



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

C265

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE BRAVO III

EQUIPE: Daiane / Vardson

Paciente:

Nacionalidade:

Endereço:

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Ethia

Idade:

Sexo:

Nº 2565

DATA:

01/02/19

HORA J/B:

21:43

BASE [] VIA []

[] RÁDIO

HORA J/10:

21:50

[] CELULAR

MOTIVO

Queda de moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora []

1 a 3 horas []

4 a 24 horas []

Mais de 24 horas []

Não sabe []

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

ITEM DE SEGURANÇA

- ☐ Pedestre
☒ Condutor
☐ Passageiro
☐ Ignorado

- ☐ A pé
☐ Automóvel
☒ Motocicleta
☐ Bicicleta

- ☐ Ônibus
☐ Micro-ônibus
☐ Outro

- ☐ Automóvel
☐ Motocicleta
☐ Ônibus
☐ Micro-ônibus

- ☐ Bicicleta
☐ Animal
☐ Outro

- ☐ Capacete
☐ Cinto de segurança
☐ Airbag
☐ Assento para criança

VIAS AERÉAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL NEUROLÓGICA

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Outro:

- ☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ Bradipnéia
☐ Taquipnéia

- ☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Ejchimento capilar > 2"
☐ Pulso radial ausente
☐ Pulso central ausente
☐ Cianose central
☐ Extremidade

- ☐ Mioso
☐ Midríase
☒ Anisocoria
☐ D
☐ E
☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Agitação psicomotora

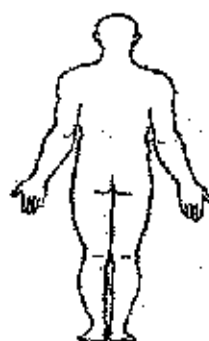
SINAIS VITAIS E FÍSICOS

Hora	P.A. mmHg	F.C.Bpm	F.R.Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 11:55	101/60	85	19	97				
Fim								

EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO

LESÃO IDENTIFICADA

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



ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CUTÂNEA

DOENÇA PREEXISTENTE

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia Sinusal
☐ Flutter Atrial
☐ Fibrilação atrial

- ☐ FV
☐ TV
☐ AESP
☐ Asistolia

- ☐ Neurológica
☐ Respiratória
☐ Cardiovascular
☐ Digestiva

- ☐ Metabólica
☐ Infecçosa

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS

- ☐ Alergias
☐ Outras

- ☐ Medicação de uso

GRAU DA LESÃO

[] Leve

[] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Óbito

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 22/11/19

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

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

Assinatura do Médico



FIGHA DE ATENDIMENTO

Nº

0160



192

UNIDADE:

SAMU BV
SAV

EQUIPE:

Gerliane / Rocha / Marcelle

Paciente:

Francisco Adelfino do Carmo

Idade: ± 40

Sexo: M

Nacionalidade:

Brasileira

Endereço:

Interceptação de Bravo II

Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia []

Bairro:

Nº 2565

DATA 10/02/19

Médico (a) Regulador (a):

Luis

HORA J/S:

BASE () VIA ()

() RÁDIO

HORA J/10:

(X) CELULAR

MOBILIZADO

Acidente de moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA

[X] Acidente de trânsito

[] Agressão física / espancamento

[] Agressão física - FAF

[] Agressão física - FAS

[] Urgência psiquiátrica

[] Tentativa de suicídio

[] Envenenamento

[] Afogamento

[] Queimadura

[] Choque elétrico

[] Queda

[] Urgência clínica

[] Urgência obstétrica

[] Transferência

[] Exame complementar

[] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VIÁTICA

[] Pedestre

[X] Condutor

[] Passageiro

[] Ignorado

MODO DE OCORRÊNCIA

[] A pé

[] Automóvel

[X] Motocicleta

[] Bicicleta

[] Ônibus

[] Micro-ônibus

[] Outro

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

[] Automóvel

[] Motocicleta

[] Ônibus

[] Micro-ônibus

[] Bicicleta

[] Animal

[X] Outro

Moto

ITEMS DE SEGURANÇA

[X] Capacete

[] Cinto de segurança

[] Airbag

[] Assento para criança

AValiação Primária

VIAS AERIAS

[X] Livre

[] Obstrução Parcial

[] Obstrução Total

[] Corpo estranho

[] Outros:

VENTILAÇÃO

[] Apnéia

[] Dispnéia

[] Bradipnéia

[] Taquipnéia

Expirado

CIRCULAÇÃO

[] Bradicárdico

[X] Taquicárdico

[] Enchimento capilar acima de 2"

[] Pulso radial ausente

[] Pulso central ausente

[] Cianose central [] Extremidade

AVAl. NEUROLÓGICA

[] Miose

[] Midriase

[] Anisocoria [] D [] E

[X] Apetimento Alcoolizado

[] Agitação psicomotora

Quem os médicos

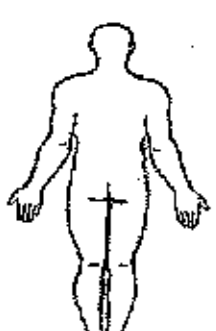
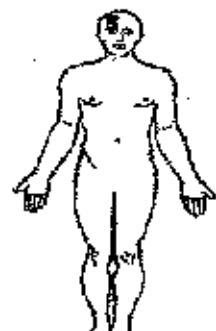
ANÁLISE DE DADOS E ESCORVA

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	110x70	108	16	97%	—	—	—	9
Fim								

ANALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

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



ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Ao comando

[X] 2 - À dor

1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confuso

3 - Palavras inapropriadas

[X] 2 - Palavras incompreensíveis

1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

5 - Obedece a comandos

[X] 4 - Localiza a dor

3 - Movimento de retirada

2 - Flexão anormal

1 - Sem resposta

AVAliação CARDÍACA

- [X] Ritmo Sinusal [] FV
- [] Taquicardia Sinusal [] TV
- [] Flutter Atrial [] AESP
- [] Fibrilação atrial [] Assístolia

ABERTURA ELÉTRICA

- [] Neurológica [] Metabólica
- [] Respiratória [] Infecçosa
- [] Cardiovascular [] Digestiva

DIABETES E ALERGIAS

- [] Diabetes [] Alergias
- [] Cardiopatia [] Outros
- [] HAS
- [] Medicação de uso

GRAVIDADE

[] Ileso

[] Pequena

[] Média

[X] Severa

[] Óbito

Tales Saade

Médico

Assinatura do Médico (Unidade de Destino)

- [] Cancelamento
- [] Recusa de Atendimento [] Hospitalização
- [] Não se encontrava no local
- [] Troto

- [] Polícia Militar
- [] Guarda Municipal
- [] SMTRAN

SAMU 192-EV

CONFERE COPIA

ORIGINAL

111 / 119

Stebano

PERÍCIAS DO PACIENTE	Descrição:	SAMU 192-07 CONFIESE COM ORIGINAL		DATA: 11/11/19
	Nome do Receptor:	111/11		VAB
	Função do Receptor:	Sephame		
	Assinatura do Receptor:			
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:			
	Assinatura do Paciente:	RG:		
	TESTEMUNHA 01:	RG:		
	TESTEMUNHA 02:	RG:		

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com parto da gestante	
RCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem parto da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input checked="" type="checkbox"/> Sonda de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal: 4 L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: 4 L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Búscia-valva-máscara: 4 L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n°	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FARMACO	DOSE	VIA	HORA
o1 cateter de O2 adulto			

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Interceptação de Braco 3, paciente vítima de acidente de trânsito com subarromento do nível de consciência

Aguardamos VTR na Av. Staída Teve após o Estádio Ribeirão. A vítima estava em posição supina com imobilização cervical, ECG sem sangramento ativo, com laito em superfície D. Sinais vitais estáveis. Encaminhado ao trauma/HGR, com de SCL, monitorização e reposição volêmica. TLE moderada.

Emmanuel Marques
CRM 11010

JAT

Realizado interceptação da Braco 3, repassado vítima com mancha, colar cervical, ACP em uso e aflição dentária, sinais vitais estáveis, encaminhado ao HGR/ET com O2 em cateter tipo orado, sem intercorrências.

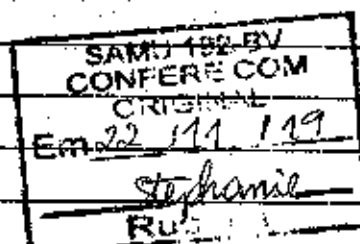
Emmanuel Marques
CRM 11010

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

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input checked="" type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-6 min.	<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF: _____	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input checked="" type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireotomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: _____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FARMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de queda de moto, desacordada, aparentemente alcoolizada, apresentando TCE, com pupilas anisocoria, vômito de sangue e saturação baixa, pedimos a poia da SAMU, ao PR,





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1901073672

18/02/2019 22:20:22

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

21

Paciente

FRANCISCO ADELMO DO CARMO ~~RECEBIDA~~

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

Mãe

NAO INFORMADO

Endereço

RUA - NAO INFORMADO - SN - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR

M

01.10.1976

PARDA

Pai

BRASILEIRA

Contrato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático-Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Queixa de trauma

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 22:20 h)

Paciente trazido pelo SAMU, após queda de moto, com história de trauma e RVC. Não urina, dor abdominal na região da cicatriz S/G.

Exame Físico:

256, com hematomas e ferida. Paciente com dor abdominal na região da cicatriz S/G. PA: 130x80 mmHg AC: 85bpm / 120x60mmHg

Hipótese Diagnóstica

TCB Moderado / Grave

SADT - Exames Complementares

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

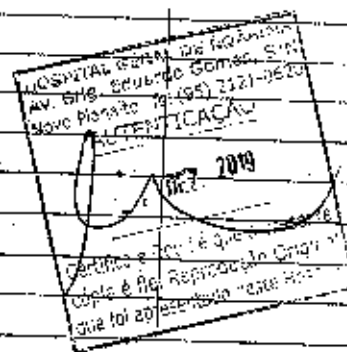
PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Manter paciente confortável
2. AUV - 2
3. S/S 0,9% S/S 0,9% (50) - 1 litro
4. Gasear a Arterial.

Tales Saade
Médico
CRM-RR 2060



Condição

☐ 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☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira

Data Hora: 18/02/2019 22:23:28

SEI
Sistema de Informação
Sistema de Informação
Sistema de Informação



1001073672



Nome: Francisco Adelmo do Carmo Pereira

Idade: 44 anos

Data de internação no HGR: 16/02/19

Diagnóstico: TCE GRAVE + HSA Traumática

Resumo da História Clínica: Paciente admitido em UTI II-HGR em 16/02/19, procedente do Grande Trauma após entrada em emergência vítima de acidente de trânsito - TCE Grave + HSA Traumática com necessidade de IOT. Sem conduta neurocirúrgica. Foi admitido na UTI em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, compensado com DVA em dose moderada, respirando com ajuda de aparelhos, sob sedoanalgesia em neuroproteção. Durante a internação, evoluiu com PNM associada à ventilação mecânica e IRA sem necessidade de TRS. Foi transferido ao Bloco E (08/03/19) aos cuidados da Clínica Médica e admitido estável hemodinamicamente, acianótico, anictérico, corado, hidratado, afebril, sem foco infeccioso ativo com boa diurese, ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mantendo melhora clínica e neurológica pregressa. Apresentou escara em região sacral grau II. Durante internação em Bloco E, apresentou-se ativo no leito, comunicativo, colaborativo; discreto edema em MMII sem caxifo. Referindo funções fisiológicas preservadas. Sem sonda vesical. Nega vômitos, febre, diarreia, cefaleia e tontura. Refere melhora de fraqueza e do quadro de tontura, conseguindo deambular sem apoio. Apresenta melhora da força ao exame físico. Segundo parecer de neurocirurgia, paciente evolui neurologicamente estável, com TC de crânio sem alterações e estado satisfatório em relação à TC de crânio de entrada (admissão). Hoje, paciente ainda apresenta melhora da força muscular, úlcera por pressão em região sacral grau II.

Obs.: solicito acompanhamento para tratamento de úlcera por pressão junto à UBS.

EXAME FÍSICO

Bom estado geral, vígil, lúcido e orientado, fâcies atípicas, biotipo brevelíneo, anictérico, acianótico, afebril ao toque, hidratado, corado e eufônico em ar ambiente.

Aparelho Cardíaco: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular Universalmente Audível em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, RHA presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal.

Extremidades: Panturrilhas livres, pulsos simétricos, perfusão periférica < 3 segundos.

Seguimento: encaminhado ao Ambulatório da Neurocirurgia e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde.

Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Pronto Socorro.

Médico Residente, Dr. Alex Matos
Sob Orientação, Dra. Jérua Lima

Boa Vista-RR, 15 de março de 2019



Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-RR 2054



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR**

PACIENTE:	<u>Francisco Adilmo do Carmo Sousa</u>	SUS	[]
ENDEREÇO:	[]	BAIRRO:	<u>Rua do Sol</u>
NOME DA MÃE:	<u>Maria M. do Carmo Sousa</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	<u>10 / 01 / 76</u>	IDADE:	<u>44a</u>
CPF:	-	FONE:	<u>9918-8720</u>
SEXO: MASC	<input checked="" type="checkbox"/>	FEM	<input type="checkbox"/>

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: Neurocirurgia

☐ Paciente vítima de acidente automobilístico (queda de moto).

☐ apresentando HSA traumática em conduta cirúrgica.

☐ TC crânio com necessidade de IOT (23 dias na UTI).



☐ Exame clínico neurologicamente estável, sem alterações em TC.

RESULTADOS DOS EXAMES de crânio de controle da Alta (avaliado pelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA neurocirurgia CID.:

Neurocirurgia indica encaminhamento ambulatorial

DATA: 15/03/18

  Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
GRM-RR-2864

MÉDICO

(ASSINATURA E CARIMBO)


AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE: Neurocirurgia
DATA: / / HORA: HS
MÉDICO:



FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR

PACIENTE:	Francisco Adalmo do Carmo Sousa	SUS	707808245973676
ENDEREÇO		BAIRRO:	Rua do Sol
NOME DA MÃE:	Maria M. do Carmo Sousa		
DATA DE NASCIMENTO:	10/01/76	IDADE:	44a
CPF:		FONE:	99118-8720
SEXO: MASC	<input checked="" type="checkbox"/>	FEM	<input type="checkbox"/>

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:	Neurocirurgia
Paciente vítima de acidente automobilístico (queda do motorista) apresentando HSA traumática sem fratura (cirurgia).	
TCE grave com necessidade de IOT (23 dias na UTI).	
Boa evolução clínica, neurologicamente estável, sem alterações em TC.	
RESULTADOS DOS EXAMES:	de caráter de controle da Alta (análise pela
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	neurocirurgia) CID: []
Neurocirurgia indica acompanhamento ambulatorial	
DATA:	15/03/19
 MÉDICO (ASSINATURA E CARIMBO)	
Alex Matos Médico Residente Clínica Médica CRM-RR 2054	

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE:	Neurocirurgia		
DATA:	15/04/2019	HORA:	07:30 HS
MÉDICO:	FABRÍCIO FREITAS		

cont. 20/03

Hospital Geral de Roraima - HGR
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR
CLÍNICA MÉDICA
IDENTIFICAÇÃO



Nome: Francisco Adelmo do Carmo Pereira

Idade: 44 anos

Data de internação no HGR: 16/02/19

Diagnóstico: TCE GRAVE + HSA Traumática

Resumo da História Clínica: Paciente admitido em UTI II-HGR em 16/02/19, procedente do Grande Trauma após entrada em emergência vítima de acidente de trânsito + TCE Grave + HSA Traumática com necessidade de JOT. Sem conduta neurocirúrgica. Foi admitido na UTI em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, compensado com DVA em dose moderada, respirando com ajuda de aparelhos, sob sedoanalgesia em neuroproteção. Durante a internação, evoluiu com PNM associada à ventilação mecânica e IRA sem necessidade de TRS. Foi transferido ao Bloco E (08/03/19) aos cuidados da Clínica Médica e admitido estável hemodinamicamente, acianótico, anictérico, corado, hidratado, afebril, sem foco infeccioso ativo com boa diurese, ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, mantendo melhora clínica e neurológica progressa. Apresentou escara em região sacral grau II. Durante internação em Bloco E, apresentou-se ativo no leito, comunicativo, colaborativo, discreto edema em MMII sem caxifo. Referindo funções fisiológicas preservadas. Sem sonda vesical. Nega vômitos, febre, diarreia, cefaleia e tontura. Refere melhora de fraqueza e do quadro de tontura, conseguindo deambular sem apoio. Apresenta melhora da força ao exame físico. Segundo parecer de neurocirurgia, paciente evolui neurologicamente estável, com TC de crânio sem alterações e estado satisfatório em relação à TC de crânio de entrada (admissão). Hoje, paciente ainda apresenta melhora da força muscular, úlcera por pressão em região sacral grau II.

Obs.: solicito acompanhamento para tratamento de úlcera por pressão junto à UBS.

EXAME FÍSICO

Bom estado geral, vígil, lúcido e orientado, fácies atípicas, biotipo brevelíneo, anictérico, acianótico, afebril ao toque, hidratado, corado e eupneico em ar ambiente.

Aparelho Cardíaco: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular Universalmente Audível em ambos hemitóraxes, sem ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, RHA presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal.

Extremidades: Panturrilhas livres, pulsos simétricos, perfusão periférica < 3 segundos.

Seguimento: encaminhado ao Ambulatório da Neurocirurgia e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde.

Em caso de piora, oriento paciente a retornar a este Hospital para atendimento médico no Pronto Socorro.

Médico Residente, Dr. Alex Matos
Sob Orientação, Dra. Jénia Lima

Boa Vista-RR, 15 de março de 2019



Alex Matos
Médico Residente
Clínica Médica
CRM-RR 2054

REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADAR
FRANCISCO ADELMO DO CARMO JÚNIOR

DOSSIER Nº 100.000.000.000
TITULO Nº 100.000.000.000
SEXO M
NOME DE SOLTEIRO FRANCISCO ADELMO DO CARMO JÚNIOR
NOME DE CASADO
NOME DE NASCIMENTO
NOME DE BAPTISMO
NOME DE BATISMO
NOME DE CRISTÃO
NOME DE OUTRO
NOME DE OUTRO
NOME DE OUTRO

ARREGIADO
VIAJANTE
VIAJANTE

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR
ASSINATURA DO DETENTOR

RODADA

VÁLIDA EM TOZO
DO TERRITÓRIO NACIONAL
1833564361

PROIBIDO PLASTIFICAR
1833564361

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
DENILSE CORREA SANTAS



DOC. IDENTIDADE FORA EM REGISTRO
3142655 SSP-RR

CPF
752.657.352-90 DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOPATO DA
SILVA

PERMISSÃO
ADZ CAT. HABIL
D

Nº REGISTRO
04853-1231 VALOR DE
R\$ 100,00/2024 VIGÊNCIA
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilse Correa Santos
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

100 GOMES BRAGA
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
ASSINATURA DO DIRETOR

03912250616
RR210269685

RORAIMA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155



PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155

MONTANA

MONTANA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIENTIAS



MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

MINISTERIO DAS CIENTIAS

SEMPRE CUIDANDO DO BEM DA PESSOA CAPACITADA POR TODOS
OS MEIOS DE QUE DISPONHA, EM FAVOR DA VIDA E DA PAZ
TRABALHANDO PARA O BEM DA SEGURANÇA

SEMPRE CUIDANDO DO BEM DA PESSOA CAPACITADA POR TODOS
OS MEIOS DE QUE DISPONHA, EM FAVOR DA VIDA E DA PAZ
TRABALHANDO PARA O BEM DA SEGURANÇA

SEMPRE CUIDANDO DO BEM DA PESSOA CAPACITADA POR TODOS
OS MEIOS DE QUE DISPONHA, EM FAVOR DA VIDA E DA PAZ
TRABALHANDO PARA O BEM DA SEGURANÇA

SEMPRE CUIDANDO DO BEM DA PESSOA CAPACITADA POR TODOS
OS MEIOS DE QUE DISPONHA, EM FAVOR DA VIDA E DA PAZ
TRABALHANDO PARA O BEM DA SEGURANÇA

SEMPRE CUIDANDO DO BEM DA PESSOA CAPACITADA POR TODOS
OS MEIOS DE QUE DISPONHA, EM FAVOR DA VIDA E DA PAZ
TRABALHANDO PARA O BEM DA SEGURANÇA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3200040002
Nome do(a) Examinado(a):	FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA SATURNO 539 CASA CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	689.985.893-20
Data e local do acidente:	16/02/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM CONSEQUENTE TCE GRAVE: HEMATOMA SUBDURAL

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FICOU EM UTI EM COMA + TRATAMENTO CONSERVADOR PARA HEMATOMA SUBDURAL, NEGA CIRURGIAS, FEZ FISIOTERAPIA ;
ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SNC: DURANTE A AVALIAÇÃO ESTAVA AGITADO, E DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO; NEGA USO DE MEDICAÇÃO

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

SNC: COMPROMETIMENTO EM GRAU LEVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): SISTEMA NERVOSO CENTRAL

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040002 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame físico: APRESENTA AGITAÇÃO E DÉFICIT DE ATENÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, FOI SUBMETIDA A INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM GRAU LEVE.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040002 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame físico: APRESENTA AGITAÇÃO E DÉFICIT DE ATENÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, FOI SUBMETIDA A INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM GRAU LEVE.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040002 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOIDE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040002 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOIDE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Adelman do Carmo Sousa
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: motorista RG: 206398 CPF: 689.985.893-20
ENDEREÇO: Rua Getúlio 539 Bairro do Sol

VÍTIMA: Francisco Adefonso do Carmo Sousa
CPF: 689.985.892-20 DATA DO ACIDENTE: 16.10.2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

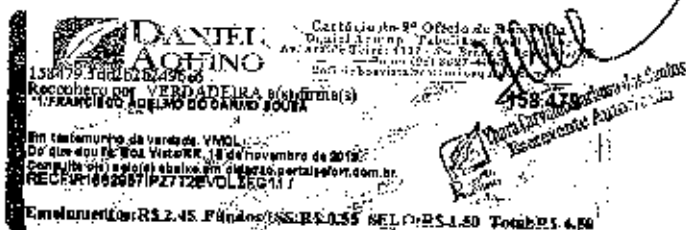
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Indenizável, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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 órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Para Vista. ce 18 de 11 de 20

x Francisco Adalmo de C. Sousa
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033735/20

Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

CPF: 689.985.893-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA : 689.985.893-20

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: 23/01/2020
Nome: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA
CPF: 689.985.893-20

FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040002

Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040002

Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040002

Vítima: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000137730-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - R^o do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 689.985.893-20

4 - Nome completo da vítima

Francisco Adelfino do Carmo Sousa

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

5 - Nome completo:

Francisco Adelfino do Carmo Sousa

6 - CPF: 689.985.893-20

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Saturno

9 - Número:

539

10 - Complemento:

Luar

11 - Bairro:

Harar do Sol

12 - Cidade:

Belém

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.316-028

15 - E-mail:

marloarista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel (DDD): (95) 91117.5392

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, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

137730

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

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 5.194/74), 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 autorizadas, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do parto 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 nascituro (ou nascido)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belém - PA 13 de fevereiro de 2013

Francisco Adelfino do C. Sousa

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
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008124/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/03/2019 08:58 Data/Hora Fim: 27/03/2019 09:09
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/02/2019 20:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA S-4

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Curitiba

Sexo: Masculino

Nasc: 10/01/1976

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA MADALENA DO CARMO SOUSA

Nome do Pai: ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 589.985.893-20

RG - Carteira de Identidade: 205398

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SATURNO

Complemento: CASA

Bairro: RAIAR DO SOL

Telefone: (95) 99115-2815 (Celular)

Nº: 539

CEP: 69.316-028

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO INFORMAR QUE CONFORME DATA E HORÁRIO CITADO ACIMA SOFREU UM ACIDENTE ENQUANTO DIRIGIA SUA MOTOCICLETA DE PLACA NAQ-0727; QUE O COMUNICANTE VEIO A SER CONDUZIDO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA/RR; QUE O COMUNICANTE FICOU INTERNADO 29 (VINTE E NOVE) DIAS; QUE SEGUNDO O COMUNICANTE DURANTE O ACIDENTE SUA CARTEIRA PORTA CEDULA FICOU NO LOCAL DO FATO E OS RESPECTIVOS DOCUMENTOS FORAM PERDIDOS/FURTADOS: CARTEIRA



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas
Impresso por: Paulo Cesar Fernandes Bezerra
Data de Impressão: 27/03/2019 09:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

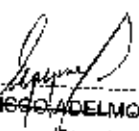
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008124/2019

NACIONAL DE HABILITAÇÃO CATEGORIA A-D, DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO DA MOTOCICLETA
CROSSER/ PLACA NAQ-0727, COR BRANCA, ANO 2016, ERA O RELATO.

ASSINATURAS


Paulo Cesar Fernandes Bezerra
Responsável pelo Atendimento


FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA
(Imputante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins do direito que sou a(s) única(s) responsável(veis) pelas informações acima apresentadas e cumplo com o dever legal de responder civil e criminalmente pela ocorrência relatada que foi o caso, conforme previsto nos artigos 330-Denúnciação Criminal e 340-Comunicação Falsa de Crime do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - R^o do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 689.985.893-20

4 - Nome completo da vítima

Francisco Adelfino do Carmo Sousa

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

5 - Nome completo:

Francisco Adelfino do Carmo Sousa

6 - CPF: 689.985.893-20

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Saturno

9 - Número:

539

10 - Complemento:

Luar

11 - Bairro:

Harar do Sol

12 - Cidade:

Belém

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.316-028

15 - E-mail:

marloarista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel (DDD): (45) 91117.5392

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, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

137730

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

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 5.194/74), 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 autorizadas, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do parto 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 nascituro (ou nascido)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belém - PA 13 de fevereiro de 2013

Francisco Adelfino do C. Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000137730-5

Nr. da Autenticação 0967C02C14539DFA

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4228878

FRANCISCO ADELMO DO CARMO SOUSA

R. SATURNO, 539 ,

RAIAR DO SOL

69316028 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 511927	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-NOV-19 a 16-DEC-19
CONSUMO (kWh) 139	VENCIMENTO 06-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 155,46

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 511927	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 155,46
------------------------	----------------	-----------------------------

836600000019.554600750000.000000000513.192712190052



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



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 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 922 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 023 90 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/DQCORRIGINAL.ASP?XTIPO=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 COAP².

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Correa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Adelfino do Carmo Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.985.893 / 20

do sinistro do DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Adelfino do Carmo Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.985.893 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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. General Góes de Azevedo</u>	Número: <u>2798</u>	Complemento: <u>02</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-000</u>
E-mail: <u>denilze.correa.dantas@hotmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 13 de Janeiro 2020

Denilze Correa Dantas

Assinatura do Declarante