

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jerônimo Nascimento Torreios

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Radialista

IDENTIDADE: 83775

ENDEREÇO: Rua São Camilo N° 908 cinturão Verde

OUTORGADO

NOME: Ilan Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro.

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807 ssp/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buiúis

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: 16 / 10 / 2017, cobertura Incêndio, vitima: Jerônimo Nascimento Torreios.

Bon Vista, RR, 02 de Dezembro de 2019

LOCAL E DATA



Jerônimo Nascimento Torreios

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**

161807-5 de 316458c24
Reconhecido por VERDADEIRA (s) fírmas
JERÔNIMO NASCIMENTO TORREIOS

Cartório do 2º Ofício de Bon Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4007 - Ass. Boa Vista - RR
Fone: (65) 3627-4190
Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul
Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul

Lara da Costa da Silveira
Lara da Costa da Silveira
Escrevente Autorizada
DANIEL AQUINO

Em testemunho da verdade, LPB.
De que dou fôr. Bon Vista, RR, 02 de dezembro de 2019.
Consulte os(s) selos(s) abaixo em cidades portaiscom.com.br
RECIFIR16629624GQUN2RPT4TC14 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SEL: R\$ 1,50 Total R\$ 4,50

10 DEZ. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS : 225.864.072-53

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: 12/12/2019
Nome: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS
CPF: 225.864.072-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Número do Sinistro: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2017

JEREMIAS NASCIMENTO
TORREIAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 02/03/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

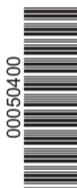
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

225.864.072-53

4 - Nome completo da vítima:

Jeremias Nascimento Tavares

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

5 - Nome completo:

Jeremias Nascimento Tavares

6 - CPF:

225.864.072-53

7 - Profissão:

Jornalista Rua São Camilo

8 - Endereço:

Bairro Cultura Verde

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP:

69.312.369

15 - E-mail:

gloirr@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(61) 9154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

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 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

10 DEZ. 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

24 - Data do óbito da vítima:

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 nasцturo (val nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 autografado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 02/12/2019
Jeremias Nascimento Tavares

10 DEZ. 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042729/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 11:14 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:31

Origem: Polícia Judiciária Data: 02/12/2019

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/10/2017 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nossa Senhora

Logradouro: Rua: Ricardo Franco

Ponto de Referência: Em frente à Rádio Tropical FM

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 10/02/1971

Profissão: Jornalista Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Eliane Nascimento Torreias

Nome do Pai: Algostinho João Torreias

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.864.072-53

10 DEZ. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: São Camilo

Nº: 908

Complemento: Casa

Bairro: Cinturão Verde

Telefone: (95) 99163-4092 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 225.864.072-53	Placa NAY-2388
Renavam 01015260311	Número do Motor G3C5E-020945
Número do Chassi 9C6DG2510F0015403	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor LARANJA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jeremias Nascimento Torreias	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042729/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01751279291), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima. Que ao frear para colidir em veículo, o pneu dâ frente derrapou, fazendo com que o mesmo perdesse o controle da motocicleta e caísse. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT	
DENUNCIA DE POLÍCIA	
Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000906 Responsável pelo Atendimento	

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

Jeremias Nascimento Torreias
Jeremias Nascimento Torreias
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

10 DEZ. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

225.864.072-53

4 - Nome completo da vítima:

Jeremias Nascimento Tavares

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

5 - Nome completo:

Jeremias Nascimento Tavares

6 - CPF:

225.864.072-53

7 - Profissão:

Jornalista Rua São Camilo

8 - Endereço:

11 - Bairro:
Centro Verde

12 - Cidade:
Boa Vista

13 - Estado:
RR

14 - CEP:
69.312.369

15 - E-mail:

kleivir@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):
65 99154-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5480

CONTA: 24988

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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 COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valnascer)? 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 testemunha
não identificada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Resid. Vila - RR, 02/11/2019

Jeremias Nascimento Tavares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

10 DEZ. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

Secretaria Municipal de Economia, Planejamento e Finanças
Rua Coronel Pinto, 188
Centro 69301-150
Boa Vista RR

Carta

99123510072014-SERRRPR
PMBV

Correios

Data de Postagem: 17/05/2019

10 DEZ. 2019

ELIZEU ROCHA DOS SANTOS
RUA SAO CAMILLO, 908
CINTURAO VERDE
69312-369 - BOA VISTA - RR





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 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 Impressão autorizada pelo SEFAZ 366/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0108915-3

Nº da Nota Fiscal: 4106131

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

DATA DO MÊS:

NOVEMBRO/2019

VENCIMENTO:

11/12/2019

CONSUMO (KWH):

199

TOTAL A PAGAR (R\$):

197,98

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 28461
Anterior: 28362
Dia de consumo: 21
Constante de Multiplicação: 1.200
Consumo medido: 199
Consumo faturado: 199

Atual: 25/11/2019
Anterior: 25/10/2019
Próxima leitura: 5/12/2019
Emissão: 23/11/2019
Apresentação: 25/11/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFASICO
Número Medidor: 2296909
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: N 1515448

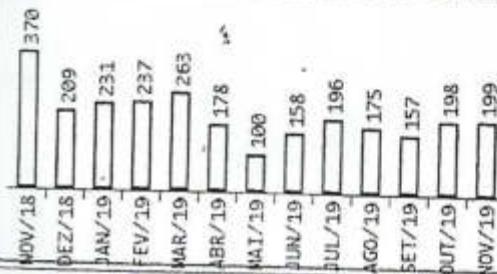
DESCRIPÇÃO DA CONTA

CONSUMO	199 A R\$ 0,768486 =	152,92
2A. VIA PEDIDO CONSUM 09/19-00		3,01
ILUMINACAO PUBLICA		42,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 199 - 0,621031

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



Média 12 meses: 210



Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 16/12/2019, ao final das contas reavvisadas. Neste faturamento, o não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SEDEN. Informamos ainda existir(em) contas vencidas(s) e já reavvisada(s) no valor de R\$ 909,67 (valor histórico). Caso renha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 199,53

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 F. NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. #72 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.
LIGUE 06007219120 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 16/11/16 21:26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FONTE DE ENERGIA - FEE

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
Distribuição: 62,78	Tributos: 4,68	152,92	ICMS:	
Transmissão: 34,22			PIS:	17,00%
			COFINS:	8,27%
- 0,69				2,76%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DÍC.	DI			DI			DI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	6,99
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto	FLORESTA			Período de abertura: 09/2019			EUSO: 51,51

ROT: 5.001.12.04.021718



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

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

197,98

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4106131

FCAM*

83690000001 6 97980075000 7 00000000108 1 91531119008 5



SEQ.: 0111 UC: 0108915-3 DT.LEIT.: 25/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 28461 NORMAL TOTAL: 197,98 CARGA: 009
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COI FTOP: 4021

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.511 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jexemias Nascimento Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.012 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Jexemias Nascimento Tavares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.012 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

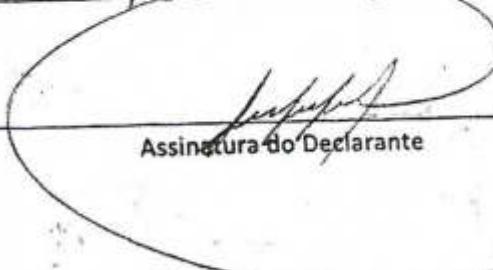
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Enderço:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>Iloirr@hotmail.com</u>		Tel.(DDD):	<u>(65) 99194-4222</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 02 de dezembro de 2019


Assinatura do Declarante

10 DEZ. 2019

10 DEZ. 2019

BLOCO D

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



1700851949	16/10/2017 14:42:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	27	
Paciente				Data Nascimento	Idade	CNS	
JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS	Documento	Órgão Emissor		10/02/1971	46 A 8 M 6 D	CPF	
IDENTIDAD 83775	SSP/RR			Data Emissão	Sexo	Estado Civil	
Mãe					Raça/Cor	Naturalidade	
ELIANE NASCIMENTO TORREIAS					M SOLTEIRO(A)	SEM	
Endereço				Pai	INFORMAÇÃO Contato		
RUA - SAO CAMILO - 908 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR				ALGOSTINHO JOAO TORREIAS	(95) 99136-8409		
Classe de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Ocupação		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					RADIALISTA		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			WESLEN.ROCHA			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	<i>Nys Alergias;</i>					GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Acidentado de moto com ferida em pulso (D.)</i>						
Exame Físico	<i>OBX Habitos fumaça</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura Tumor</i>						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
<i>Prescrição</i> <i>1) Drenar 1 j (Kw) 15/10 2) Tumor no pulso (D)</i>			APRAZAMENTO <i>Fonte de duração cumpriu C. 10/10/19</i>		OBSERVAÇÃO <i>Fonte de duração cumpriu C. 10/10/19</i>		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora Mínima Alta: <i>Dr. Jode Vitor Mendes</i>	
Óbito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Médico <i>CRM-Roraima Patológica</i>	
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Carimbo e Assinatura do Médico <i>10 DEZ. 2019</i>	
Assinatura do Paciente ou Responsável							





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

UCA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

UCA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jeanne Alencar Tavares

6 - N° DO PRONTUÁRIO

60876

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/02/2011

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Diane Norimete & outros

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 45 9113184109

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua São Luís 908, bairro Andorinhas

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonito

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

78300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito.
Folha do dente.

10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento

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

Anamnése feita físcoscopy

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura clavícula

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tutoria

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Conselho de Medicina

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Conselho de Medicina

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/10/19

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

Conselho de Medicina

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO</

most than many

Send to J. W. P.
L. L. C. in intro

time off

→ ~~most~~ 3rd month
days x

1000-1200 ft
✓ ~~1000-1200 ft~~

DADE: Jenim's m/ c mante faias
 ME: b b REGISTRO: 507
 DE: D ENFERMARIA: 2 LEITO: 2
 J: EMERGÊNCIA:
 E: Oftopedia PARA: Catolope
 ados Clínicos.

10 DEZ. 2019

Riso C. 2019

Just do it Cat 1703

10/10/19

Médico

10/10/2019

Catolope

Seu paciente cardiolope
 seu paciente de leito. Seu paciente
 fideliz RR: 115 + R 60 mm Hg
 A.R.: RR 60 mm Hg (m. Bullo) sono foetida
 Sua pressão arterial é de 160/90 mm Hg
 Sua pulso é de 60 bpm e regular.
 Estabilidade: seu edema - Bullo (palpável)
 Exclusas: ECG normal. Rx do paciente
 Risco: risco de embolização pulmonar
 caso classe I → ESCAPE de Lige

11
Data

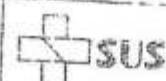
(CME)

Médico

10 DEZ, 2019

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

NOME DO PACIENTE:	Enzo		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
	(1) Drgm Cidre (2) Dr P (3) G. P. L. 1g em 6/6c (4) Gelatina 20 g em 12/12c (5) Dr. Primo' 1/2 g 6/6c. (6) Dr. + PR 6/6c	5 N.D. manter. 16-24-06-10 20-06-06-12 10-06-06-12 Rohn	19/05: Enurese suspenso retornando às 16:50 Buenaventura mutiu ventura. Francisco Domingos Enfermeira COREN/RR - 353.432
	Dr. Enzo, sup. P. R. Rho De caderas e lumbosacra e fundo em no horro e no	14:30 indicada, com ração admissível, por 700g de leite ou apropriada para dividir, no momento auxiliar	
	Dr. M. Montenegro Dra. Maria da Graça		
	18/04: 13/0/90 P. 71 + 364-2- P. 19		
	22/04 P. 13/0/90 P. 76 + 36,5	13/0/90: perverte now, enuresis na restante s2v. As linduras foram	



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jeronimo Nascimento Torres

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

060

11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de trauma contuso com fratura no joelho

10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente com dor intensa no joelho

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

Ex. físico + Rx.

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura clavicular

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERTIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortoorientex clavicular

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Alberto / Dr. Jonathas

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

25/10/17

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

TURMA

DATA

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125/10/17

DY08010150 → 5920

1/299

(até 25.10) DY08010150 → 5920
1/299

CRM-RR 1759/2017

Dr. Jonathas C. Lopes

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Joelho



Jenílio Nascimento Tavares

Data: 25/10/17

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura clavícula (D)		
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:	Osteomíctese Clavícula (D)		
TIPO DE INTERVENÇÃO:	N.D.N.		
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:	N.D.N.		
DIA ÓSTICO OPERATÓRIO:	o mesmo		
CIRURGÃO:	Dr. Alberto M. Jonathan	1º auxiliar:	Dr. Kedison
2º auxiliar:	Dr. Pablo	INSTRUMENTADORA:	
3º auxiliar:		ANESTESIA:	
ANESTESISTAS:		ANESTÉSICO:	
Nº 01	FIM:	DURAÇÃO:	

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Jonathas G. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 / EOT 14272

- 1 - Anestesia com ODA sob bloqueio da pleura.
- 2 - Metacarquiocriptose clavicular à 21 + Anestesia et PVPi + Álcool à 70%.
- 3 - Coloscópio corpor cirúrgico.
- 4 - Incisão obliquitudinal sob clavícula direita.
- 5 - Identificação fôco patológico.
- 6 - Redução Aberta + fixação interna com 1 FK 25 (numeral).
- 7 - Limpeza e SFO, g1.
- 8 - Sutura pele
- 9 - Curativo
- 10 - A SRPA.

10 DEZ. 2017

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1617
Título Especialista EOT - 12603



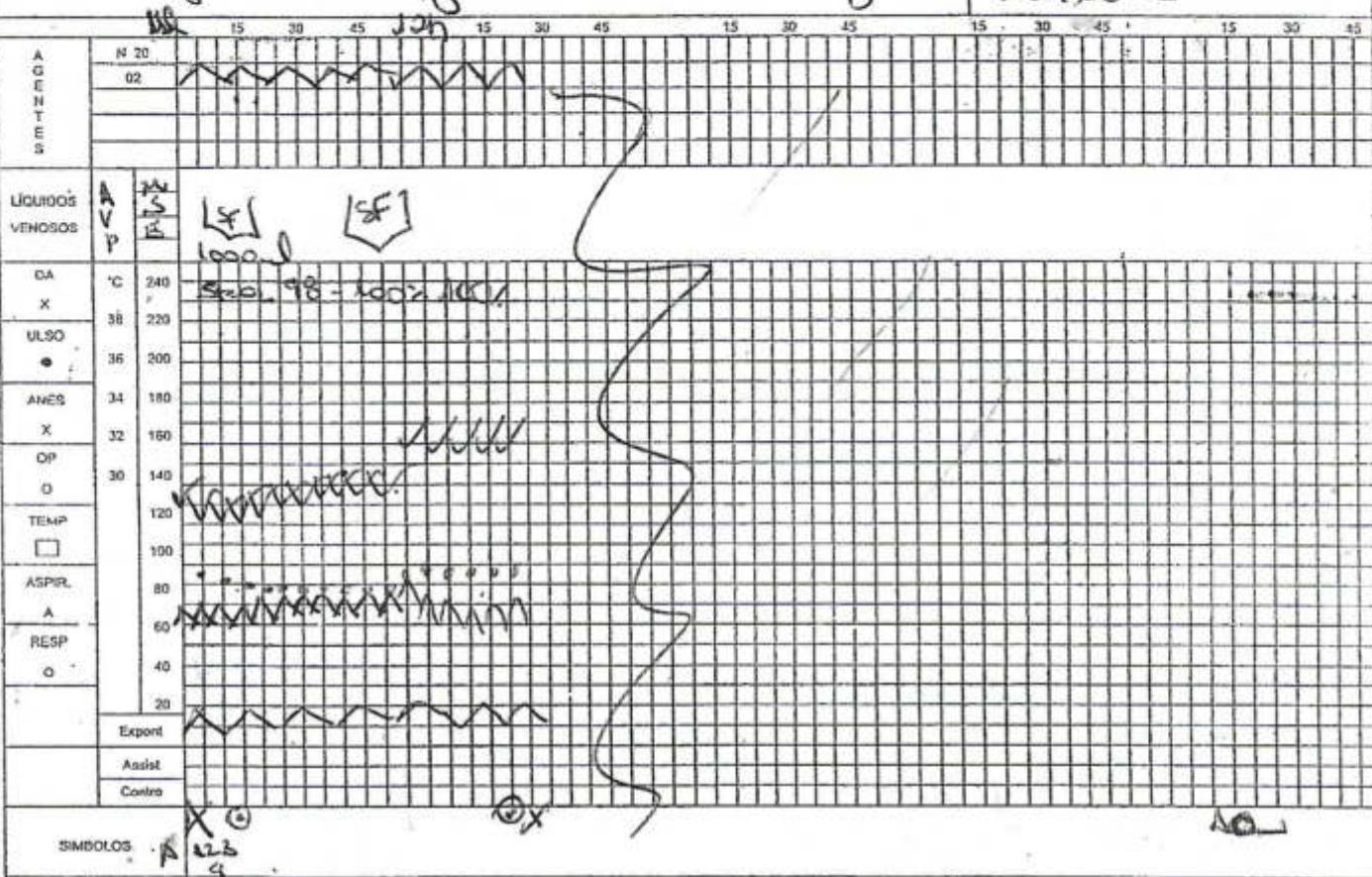
Sirumicá Marunuru Tereiros 46 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Umidogelum 5mg + Fentanil 0,005mg

Nº

251.10124



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A Isoflurano 0,6% 100ml		Bloqueio de plato	X venoclisis
B Ketamina 2g 100ml		bronquiol intubado.	monitorgel
C		cricot	checcar 2 galletto
D Catamino 30mg		+ ventilação espontânea	- intubação de difícil
E		com rotina nasal 2mlm	@ com sed 8%
F			- sedoventilação de rotina
G			com USG VTE intubada
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Câmbia - Naso / Oro Faringea	- intubação de rotina
HCO3	Morfina 6mg	Naso / Orotáqueal - Cega	@ com sed 8%
BANQUE		lal - Tamp - Calibre do Tubo	- sedoventilação de rotina
	50% 1000ml	Sob Máscara	- intubação de rotina
		- Dificuldade Técnica Nas	0,5% 100mg + lidocaina 2% 2ml
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	① cefotino 2g

OPERAÇÃO:

Tratamento de fraturas 2 fendas de clavícula

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
- Bucking - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradí Turgido - Choque

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIA	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Ana Paula, Fabiana		Dr. Albert / Dr. Lourival	1000ml

Dr. Ana Paula Thomé
Anestesiologista
CRM-RR 1008

- ② Ipratropia 2g
- ③ ondansetron 8mg
- ④ Tofotil 40mg
- ⑤ Jato 100ml

10 DEZ. 2019

APÉ ANESTÉSICO

Tempo _____
 Alcool _____ Fumo _____
 DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcótico, hipotico,
 digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato,
 casopressor, IMAO, outros)
 Estado Mental _____ Boca _____
 Pecoco _____ Veias _____
 RX _____
 Fezes _____
 Hepatograma _____
 Outros _____
 Parceria Clínica _____
 PA _____ Pulso _____ Temperatura _____

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Hc: _____ Ho: _____
 Hm: _____ to: _____ ls: _____ p. Lato: _____
 e. Coag: _____ Pg: _____ Ureia: _____
 creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/l
 Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/l pH: _____ pO2: _____
 pCO2: _____ BA: _____ BS: _____ BE: _____
 URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____
 Sedim: _____
 Ap. gen. Uri: _____
 AP. Resp: _____
 AP. Circ: _____
 AP. Digit: _____
 S. Ostéo - Art: _____
 S. Nerv: _____
 S. Endoc: _____

Ent. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____
 NB: _____

Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data 25/10/14 H: 14:00
 Hora 13:30
 de 2014 ao 2014, informe
 paciente (29) paciente


 Dr. Fabiano
 22/10/2014

NA ENFERMARIA

Data / / _____ Hora _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— “Amazônia Patrimônio dos Brasileiros” —

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº			
AGENTES	LÍQUIDOS VENOSOS	15' 30' 45'			15' 30' 45'			15' 30' 45'			15' 30' 45'		
		15'	30'	45'	15'	30'	45'	15'	30'	45'	15'	30'	45'
A													
B													
C													
D													
E													
F													
G													
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cárrula - Naso / Om Faringea Naso / Orotresquel - Cega											
NDCO		Bal - Temp - Calibro do Tubo											
SANGUE		Sob Máscara → Dificuldade Técnica											
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA											
OPERAÇÃO	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito										Hemorragia - Arteria Bradí Taquicardia - Choque		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA										



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	46a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jurimia Nascimento Tonias		407-2	Nº	25 / 10 / 17

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteosíntese Fratura Clavícula "D"	11:40	12:45	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Alberto	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Dr. Fabiana (Re)

2º AUXILIAR	CIRCULANTE	Bania + Kelly
-------------	------------	---------------

TIPO DE ANESTESIA: BPB	TEMPO DE DURAÇÃO:	
------------------------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT	MATERIAL	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 1000 ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº 1	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEOFoam - <i>Esponja plástica</i>	
1	SERINGA20ML			Fifa Cardiaca <i>Equipo macio</i>	
1	Óltroides	10		OUTROS: <i>Povidone Tópico</i>	

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

10 DEZ. 2019



)) SAI - SIS "MATIZAÇÃO DA
NOME: Jerônimo Vencimento Tonial

CIÉNCIA DE ENFERMAGEM

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO							TRANSOPERATÓRIO			SRPA					
Entrada na Sala		Início da Cirurgia		Término Cirurgia		Salida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia		Sinais Vitais					
Horário Entrada:	Mesa	Cirurgia	Anestesia	Cirurgia				P	PA	SpO2					
05.15.17	Mesa	10:50	11:40	11:50	12:45		BPC	Ressecção de clavícula D		14h	77				
Cirurgia Realizada								Localização		15'	59				
SOP		30g		Fouleur						30'					
Hidratação		Antibiotico		Terapia						45'					
Infundida										2h					
SF a 0,9%:		SG a 10%:		Nome:						30'					
Outros:		Dose:								1h					
Nº de comprimidos oferecidos:		15								1h					
Sinal Vital:		P 59 bpm		Plaquetas:						1h30					
T 37°C		R 140 bpm		Antitrombo Ptt:						2h					
SAT 100%		FC 60 bpm		Nº peças:						3h					
() Regular		() Irregular		() Cultura						4h					
() Outros:		() Outros:		() Outros:						5h					
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Ralo X							1. Sonda			8h					
() Outros:							2. Curativo			1h					
Outros:							3. Dreno			2h					
Sintomas:							4. Acesso Venoso			3h					
Chorosa () Sonolento Agitado										4h					
Outros:										5h					
Legenda															
1. Sintomas															
2. Drenos															
3. Curativos															
4. Acesso Venoso															
5. Outros															
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Ralo X							Balanço Hídrico								
() Outros:							Entradas								
Outros:							EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	Sádus	SNG	Outros
Sintomas da Pele:															
1. Eritema															
2. Quemadado															
3. Hematoma															
4. Fissura															
5. Cratera															
6. Cicatriz															
7. Deformidade															
8. Amputação															
9. Unhas															
10. Pênis															
11. Outros:															
Entrada: José Luciano dos Santos										Saída:					



10 DEZ. 2019

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Lemire no momento fórmula, 46 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 16/10/14 COI
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Clavícula

NO DIA 25/10/14 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese de Clavícula SEND
OPERADO PELO DR. J. Pinto F DR. J. L. L. L. L. L. L.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/10/14, AS 11:00, EN
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITA-

CORONEL MOTÁ NO DIA 21/11/14, AS 14:00 COM
DR. J. Pinto

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

10 DEZ. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. J. Pinto

BOA VISTA, 26/10/14

Dr. Pablo C. Echevarrieta Jr.
Médico
CRM-RR 1908
MÉDICO



JEREMIAS NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/10/2017 16:22:22

62,1 %

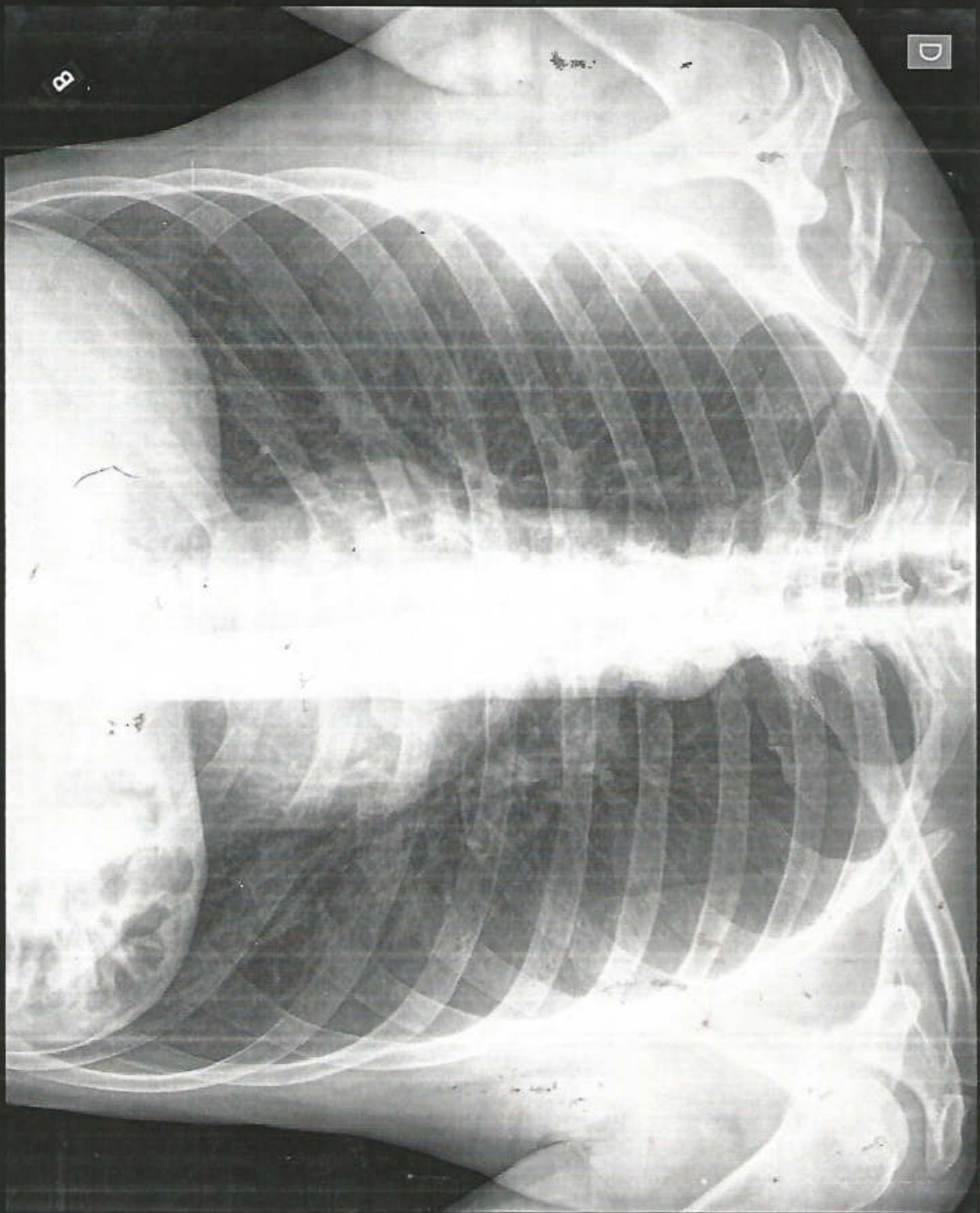
JEREMIAS NASCIMENTO

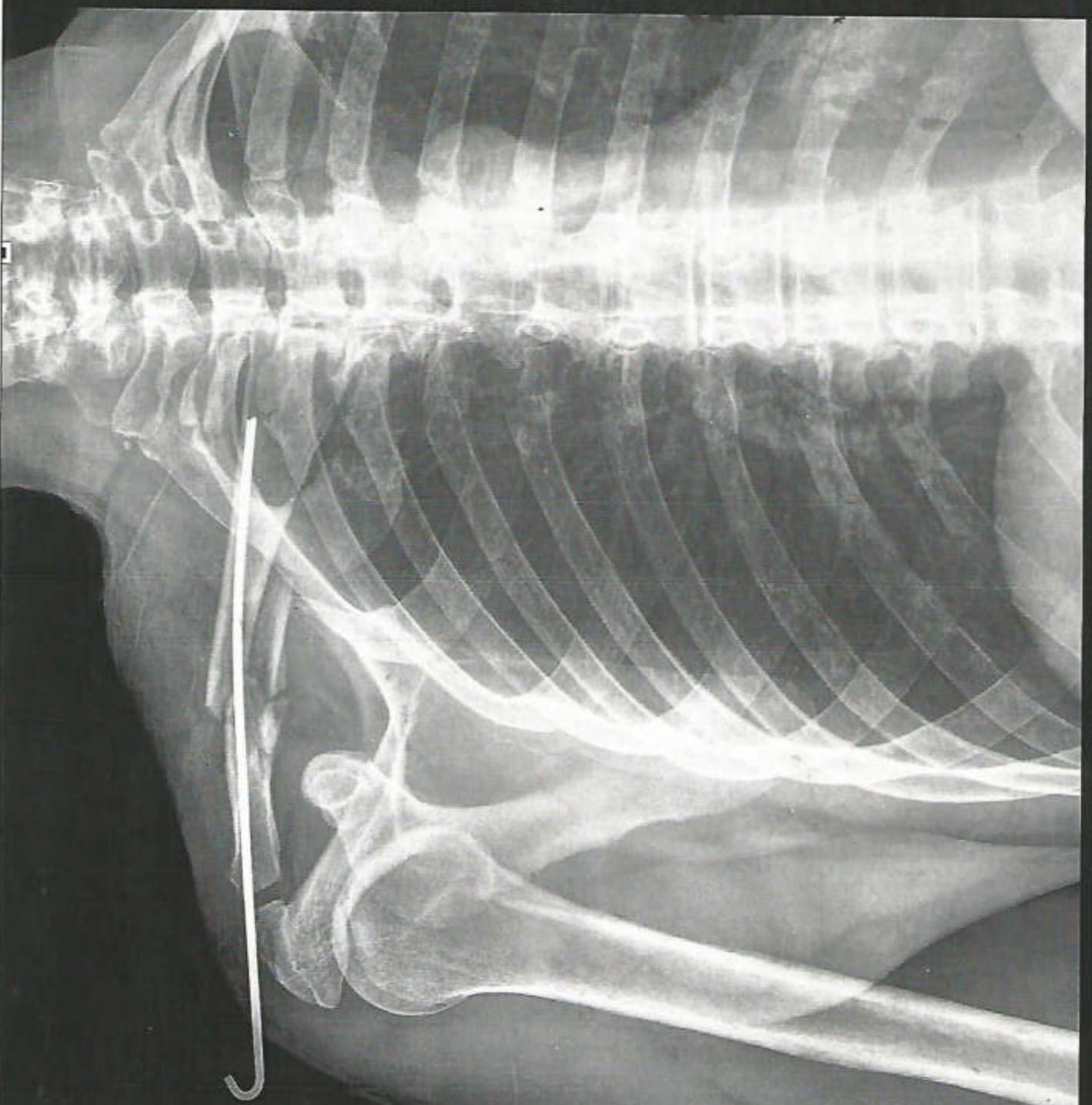
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR:

17/10/2017 08:26:34

65.1 %





26/10/2017 09:56:35

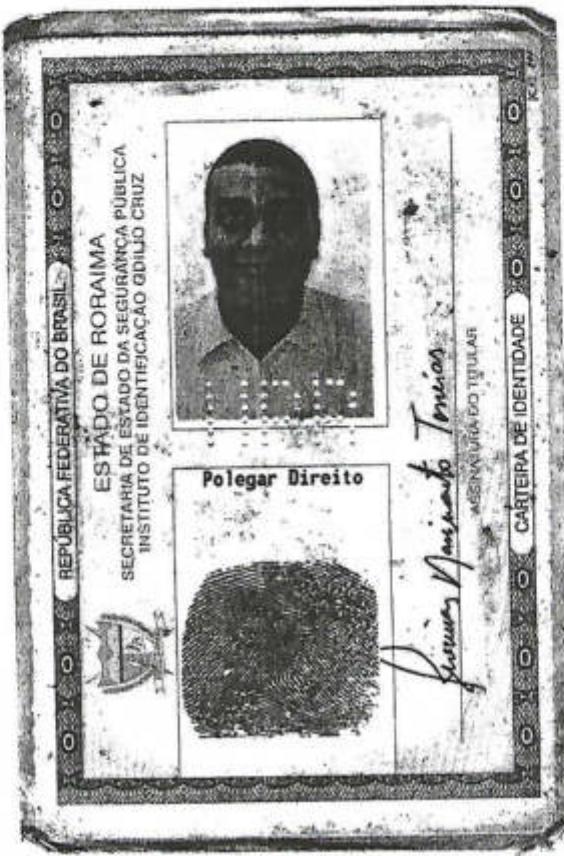
BLOCO-407-02

TR. ADRIANO

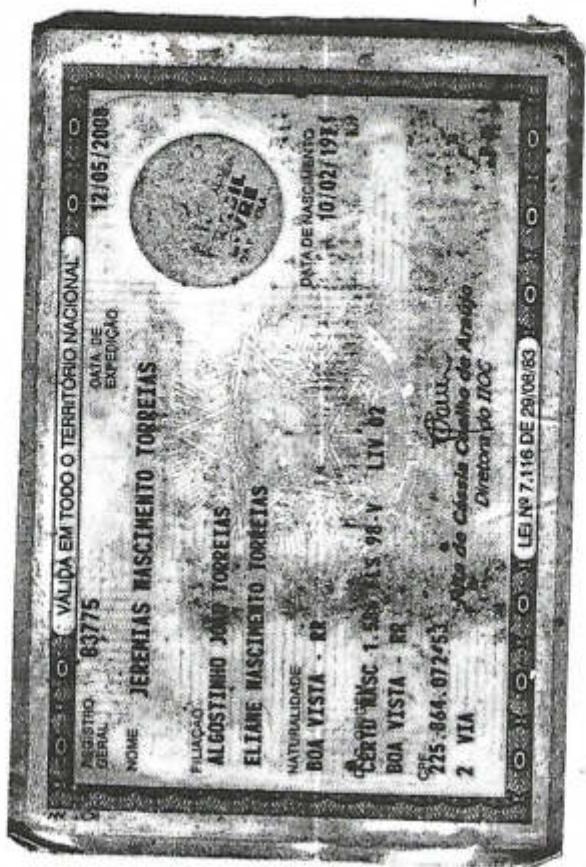
JEREMIAS, NASCIMENTO

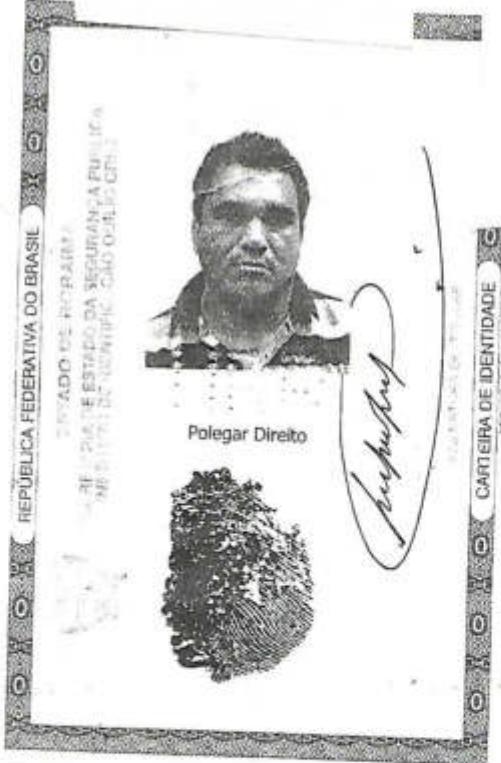
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



10 DEZ 2019





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

28/08/2017

114807

NOIR INACIO DE SOUZA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA.

CATANDUVAS - PR

07/04/1978

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV B-02
SÃO LUIZ - RR

383.051.512-04

AMADEU ROCHA TRIANI

Poder Judicante da Procuradoria Geral do Estado

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

P1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013975681666

VIA 01 COD. RENAVAM 01015264311 P.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JEREMIAS MASCIMENTO TORRETTAS



RR

CPF/CNPJ 225.864.072-33 PLACA NHY2388

PLACA ANT. LF CHASSI FELE062710F01A17403

ESPECIE PAS/MOTOCICLETA NAO AUTOM.

CLASSE/USO ALCO/GRASUL

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/014900 CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE LARANJA

I	COTA UNICA *PAGO*	VENC. COTA UNICA *	VENC. / COTAS
P			1* *****
V	FAIXA IPVA ** PAGO COTA UNICA **	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
A			3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 105,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 105,00 DATA DE PAGAMENTO 03/04/2019

SEGURADO OBRIGATÓRIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR AMAZONAS
OCIDENTALMENTE DE PONTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA PARCERIA

BOA VISTA-RR 10/12/2018
Governo do Estado de Roraima
Governo do Estado de Roraima
DENATRAN-RR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975681666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 12/07/2018

PLACA

VIA 01 225.864.072-33 PLACA NHY2388

RELAÇÃO MARCA / MODELO 01015264311 YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

ANO FAB 2014 CAT. TIRE 3C6DG2310F0012403 CHASSI

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 105,00 DENATRAN (R\$) 105,00 DUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

R\$ 4,15 BILHETE (R\$) 105,00 PAGAMENTO R\$ 105,00 DUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

X COTA UNICA PARCELADO 30/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

10 DEZ. 2019