

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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-06

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 presente 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/BIK10TCAVAB/DCCORIGINAL/ASPX?IPD=1&CODIGO=29536>

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 manter cadastro dos pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação em vigor, informações sobre a profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A ausência ou fornecimento das 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 ramunicação ao COAF.

COAF - COMISSÃO DE SEGURANÇA PRIVADA - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA E RESCISÃO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECORRER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Denilze Corrêa Santos

inscrito(a) no CPF/CNPJ nº 792.657.152 / 00

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

Jander Ednei Gomes do Nascimento

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

do sinistro no DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Jander Ednei Gomes do Nascimento

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

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa a declarar

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 da comprovação da 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:

Av. General Gilaide D'Almeida

Número:

2498

Complemento:

02

Bairro:

Liberdade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309-000

E-mail:

lidianebastos.pendencia@hotmail.com

Tel.(DDD):

(95) 99117-5392

Local e Data: Boa Vista - RR 05 de Fevereiro 2020

Denilze Corrêa Santos

Assinatura do Declarante

1901173810	14/10/2019 16:52:05	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		29	
Paciente JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão IDENTIDADE 222447 SSP/RR Mãe ERCILENE GOMES DO NASCIMENTO Endereço AVENIDA - BRASIL - 000 - CENTRO - PACARAÍMA - RR		Data Nascimento 29/08/1976 Sexo M Estado Civil SOLTEIRO(A) Raça/Cor PARA Naturalidade BRASILEIRA		Idade 43 A 1 M 16 D CPF 709087400898180 Contato (95) 99177-6076 Ocupação NÃO INFORMADA		Prontuário 70908710291 Nacionalidade BRASILEIRA			
Class. do Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° de Carteira Validade Autorização Sís Prenatal		Motivo de Atendimento ACIDENTE DE CARRO Setor GRANDE TRAUMA Queda Principal		Caráter do Atendimento URGÊNCIA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão Registrado por ANTONIA SOARES	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febil		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL
			AD:1234 RV:12345 MRV:123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 16:30h		
Paciente virgem Gravida 01 em 01	Seu esposo ausente há 16h	
Exame Físico		

Exame Físico	20/11/2014	20/11/2014
16 minutos	deambulando	
Unilateral, esquerda, agudo,		
Ad: Hipótese		
Hipótese Diagnóstica		

Hipótese Diagnóstica: AR: nu na bi SIRA
BPO: 22+ em e/c FC: 80bpm FR: 18bpm
SADT - Exames Complementares

ADT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE

☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PA = 130 x 80 mmHg

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Esquema. Navegação incompleta		

[illegible]

Revisão de [illegible]

[illegible]

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta por Exatidão	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Hospitalar	Certifique-se de que a presente cópia é fiel reprodução original.
---------	--	---	---

☐ Alta a Pedido
☒ Alta a Revella
☒ Transferência para: Ortopedia

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

Cópia e envio para:
 que foi apresentado neste Hospital

antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input checked="" type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
--	--	---	---

Assinatura do Paciente ou Responsável

Be 6h



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 311 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS 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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto Tel (65) 2121-0626
AUTENTICAÇÃO

25 JUL 2019

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

INDEB

4104-2

82



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

16/08/2019

DN

PACIENTE:

DIAGNOSTICO:

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

DM2

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N

5

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

6

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5

7

OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

8

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N

10

Capto 25mg 8/8h S/N

11

SSVV + CCGG 6/6H

12

Curativo Diário

13

14

15

16

17

18

19

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110

20

SSVV + CCGG 6/6H

21

CURATIVO DIÁRIO

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 *V + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACTANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SEM
QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

12 H

18 H

24 H

130 x 80

75

36

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

Turno 10h-18h
10h-18h
10h-18h

20h
PA: 137 x 92
FC: 94

05h PA: 130 x 80
FC: 80
T: 35,9°C

Maria Fátima Barreto
Técnica de Enfermagem
COREN-RN 691.668-TEC

119-1



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 UMEROS D**

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

1194

DATA

23/10/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SUP

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

monter

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

SU

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

SU

5

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT

SU

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM

SU

8

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

SU

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SU

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

SU

11

12

13

14

15

16

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SU

17

SSVV + CCGG 6/6 H

Rotina

18

CURATIVO DIÁRIO

curativo

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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:

SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

12 H

18 H

24 H

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

1194

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 UMEROS D**

ALERGIAS: _____

IDADE: _____

ITEM: _____

HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____

LEITO: **1194** DATA: **22/10/2019**

PRESCRIÇÃO

		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
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 IN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
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	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

11:40-22:4

Ⓢ só tem comprado

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 QU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	150x80	72	-
18 H	140x77	71	-
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12hs p.c. no leito Verificação SSVV. - Te: 80x/60x/95/1076

18hs paciente no leito
 p.c. SSVV - Te: 80x/60x/95/1076

06h PA=143x85 FC=67

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICAHCR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

29/09/2019

DN

25/08/1988

PACIENTE JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO

DIAGNÓSTICO FX UMEROS D

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

43

LEITO

404-2

DATA

21/10/2019

ITEM

1

DIETA LIVRE

2

AVP

3

TILATIL 20MG EV 12/12H

4

SSVV + CCGG 6/6H

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

FAZER COMPRESSA MORMA EM ANTEBRAZO DIR

13

SOLICITO RISCO CIRURGICO

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 VITAIS

PREVISÃO DE ALTA: SEM

PREVISÃO

CONTINUA

18 H

PACIENTE SEM TRACÃO

(SEM MATERIAL PARA
REALIZAR PROCEDIMENTO)

24h: PA° 180x80

P. 70

T. 36°C

06h: PA° 120x80

P. 75

T. 36,8°C

06h. Realizado SSVI
ADM. as medicações
Cpm. 300mg de
FaccoronaDr. Jesuino Lopes Aguiar
CRM 408 566

00h. PA: 120x80

P = 80

T = 35,8°C

... ..

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Jonas do Nascimento</u> Leito: <u>464-2</u> Data: <u>18/10/18</u>				

Localização		Região: <u>MSC</u>		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV * () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia () Outro: <u>monopio</u>	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV * () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Periférica	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				



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 aparelho multidetector.

Relatório

- Fratura cominutiva do colo umeral, com desalinhamento entre a cabeça o eixo umeral, este anteriorizado e a cabeça umeral posteriorizada, inclusive desalinhand a em relação à glenóide também (Cabeça umeral levemente posteriorizada em relação à glenóide). A fratura estende-se à metáfise umeral, 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 Jander Ednei Gomes 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Ex Umuro FD

NO DIA 14/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Solivato FD SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/10/19 ÀS _____ 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. M. Amador

Dr. Pedro de S. Faustino
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2024

BOA VISTA, 25/10/19

MÉDICO

Not intended for official interpretation.

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

HGR-195855505

M

ANTENHAÇO

10/14/2019

8:43 PM

HOSP. GERAL DE ROYALMA

Operator: HTPAIO/Roberto

-KV, -RAs

Zoom 100%



2502 HHH

L 123
W 268

Not intended for official interpretation.

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
HGR-150050005

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator IDRAIO/Assunção
KV - mAs

ANTE-PRETO
12/10/12
5:43 PM



500 2000

L 122
WV 2000

Not intended for official interpretation.

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
HGR-199988945

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operador: XPA00/2004/00
- XV - MAG



500 mm

L 128
SF 2135

VALIDO EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

REQUERIDO PLASTIFICAR

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CORREIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
DENILZE CORREA OANTES



DOC. IDENTIFICADOR ESCRITURAR
31-42955 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
06/03/1979

RESIDÊNCIA
JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LEMOS DA
SILVA

PERMISSÃO
VALIDADE
31/05/2010

REGISTRO
0123456789

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Oantes

REQUERIDA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

33564548828
RR207683217

Assinatura do Requerente
ou do Representante
Legalizado

REQUERIDA DO PORTADOR

REQUERIDA DO PORTADOR

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: 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

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

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

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jander Ednei Gomes do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO: autônomo RG: 222447 CPF: 109.087.102-91
ENDEREÇO: Rua José Olimário, 2102-2, Vila Branca
VÍTIMA: Jander Ednei Gomes do Nascimento
CPF: 109.087.102-91 DATA DO ACIDENTE: 14/10/19
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA 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:

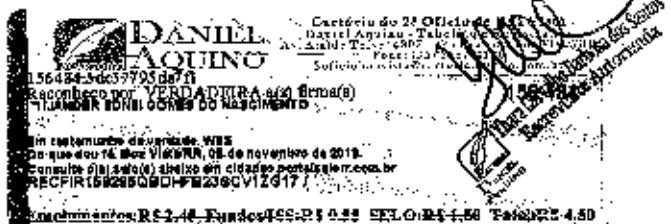
Para requerer o seguro DPVAT por sinistro, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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 AL 08 de NOVEMBRO de 20 19

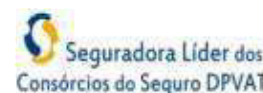


X JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
Assinatura

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 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

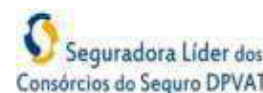
Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO 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 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

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:

Boletim de ocorrência	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



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

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, 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



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



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Id. do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

409.087.102-91

4 - Nome completo da vítima:

Jander Ednei Gomes do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Jander Ednei Gomes do Nascimento

6 - CPF:

409.087.102-91

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Jose Alvaro

9 - Número:

2122

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Cruz Branca

12 - Cidade:

Barra Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-272

15 - E-mail:

lidelocavisto.pendencia@h-mail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 9917-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

55 517

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Companhia 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 6.194/74), uma vez que:

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

• Autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica concorrente, desde já, em me submeter a análise médica presente, caso necessário, às custas e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Cópia de Particípio com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Companhia Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a provar a verdadeira vontade de garantir a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Barra Vista - RR 05 de fevereiro 2020

JANDER ENEI GOMES DO NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do

TESTEMUNHAS



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

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)

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

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1473: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - CAPOTAMENTO

Meio(s) Empregado(s)

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 APT. 3

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, VINHA DE PACARAÍMA DE CARONA PARA BOA VISTA EM VEICULO 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 DO OUTRO VEÍCULO DESCEU O ATERRO E ACABOU CAPOTANDO. QUE COM O ACIDENTE O COMUNICANTE SOFREU LESÃO CORPORAL FRATURANDO O BRAÇO E A GRAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO AO HGR POR TERCEIROS. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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 442206189

Responsável pelo Atendimento

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

Jander Ednei Gomes do Nascimento

(Comunicante / Vítima)

Declara para os devidos fins de direito que sou o(s) (pessoa) responsável pelas informações aqui apresentadas e deixo que poderá responder civil e criminalmente por sua presente declaração que foi originada, conforme previsto no Artigo 236 do Código de Processo Penal e 248 do Código de Processo Penal de Roraima e 248 do Código de Processo Penal de Roraima.

DAT

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



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

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 SAMÃ)

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(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 COMPARECEU 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 SAMÃ, UM VEÍCULO VENEZUELANO QUE SUBIA EM SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A MÃO DO CONDUTOR DO FIESTA; QUE AO MANOBRAR PARA DESVIAR DO OUTRO VEÍCULO DESCEU O ATERRO E ACABOU CAPOTANDO, QUE COM O ACIDENTE O COMUNICANTE 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 SEGURO DPVAT, É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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 042041168
Responsável pelo Atendimento

Jander Ednei Gomes do Nascimento
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente por esta declaração nos moldes da lei, conforme previsto nos artigos 325-Deturcação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



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



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Id. do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

409.087.102-91

4 - Nome completo da vítima:

Jander Ednei Gomes do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Jander Ednei Gomes do Nascimento

6 - CPF:

409.087.102-91

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Jose Alvaro

9 - Número:

2122

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Cruz Branca

12 - Cidade:

Barra Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-272

15 - E-mail:

lidelocavisto.pendencia@h-mail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 9917-5392

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\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

55 517

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Companhia 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 6.194/74), uma vez que:

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

• Autorizo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica concorrente, desde já, em me submeter a análise médica presente, caso necessário, às custas e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Cópia de Particípio com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Companhia Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a provar a verdadeira condição de beneficiário, 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 259 do Código Penal.

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Barra Vista - RR

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

JANDER ENEI GOMES DO NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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 S.A.

AV. CAPITAO FNE CARNEZ 631

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP 68 301-160

CNPJ 02.341.470/0001-41 IE 240970223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Guia: 0800951152 (07h30min às 17h00min)

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - Série II - Nº 4561161
Fatura Eventual
R. JESAIDE FELIX CARVALHO
R. RAIMUNDO RODRIGUES COELHO, 115 Q278B
SENADOR HELIO CAMPOS
CEP 69.316-392 - BOA VISTA - RR
CPF 447.358.202-72 - CTPS 2631151 SSP RR 14-10-03
Roteiro: 001.26.31.015000

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0036996-3

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 187 -

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias da Consumo	Apresentação	Mês Faturado
31/01/2020	31/01/2020	31/01/2020	31/02/2020	30	31/01/2020	01/2020
Cod. Fato	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial Normal	Monofásica				
Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur	NPL	Cons. Medição	Cons. Faturado

Fluxo	SW	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
12/2019		TUSD (*)			
11/2019		TE (*)	Parcelamento de Débitos		89,41
10/2019		Transmissão			
09/2019		Encargos			
08/2019		Tributos			
07/2019		Rateio Irrec.			
06/2019					

PI 1255-Taxa de Uso - Sistema Q.A. - 0,00 TE - Tarifa de Energia

Mês	Pis/Pasep - 0,00
12 meses	Cofins - 0,00

Indicadores de Continuidade: 11/2019

Contas em Débito				
Q.	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00

**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

