

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Este formulário pode ser visto, baixado, ou lido no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entrando em contato através do site ou nos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 04020-2596 / 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 desse formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço <http://www2.susep.gov.br/BILHOTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?I=PD-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 cadastrar, todos os beneficiários das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação do cidadão, informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

Além de não fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, conforme determinações do referido Circular, este recusa é passível de comunicação ao COAF.

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERIA, CAPITALIZAÇÃO E RENDA-SEGURO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA PREVISTAS NA LEI N.º 9.613/98.**

Pelo exposto, eu

*Denilze Corrêa Dantas*

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00

na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Jander Ednei Gomes do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o N.º 709.087.102 / 91

do sinistro no DPVAT sob a numeração

*Invulvez*

da Vítima Jander Ednei Gomes do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o N.º 709.087.102 / 91

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

é apresento os documentos comprobatórios:

Recebido e verificado

Declaro ainda, sob os punhos da lei e para fins de prova de resiliência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua General Glaucio  
Liberdade

Av. General Glaucio

Centro

Brasília

DF

Brasília

Brasília</

Dr. Edson M. Bolzanote  
 14/10/19 em Enfermagem  
 Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901173810 14/10/2019 16:52:06

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 29

Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO	29/08/1976		43 A 1 M 16 D	700807400898180	70908710291	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Séxo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	222447	SSP/RR		M	SOLTEIRO	BRASILEIRA
Mae						
ERCILENE GOMES DO NASCIMENTO						
Endereço						
AVENIDA - BRASIL - 000 - CENTRO - PACARAIMA - RR						
Class. do Risco	Plano Convênio	Nº de Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
ACIDENTE DE CARRO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			
Quicixa Principal						
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 16:00

GSC  
 AD:1234 RV:12345 MRV:123456

Exame Físico

Pct. Vómito de conteúdo  
 Gastrointestinal contém as l6h

Abd: Abd: 110/110

Hipótese Diagnóstica

Arte no abd. b. SIRS

BP: 98/60 mmHg FC: 80 bpm FR: 18 bpm

Pd: 180x80 mmHg

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Estabil. Hemodil. inconveniente

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

AB: Rx.

Reabertura exame

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 3111  
 Novo Piamão - Tel. (65) 2121-0220  
 AUTENTICAÇÃO

25/10/2019

Shelley

Certifico o Sr. Hé que a presente  
 cópia é fiel Reprodução Original  
 que foi apresentado neste Hospital

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revida
- Transferência para: Ortopedista

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1<sup>º</sup> Aprendizado?  Sim  Não Destino:  Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

B. P. R.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - DATA DE NASCIMENTO			
6 - DATA DE NASCIMENTO				7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - N.º DO PRONTUÁRIO				9 - N.º DO PRONTUÁRIO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELFONE DE CONTATO N.º DO TELFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF			
16 - CEP				17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (55) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

25/07/2019

Certifico e Declaro que a presente  
cópia é Afiel Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO				29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - N.º DO BILHETE			
34 - N.º DO BILHETE				35 - SÉRIE			

36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ DA SEGUROADORA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - AUTORIZAÇÃO	
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS ( ) CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																					
PACIENTE JANDER EDINEI GOMES																								
AGNÓSTICO FX UMEROD																								
ALERGIAS																								
IDADE	HAS	NEGA	DM2																					
ÍTEM	LEITO	1194	DATA	NEGA																				
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO																				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			SU																				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			monoter																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N			SU																				
5				SU																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV VO DE 8/8H SE DOR INT			SU																				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ÍTEM			SU																				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			SU																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			06																				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SU																				
11				14 22 06																				
12																								
13																								
14																								
15																								
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SU																				
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Restima																				
18	CURATIVO DIÁRIO			(inotribo)																				
19																								
20																								
21																								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA																								
<b>Evolução médica:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA: *																								
<b>SINAIS VITAIS</b> <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia	12 H					18 H					24 H				
6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia																				
12 H																								
18 H																								
24 H																								

119-4

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

HGR



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	JANDER EDINEI GOMES			
AGNÓSTICO	FX UMEROD			
ALERGIAS				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	
ITEM	LEITO	1194	DATA	NEGA
	PRESCRIÇÃO			22/10/2019
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			S/2 M/2
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			
5				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
11				
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			S/2 M/2
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E QU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
<b># SOLICITADO:</b> # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
12 H	150x80	77	7	CRM-RR 2028
18 H	142/77	71	35,30	Residente de Ortopedia e Traumatologia
24 H			36,0	

12 hs p/1 no leito. Verificaçao SSVU. Tel: 6101/600115/0016

18hs paciente no leito  
 pressão media 140 e SSVU 36,0  
 06h PA = 143x85 FC = 67



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HCR  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO			D/H	29/09/2019	DN	25/08/1988
PACIENTE	JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICO	FX UMERO D					
ALERGIAS			HAS	DM2		
IDADE	43	LEITO	404-2	DATA	21/10/2019	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA LIVRE					SC
2	AVP					MMHg
3	TILATIL 20MG EV 12/12H					assintet
4	SSVV + CCGG 6/6H					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					SC
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SC
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU ICP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SC
11	CURATIVO DIÁRIO					SC
12	FAZER COMPRESSA Morna EM ANTEBRAZO DIR					MMHg
13	SOLICIRO RISCO CIRURGICO					MMHg
14						
15						
16						
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE  
DEITADO NO LEITO, ATIVO,  
REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM  
ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,  
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,  
AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO,

HIDRATADO

SINAIS VITIAIS

# PREVISÃO DE ALTA: SEM

PREVISÃO PA FC FR

CONTR. Hr. 12 Hr. 18 Hr.

18 Hr.

PACIENTE SEM TRACÔO

(SEM MATERIAL PARA  
REALIZAR PROCEDIMENTO)

00 h. PA: 120x80

P: 80

T: 35,8°C

24h: PA: 180x80

P: 70

T: 36°C

06h: PA: 120x80

P: 75

T: 36,8°C

06h. Realizado SSVI  
ADM. as medicamentos

CPM. Exames: urinárias.  
Ecocardiograma

Exames: urinárias.

Ecocardiograma

Exames: urinárias.

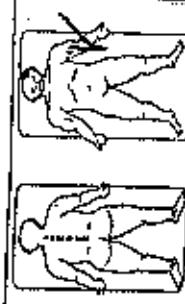
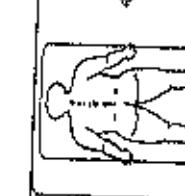
Ecocardiograma

Exames: urinárias.

Ecocardiograma

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b>	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo n° 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: <u>José do Nascimento</u>		Data: <u>18/10/19</u>			
Letro: <u>4-2</u>					

Localização		Região: <u>mste</u>		Região:	
Etiologia	<input type="checkbox"/> I, II, III, IV, V* <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>concreto</u>	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Outro: <u>concreto</u>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V*	<input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguiuento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro:	
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12	
Profissional que realizou procedimento:			<u>Profissional: Miguel Dantas</u> <u>Procedimento: Enxugamento</u> <u>Coletar: 629.703</u>	<input type="checkbox"/> Diário	
Observações:					



**GOVERNO DE RORAIMA**  
*"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"*  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SETOR DE RADIOLOGIA - HGR**

**NOME:** Jander Edinei Gomes Do Nascimento      **SEXO:** O      **IDADE:**  
**Localidade:** ORTOPEDIA      **Data de nascimento:**  
**DATA DO EXAME:** 14-10-19  
**MÉDICO SOLICITANTE:**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO DIREITO

## Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em anelos multidiâmetros.

## Relatório

- Fratura cominutiva do colo úmeral, com desalinhamento entre a cabeça e o eixo úmeral, este anteriorizado e a cabeça úmeral posteriorizada, inclusive desalinhada em relação à glenóide também (Cabeça úmeral levemente posteriorizada em relação à glenóide). A fratura estende-se à metáfise úmeral, com grande desalinhamento entre as bordas das fraturas.

Boa Vista,  
Data do relatório: 31/10/2019

✓

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA  
CRM - 743/RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jardim, Ednei Gomes 43 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/10/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE RX Unire 60

NO DIA 25/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
colocação TF SENDO  
OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/10/19 AS 10:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCÄMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 25/10/19 AS 10:00, COM O  
DR. \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Pedro de S. Fausto

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2026

BOA VISTA, 25/10/19

MÉDICO

**Not intended for official interpretation.**

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO  
HGR-196996605  
M  
ANTES DO AC  
10/14/2019  
8:43 PM

HDSP - GEPAI DE FORARIMA  
Operador: NITRADO/Juliano  
- KV: - mA:  
Zoom 100%



300 mm

L 128  
W 288

**Not intended for official interpretation.**

JANDER EDUARDO GOMES DO NASCIMENTO  
HGR-1900505805

M

WHITE PELICAN  
1900-10  
500 PPI

1000 PPI

HOSP GERAL DE RIOPAIM,  
Operator NORPAIG/Avianca

-KV - mV

SDI mm

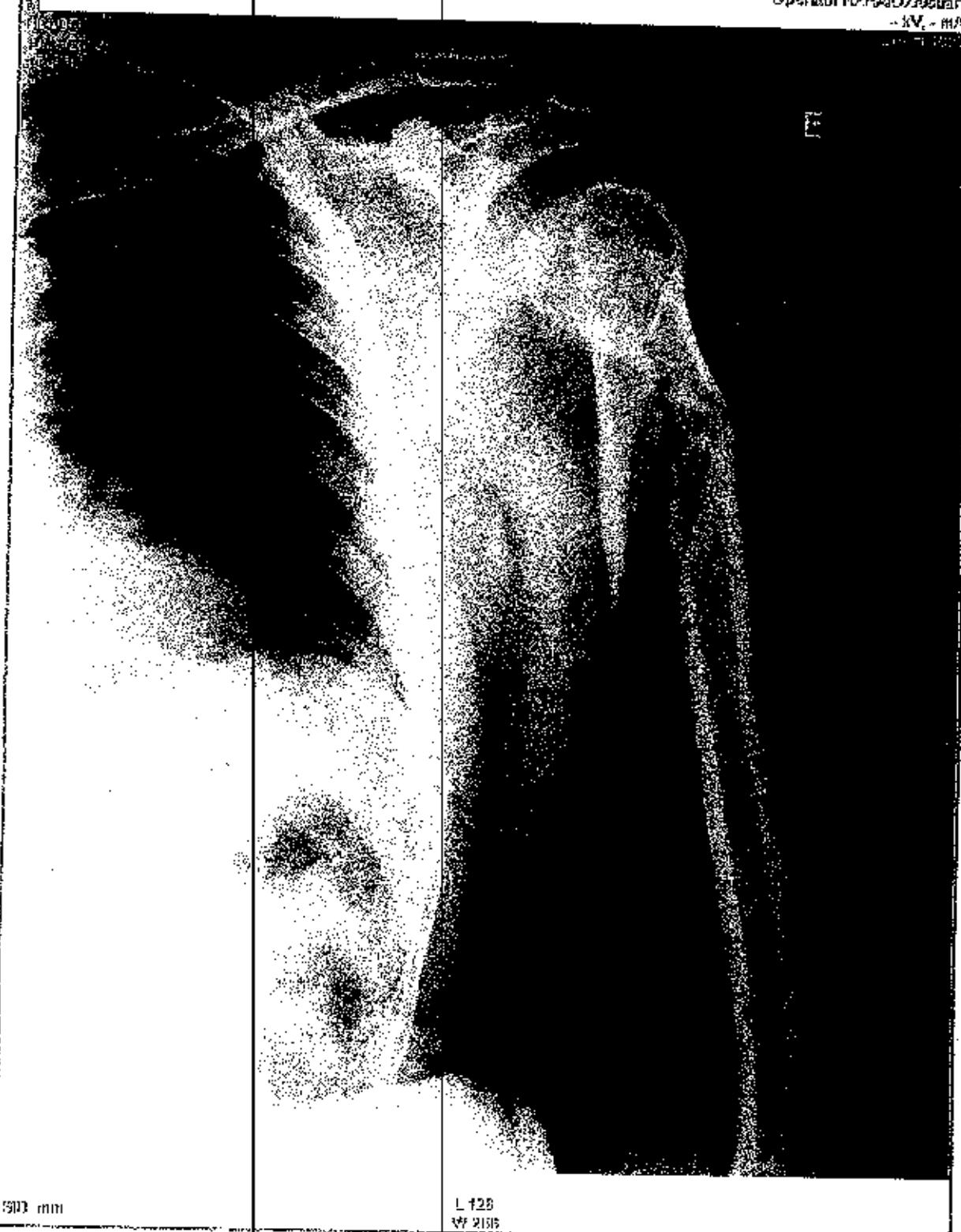
L 428

W 293

**Not intended for official interpretation.**

JAILDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO  
HGR-1969588945

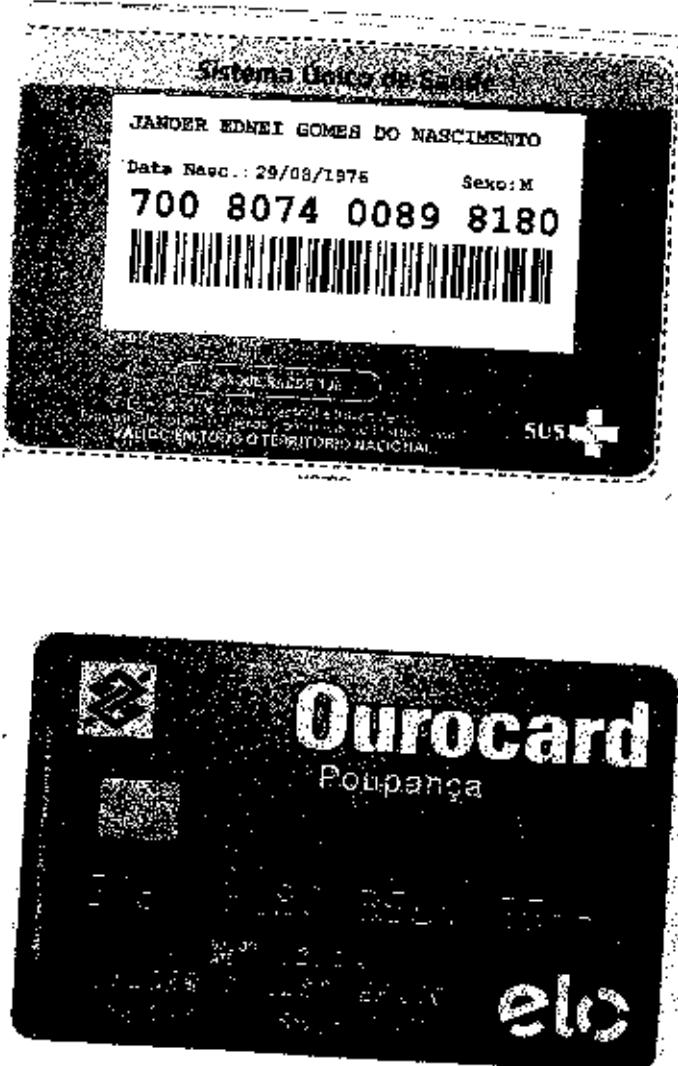
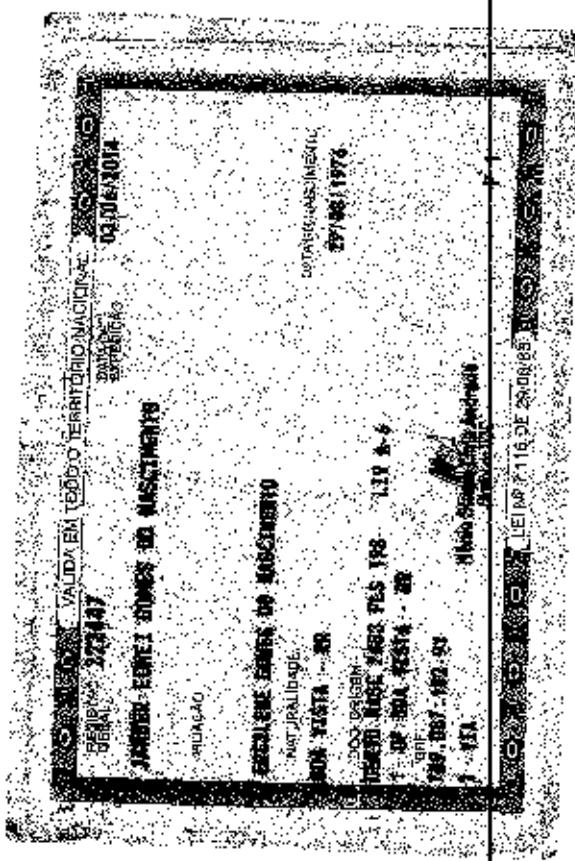
HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operador TO/PAO/Scuaria  
- KV - MAS

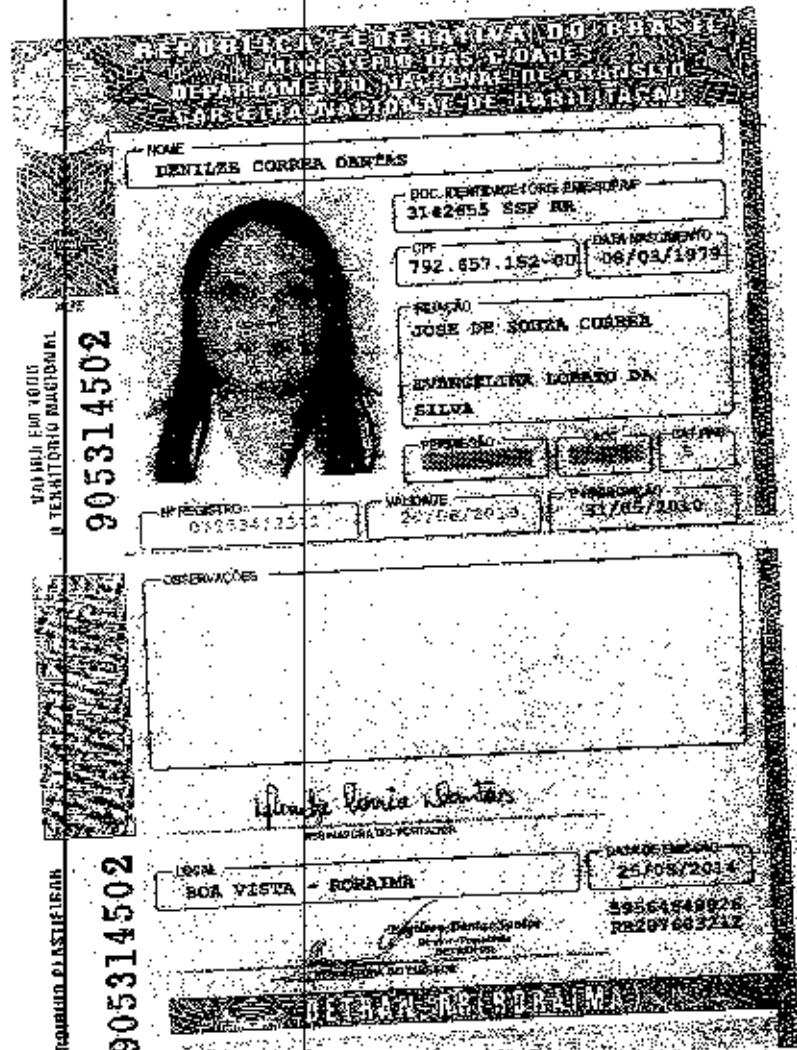


500 mm

L 128

W 2155





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200063919      **Cidade:** Pacaraima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 14/10/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 06/03/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DESALINHADA DO COLO DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO (SEM MATERIAL).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200063919      **Cidade:** Pacaraima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 14/10/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 06/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Daniel Edmílson Gomes da Mancinello  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: automotivo RG: 220447 CPF: 709.081.302-91  
ENDEREÇO: Rua José Alencar, 2100-3 Ataíde Branca

VITIMA: Daniel Edmílson Gomes da Mancinello  
CPF: 709.081.302-91 DATA DO ACIDENTE: 14/10/19  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA:

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

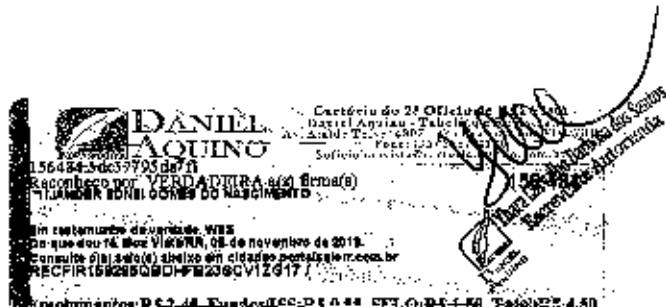
### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por José, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou 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.

BOA Vista RL, 08 de novembro de 2019

XIAN DÉR EDNEI GOMES DO NASCIMENTO  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052126/20

**Número do Sinistro:** 3200063919

**Vítima:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

**CPF:** 709.087.102-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/10/2019

**Titular do CPF:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

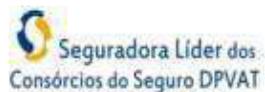
DENILZE CORREA DANTAS

### 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

# RECIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052126/20

**Vítima:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

**CPF:** 709.087.102-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/10/2019

**Titular do CPF:** JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

### JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO : 709.087.102-91

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](http://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: 06/02/2020  
Nome: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO  
CPF: 709.087.102-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

MANOEL COELHO NETO

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200063919**

**Vítima: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 14/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
------------------------------	--

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200063919**

**Vítima: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 14/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

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

---

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200063919**

**Vítima: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 14/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000004263-3**

**Conta: 000010055517-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

 DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

4 - N° do sinistro da ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
Jander Ednei Gomes do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - Profissão:  
Autônomo

8 - Endereço:

9 - Nome completo:

7 - CEP:

10 - Complemento:

7 - Endereço:  
Av. Branca

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Tel (DDO):

16 - Tel (DDO):

17 - Tel (DDO):

18 - Tel (DDO):

19 - Tel (DDO):

20 - Tel (DDO):

11 - Bairro:

12 - Nome completo do Representante Legal:

13 - CEP do Representante Legal:

14 - Nome completo do Representante Legal:

15 - 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 (corrente para os bancos a seguir, exceto uma noção) CONTA CORRENTE (Todas as contas): Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA: 35 517

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que é de direito reconhecido e devido, desde 15 de setembro após a efetivação do crédito, que é a data total de 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 (i.e. n.º 6.194/11), 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.

É certo o preenchimento da análise no meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica presencial, caso necessário, os custos assumidos por mim e disponibilizados, S.º 94/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso diferente do ser contemplado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

 Solteiro Casado/Noivado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero do Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compaheiro(a):

Sim

 Não

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

28 - Vítima

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Sim

Seu filhos?

 Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima faleceu

31 - Vítima

Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

teve irmãos?

33 - Vítima deixou

pais/avós/vós?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso o devido, a indenização do Seguro DPVAT, por morte acidental beneficiários que se apresentarem, o provedor de justiça poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da

34 -

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

187 - Assinatura do Procurador (se houver)

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

189 - Assinatura do Procurador (se houver)

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

191 - Assinatura do Procurador (se houver)

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

193 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/11/2019 09:42  
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

Data/Hora Fim: 08/11/2019 09:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 14/10/2019 14:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Logradouro: BR-174 (PROX. A CURVA DOA ENTRADA DO SAMÁ)

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1473: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - CAPOTAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 29/08/1976  
Profissão: Mecânico  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Ercilene Gomes do Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ ALEIXO

Complemento: APARTAMENTO

Bairro: ASA BRANCA

Telefone: (95) 99166-0113 (Celular)

Nº: 2122 APTO. 3

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA , HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, VINHA DE PACARAIMA DE CARONA PARA BOA VISTA EM VEÍCULO FORD FIESTA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), QUANDO NA CURVA PRÓXIMO A ENTRADA DO SAMÁ, UM VEÍCULO VENEZUELANO QUE SUBIA EM SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A MÃO DO CONDUTOR DO FIESTA; QUE AO MANOBRAR PARA DESVIAR SOFREU LESÃO CORPORAL FRATURANDO O BRAÇO E A CRAVÍCULA DO LADO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDO AO HGR POR TERCEIROS. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURANÇA.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula: 442900159  
Responsável pelo Acompanhamento

Jander Ednei Gomes do Nascimento  
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de ofício que sou eu (a) quem (a) responsável pelas informações acima assinadas e deixo que possam responder a elas o comandante para presente declaro que aci  
cional, conforme previsto nos Artigos 336-Docentes de Culpação e 240-Comunicante Falsa de Crime ou de Conluio de Contra o de Cumprimento do Código Penal Brasileiro."





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/11/2019 09:42 Data/Hora Fim: 08/11/2019 09:43  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/10/2019 14:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Bairro: ZONA RURAL

Logradouro: BR-174 (PROX. A CURVA DOA ENTRADA DO SAMÁ)

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1473: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - CAPOTAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 29/08/1976  
Profissão: Mecânico  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Ercilene Gomes do Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA JOSÉ ALEIXO Nº:2122 APTO. 3  
Complemento: APARTAMENTO  
Bairro: ASA BRANCA  
Telefone: (95) 99166-0113 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA , HORA E LOCAL ACIMA DESCrito, VINHA DE PACARAIMA DE CARONA PARA BOA VISTA EM VEICULO FORD FIESTA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA), QUANDO NA CURVA PRÓXIMO A ENTRADA DO SAMÁ, UM VEICULO VENEZUELANO QUE SUBIA EM SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A MÃO DO CONDUTOR DO FIESTA; QUE AO MANOBRAR PARA DESVIAR DO OUTRO VEICULO DESCEU O ATERRO E ACABOU CAPOTANDO, QUE COM O ACIDENTE O COMUNICANTE SOFRU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O BRAÇO E A CRAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO AO HGR PÓR TERCEIROS. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042005168  
Responsável pelo Acompanhamento

Jander Ednei Gomes do Nascimento  
(Comunidade / Vila Rica)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela veracidade da(s) declaração(s) feita(s) em conformidade com os artigos 225 - Declaração Caluniosa e 240 - Declaração Falsa de Unra ou de Constituição do Código Penal Brasileiro."



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - CPF do Símbolo da ASL:		3 - CPF da vítima: <b>409.087.102-91</b>		
4 - Nome completo:		5 - Nome completo da vítima: <b>Fander Codnei Gomes do Nascimento</b>		
6 - Profissão: <b>Autônomo</b>		7 - Líder: <b>Flávia Jose Almeida</b>		
8 - Profissão: <b>Bruxa Branca</b>		9 - Número: <b>2122</b>		
10 - Complemento: <b>lidorbaixista.pendencia@hotmai.com</b>		11 - CEP: <b>69.312-272</b>		
12 - Cidade: <b>Flor de Vista</b>		13 - Estado: <b>RR</b>		
14 - Tel. (DDD): <b>(195) 92117-5392</b>		15 - Tel. (DDD): <b>(195) 92117-5392</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo: <b>Fander Codnei Gomes do Nascimento</b>				
6 - CPF: <b>409.087.102-91</b>				
7 - Líder: <b>Flávia Jose Almeida</b>				
8 - Profissão: <b>Bruxa Branca</b>				
9 - Número: <b>2122</b>				
10 - Complemento: <b>lidorbaixista.pendencia@hotmai.com</b>				
11 - CEP: <b>69.312-272</b>				
12 - Cidade: <b>Flor de Vista</b>				
13 - Estado: <b>RR</b>				
14 - Tel. (DDD): <b>(195) 92117-5392</b>				
15 - Tel. (DDD): <b>(195) 92117-5392</b>				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA				
<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00				
<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, informe uma noção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (terços os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGENCIA: <b>4263</b> <b>3</b> CONTA: <b>35 517</b> <b>7</b>				
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Superintendência Federal a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, que é meu direito reconhecido e garantido, assim como o direito de receber o valor devidamente restituído, caso o valor recebido seja maior que o que é devido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> <p>Entendo o prazegamento da análise no meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica e Superintendência Federal para verificação da existência automática, conforme o disposto na Lei 6.194/71.</p> <p>Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso haja o seu contradito.</p>				
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/vivo <input type="checkbox"/> Separado/judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____				
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar o nome dos filhos: _____				
30 - Vítima deixou casal/união? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar o nome dos irmãos: _____				
33 - Vítima deixou pais/vôos/vovôs? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que o segurador só pagará, caso o devedor, a indenização do Seguro DPVAT, por morte é de todos beneficiários que se apresentarem e provarem a condição, estando ciente ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 260 do Código Penal.				
34 - _____				
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____				
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): _____				
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): _____				
38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____				
Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data: <b>Flor de Vista - RR</b> <b>05 de Setembro 2020</b>				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>Fander Codnei Gomes do Nascimento</b>				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____				
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____				

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010055517-9

---

Nr. da Autenticação 3C77671EB23F334E





## 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

reconto 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

836800000041.605800750008.00000001024.074912190050

