO: MÁRCIO TIAGO DE OLIVEIRA BARBOSA

Nº. Controle: RNM

SUS



CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:

Articulação atlantoaxoidea sem alterações aparentes.
Corpos vertebrais de altura conservada.
Anterolistese grau I de C2 sobre C3.
Desidratação discal difusa.
Abaulamento discal difuso de C2-C3.
Mínimas protrusões discais centrais em C3-C4, C4-C5 e C6-C7 com discreta impressão sobre a face ventral do saco dural.
Canal medular e medula de configuração normal.
Arcos posteriores íntegros.
Partes moles paravertebrais normais.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 10 de dezembro de 2018

 clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

 (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

Nome **ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL**
Data: 06/05/2019 Idade: 19A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **MARIO J. L. SANTACRUZ**

Cód. Pac.: 68435

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

Protocolo

Realizadas sequências FSE (fast-spin-eco), ponderadas em T1 e T2 nos planos sagital e axial e sequência ponderada em T2 após saturação de gordura.

Indicação clínica:

- Listese de C1 / C2.

Relatório

- Listese anterior de C2 sobre C3, notando-se irregularidade dos respectivos pedículos, de aspecto mais acentuado do lado esquerdo, com desalinho das corticais ósseas (fratura?). Correlacionar com tomografia de coluna cervical, para maiores informações.
- Cifose cervical no eixo sagital.
- Corpos vertebrais com altura e morfologia usuais.
- Articulações uncovertebrais e interfacetárias preservadas
- Desidratação discal nos níveis cervicais de C2-C3 até C6-C7, notando-se protrusões discais posteriores de base larga, promovendo impressões seriadas no contorno anterior dural nos níveis avaliados, mais evidente em C2-C3, no aspecto posterolateral à direita.
- Demais discos intervertebrais sem protrusões ou abaulamento significativos.
- Medula espinal com contornos e sinal preservados em todos os níveis avaliados.
- Restante do canal vertebral e forames neurais livres.
- Musculatura paravertebral trófica e sem sinais de lipossustituição.
- Partes moles habituais.
- Transição crânio-vertebral sem particularidades de nota.

Conclusão

- *Listese pós-traumática anterior grau I de C2 sobre C3, notando-se acentuada irregularidade dos pedículos, de aspecto mais proeminente à esquerda, sendo conveniente correlação com estudo tomográfico para maiores informações.*

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Daniel Lopes Azevedo
Médico Imaginologista
CRM-RR 1191

Dr. Daniel Lopes Azevedo CRM1191
MEMBRO TITULAR DO CBR

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Laudos Médicos

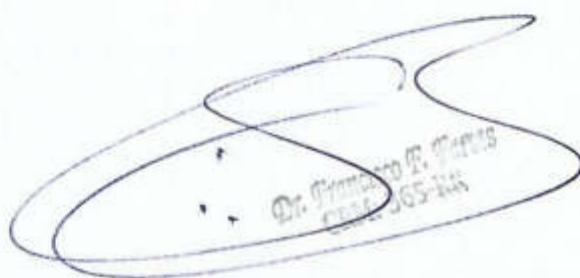
Alanny Ribeiro de Souza Simulid, RG 469642-5 SSP-RR

vítima de acidente automobilístico em 18, digo, 19/11/2019, conforme
fiche de atendimento 3801036571 do Pronto Socorro Francisco Eliseu, sendo
constatado trauma de encefalo de imagem de ressonância magnética,
anterolistese grau I de C2 sobre C3, desidratação discal difusa e abaula-
mento discal difuso de C2-C3. Foi realizado tratamento conservador
com colar cervical por cerca de 60 dias e alta médica após
este período. Paciente hoje vem apresentando enxaquela
post-traumática frequentemente a cada 42-72 horas; apresenta limitação
para hiperextensão de coluna cervical, lateralização à direita e esquerda, e
dor a rotação de cabeça.

Conclusão: Sequela funcional permanente de coluna
cervical, comprometendo suas atividades laborativas

Cordialmente,

Boa Vista, 18/03/2020



Dr. Francisco F. Farias
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito

Alanny Ribeiro de Souza Pimentel

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 469642-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

DATA DE NASCIMENTO 06/10/1999

NOME ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

FILIAÇÃO WALDIR PIRES RIBEIRO
MARCELA SOUZA PIMENTEL RIBEIRO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOLO ORIGEM CERTD NASC 18388 FLS 186-V LIV A-31

2º OF BOA VISTA-RR

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal
Diretor de Pol. Ident.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 045.120.362-37

Nome ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Nascimento 06/10/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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



Polgar Direito



Annia D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Relatório de Exame

GÊNERO 524555-9

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDNILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Policialista da Polícia Civil

Diretor do ICP

1 VIA

EXPEDIENTE

30/01/2017

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE QUATRO ADUAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110529/20

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF: 045.120.362-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL : 045.120.362-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



Consulta Veículo na Base Nacional

VEÍCULO

Placa: JWT2133 Chassi: 9BGRD06Z01G138182 Renavam: 00754719707 Situação: CIRCULACAO
Remarcado(S/N): -N Última Atualização: 09/03/2018 Município: 0255-MANAUS UF: AM
Procedência: NACIONAL Tipo: 06-AUTOMOVEL Espécie: 1-PASSEIRO
Tipo Montagem: COMPLETA Marca/Mod: 149516-GM/CELTA Ano Mod: 2001 Ano Fab: 2001
CapPassag: 005 Cor: 14-VERDE Potência: 060 Cilindradas: 1000 Carroceria: 000-
Combustível: 02-GASOLINA N° Motor: DJ0036517 N° Câmbio: 000107267
Multa RENANF: Sim Comunicado de Venda: Não Pendência Emissão Documento: Não Restrição RENAJUD: Não Recall: Não
Emplacamento Eletrônico: Não Restrição RFB: Não

PROPRIETÁRIO

Tipo Documento: 1-CPF N° Documento: 662.381.702-63

FATURAMENTO

Tipo Documento: 2-PESSOA JURIDICA N° Documento: 04.011.946/0001-04 UF: AM

DIPLOMACIA

Categoria: 00- Tipo Documento: Num Documento: Data Atualização: 00/00/0000

Acesso direto pela Placa:

[IMPRIME](#)[RETORNA](#)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141728 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE C2-C3 COM LISTESE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 16.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 16.CONFORME LAUDO MÉDICO E ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO.

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 completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200141728 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 19/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
PIMENTEL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE C2-C3 COM LISTESE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 16.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE SEGMENTO CERVICAL DA
COLUNA VERTEBRAL.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 16.

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 completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL, brasileira, solteira estudante, portador (a) do RG 469642-5 SSP/ RR ,inscrito no CPF: 045.120.362-37 residente na Rua: Tertuliano Cardoso Ramos nº 1325, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-143, Boa Vista - RR nesta Capital. Tel.: (95) 99127-8689.

VITIMA: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL, CPF: 045.120.362-37 **DATA DO SINISTRO:** 19/11/2018

NATUREZA DPVAT

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais, ou federais, ou órgão privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderem específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR 17 de março de 2020.

CARTÓRIO LOUREIRO

Alanny Ribeiro de Souza Pimentel
ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL



CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO / REGISTRADOR
VILLA ROY Nº 44 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6297 - ATENDIMENTO: 08 CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
(56XRM029) ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Em testemunho da verdade Boa Vista, 18/03/2020

Emol: 2,56 FUNDEJURR: 0,26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 ISS: 0,13 Vlr Selo: 5
Selo: RECFIR168345LE7M69K5C2WAO872 N° Ticket: 00369
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 04512036237

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110529/20

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF: 045.120.362-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL : 045.120.362-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141728

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200141728

Vítima: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000027585-3

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37

4 - Nome completo da vítima:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereços:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPIANÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Cas)

☐ Divorciado

☐ Separado legalmente

☐ Viúvo

24 - Data do último casamento:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não requerido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042797/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2018 19:25 Data/Hora Fim: 19/11/2018 19:47
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM/RR 809904-J Data: 19/11/2018
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 19/11/2018 04:22

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Liberdade

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO

Nº: S/N

Ponto de Referência: I.M.L.

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20004: ACIDENTE COM MORTE	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEORGE GABRIEL LIMA (VÍTIMA)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 22 anos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ALANE RIBEIRO SOUSA PIMENTEL (VÍTIMA , ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade: 19 anos
	Profissão: Estudante	

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TERTULIANO CARDOSO

Bairro: SANTA LUZIA

Nº: 1325

Razão Social: ROP/PM/RR 809904-J (COMUNICANTE)	
Ramo de Atuação: Órgão público	Representante: Rop/pm/rr 809904-j

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa JWT2133	Número do Chassi *****38182
Ano/Modelo Fabricação 2001/2001	Cor Verde
UF Veículo Amazonas	Município Veículo Manaus
Marca/Modelo GM/CELTA	Modelo GM/CELTA
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042797/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
George Gabriel Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender a uma ocorrência de trânsito no local acima citado, conforme informado9 pela envolvida (Alane), posição de tráfego (v1), a dinâmica do acidente se deu por choque mecânico entre o veículo versus corpo fixo. O veículo trafegava na av. Mario homem de melo sentido centro/bairro conduzido pelo item 01 (George), quando ao cruzar a av. Venezuela perdeu o controle do veículo, vindo a colidir com o poste de sustentação de cabos da rede elétrica. Segundo o medico do SAMU (sr. Célio Wanderlei jr. Crm/rr 1580) que esteve no local e confirmou o óbito do item 01 (George), a violência do impacto causou ao item 01 lesão incompatível com a vida (TCE GRAVISSIMO com afundamento de crânio). A perícia oficial (perito jaci) esteve no local e realizou todo o levantamento pericial, o veículo permanece no local, porem fora da via, aguardando os familiares da vitima. Informo ainda que o veículo possui a placa do estado do Amazonas, em nome de George bruno lima dos santos, segundo informações este é amigo da vitima; que todos os dados os dados dos envolvidos, foram repassados pela item 02 (Alane). Diante do ocorrido, foi confeccionado este relatório para fins de registro e conhecimento. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Francisco Osmany da Silva Fontenele

Agente de Polícia

Matrícula 42000456

Responsável pelo Atendimento

ROP/PM/RR 809904-J

(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro *



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37

4 - Nome completo da vítima:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereços:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPIANÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

AGÊNCIA:

00000000

CONTA:

00000000

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Casal)

☐ Divorçado

☐ Separado legalmente

☐ Viúvo

24 - Data do último casamento:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não requerido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a ruego)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruego)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a ruego)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.120.362-37

4 - Nome completo da vítima:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

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

5 - Nome completo:

ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

6 - CPF:

045.120.362-37

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereços:

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS

9 - Número:

3325

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SANTA LUXIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-143

15 - E-mail:

CONFIANCAGST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPIANÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (001)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

27585

3

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Cas)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do último casamento:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não requerido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA - RR 02 DE ABRIL DE 2020

Alanny Ribeiro Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANNY RIBEIRO DE SOUZA PIMENTEL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027585-3

Autenticação:

AAB95F64C891F80CEC805A7CC9A1E63441A9FA467FD246DC4D29B85414E7BCCA

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0085213-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Elvino 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 autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

001801156

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	11/12/2018	311	240,22

WALDIR PIRES RIBEIRO

R. TERTULIANO CARDOSO RAMOS 1325 SANTA LUZIA

CPF: 00016582390163

CEP: 69.317-143 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.20.047150

25767

14/11/2018

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1,000	Atual:	13/12/2018
Anterior:	311	Anterior:	13/11/2018
Constante de Multiplicação:	311	Próxima Leitura:	14/11/2018
Consumo Medido:	NORMAL	Emissão:	30
Consumo Faturado:		Apresentação:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
		311-A	R\$ 0,672445		209,13

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 242	TARIFAS MONETÁRIAS (2X)	1,75
AGO/18 242	MULTA POR ATRASO DE IL. PÚBLICA	1,67
AGO/18 242	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL.	0,34
AGO/18 242	MULTA POR ATRASO (2X)	5,86
AGO/18 242	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,68
AGO/18 242	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	18,78

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 311 - 0,535766

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
10/2018	256,45

Para a emissão desta fatura, a tarifa de energia elétrica foi calculada com base no valor médio de consumo de 311 kWh, conforme informado no aviso.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N.º 2.479
DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA
FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

B7AD.88AS.852F.3C64.70E9.1643.5BC0.0020

RESERVADO AO FISCO 167,87

209,13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	35,55
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	1,01
Transmissão:	41,26	Valor do ICMS:	4,70
Encargos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
OC	EC	DMC	DICI	OC	EC	DMC	DICI
8,45	16,91	33,62	8,46	16,92	33,64	8,45	16,91
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DISTRITO

09/2018

58,10



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 363/13

Nº da Nota Fiscal 4700695

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	26/03/2020	277	254,75

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21256	Atual: 26/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 20989	Anterior: 23/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 26	Próxima leitura: 26/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 21/02/2020	Número Medidor: 14TIB00002
Consumo medido: 277	Apresentação: 26/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 277		Modalidade: N 1524688

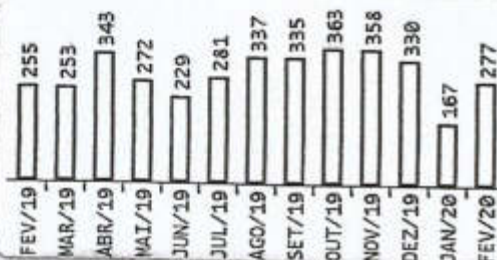
DESCRIÇÃO DA CONTA	277 A R\$ 0,765725 =	
CONSUMO	277	212,10
CORRECAO MONETARIA DA	11/19-00	0,33
CORRECAO MONETARIA IG	11/19-00	6,03
MULTA POR ATRASO DE I	11/19-00	1,53
JUROS DE MORA POR ATR	11/19-00	0,35
MULTA POR ATRASO 11/19-00		5,48
JUROS DE MORA DE IMPO	11/19-00	3,83
ILUMINACAO PUBLICA		25,10

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 277 - 0,617770

Média 12 meses: 293

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

AVISO DE DÉBITOS VENCIDOS
DÉBITOS JÁ REVISADOS

Informamos existirem débitos(s) vencido(s) no valor de R\$ 419,24 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Mês/Ano Valor R\$
12/2019 419,24

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

RESERVADO AO FISCO

BAAB: 11C1-B9C5-61ED-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	114,50	Encargos:	6,40	Base de Cálculo:	212,10	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Tributos:	40,97			PIS:	0,41%
						COFINS:	1,91%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DCE				FC			
Mês	Trimestral	Anual		Mês	Trimestral	Anual	
Linha	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Revisado	4,90			3,00			3,37
Conjunto	CENTRO			Período de apuração:	12/2019	EUSD:	99,46

RÖT: 12.001.02.11.603050



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
254,75

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
26/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4700695

FCAM*

83670000002 6 54750075000 5 00000000126 3 05530220008 8

