

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180133 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO Data do acidente: 25/12/2019 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS

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

Documentos complementares:

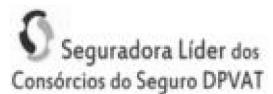
Observações: @ PÁG 7, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R\$ 4.050,00
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

CPF: 012.252.672-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: JEFFERSON FIRMINO
DEMETRIO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO : 012.252.672-42

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: 15/05/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estado de conservação, espelham a conduta à qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la; Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

**CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.**

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

139.27225.27-3

NÚMERO: 0480608 SÉRIE: 003-0 UF: RR

Jefferson Firmino Demétrio

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO

FILIAÇÃO..... ALZIRA FIRMINO DEMÉTRIO
NASCIMENTO....: 10/10/1989 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO....: C. I. 3288188 15/02/2005 SESPR
LEN N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CNH:
CPF: 012.252.672-42 CNH: ZONA: 0222
TIT. ELEITOR: 003760892882 SEÇÃO: 0222
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/10/2008

*Jefferson Firmino
Demétrio*
Assentador
SRTE/RR

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NO ME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NO ME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NO ME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DA PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANNA A. DE S. NOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672, 42,
do sinistro de DPVAT cobertura INVAMDE25 da Vítima JEFFERSON F. DEMETRIO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672, 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>R: SD. DM. JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>691313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data:

BOA VISTA, 11/05/2020.

Assinatura do Declarante

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras, informe
este NÚMERO

0115769-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001652262
A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	06/11/2018	558	311,03

ALZIMIRA FIRMINO DEMETRIO
R. NOSSA SRA APARECIDA 314 EQUATORIAL
CPF: 00044661444272
CEP: 69.317-342 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.157800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1044		19/10/2018
Anterior:	486		19/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		21/11/2018
Consumo Medido:	558	FCAM	Próxima Leitura: 18/10/2018
Consumo Faturado:	558		Emissão: 19/10/2018
			Apresentação:

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Potência: 30 Dias de Consumo:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse RESID. BAIXA RENDA	Ligação B1 Número Medidor TDB1734065N Poste 1422736 Código Fat. 1.4.1.2 Média 12 meses 125

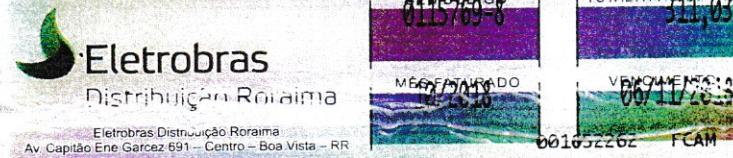
HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/18 434	CONSUMO 30 A R\$ 0,196352 = 5,89
AGO/18 109	70 A R\$ 0,336605 = 23,56
JUL/18 127	120 A R\$ 0,504914 = 60,58
JUN/18 147	338 A R\$ 0,561013 = 189,62
MAI/18 123	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 37,87
ABR/18 145	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 0,43
MAR/18 69	MULTA POR ATRASO DE I 09/18-00 0,73
FEV/18 0	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00 0,07
JAN/18 0	MULTA POR ATRASO 09/18-00 4,24
DEZ/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 0,63
	ILUMINACAO PUBLICA 25,28
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
8 A 30 - 0,157610	
31 A 100 - 0,270190	
101 A 220 - 0,405296	
221 A 558 - 0,450320	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVIDADOS	INFORME DE DEBITO VENCIMENTO
Mes/Ano Valor R\$ 08/2018 219,43	informamos existirem débitos(s) vencidos(s) no valor de R\$ 219,43 (sem acréscimos legais) ate esta data. Caso o(s) débito(s) ja tenham(s) sido paga(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) da pagamento.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, LIGUE 08007030120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16.11.16.21.26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição: 134,68		Base de Cálculo: 17,00%	
Energia: 0,00		Aliquota ICMS: 47,54	
Transmissão: 5,61		Valor do ICMS: 1,35	
Encargos: 55,17		Valor do PIS: 6,28	
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC	FIC	DMIC	DICRI	
Média	Mensal 8,85	Trimestral 17,76 Anual 35,40	Mensal 8,46	Trimestral 16,92	Anual 33,84 Mensal 4,82
Realizado	2,98	8,00	1,22		
FLORESTA			08/2018	13,08	
Consumo		Período de apuração:		EUSD:	
ROT: 8.001.16.11.157800					



SEQ.: 00042 UC: 0115769-8 DT.LEIT.: 19/10/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 1044 NORMAL TOTAL: 311,03 CARGA: 009
DT.VENC.: 06/11/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1181

**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: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh) 1197	VENCIMENTO 10-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04

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 539180	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu MUANA A. DES. NODES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672 42,
do sinistro de DPVAT cobertura INVAMDEs da Vítima JEFFERSON F. DEMETRIO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 012252672 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):	

Local e Data:

BOA Vista, 11/05/2020.

Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

01225267242

4 - Nome completo da vítima:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

5 - Nome completo:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

6 - CPF:

01225267242

7 - Profissão:

SERVENTE

8 - Endereço:

R. NOSSA SRA. APARECIDA

9 - Número:

314

10 - Complemento:

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317342

15 - E-mail:

luanna.souza71@hotmail.com

16 - Tel. (DDA):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

—

18 - CPF do Representante Legal:

—

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 250

CONTA: 104351

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (nº Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

MORTE
NÃO ALFABETIZADO

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

país/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 11/05/2020.
Jefferson Firmino Demétrio

Assinatura da testemunha

Demétrio

Glaucia Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003456/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 07:42 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:00
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 25/12/2019 18:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Raia do Sol
Logradouro: av estrela dalva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/10/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Alzimira Firmino Demetrio

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.252.672-42
RG - Carteira de Identidade: 3288188

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA N.S. APARECIDA Nº: 314
Bairro: EQUATORIAL
Telefone: (95) 99114-2662 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 237.567.132-53	Placa NAO4720
Renavam 00814392172	Número do Motor JC30E94000265
Número do Chassi 9C2JD20204R000265	Ano/Modelo Fabricação 2004/2003
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR125 BROS ES
Modelo HONDA/NXR125 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003456/2020

Última Atualização Denatran 21/10/2010

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Firmino Demetrio	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NO DIA 25/12/2019, POR VOLTA DAS 18H20MIN ESTAVA CONDUZINDO A MOTO PLACA NAO4720 PELA AVENIDA ESTRELA DALVA QUANDO FOI FECHADO POR OUTRO VEÍCULO; QUE AO DESVIAR COLIDIU COM UM TRICICLO; QUE DEVIDO A COLISÃO FRATUROU O BRAÇO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL, NÃO SABENDO INFORMAR QUEM SEJA; QUE NÃO TEM DADOS DO VEÍCULO QUE CAUSOU O SINISTRO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA NINGUÉM; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE DPVAT É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Jefferson Firmino Demetrio

(Vitima / Comunicante)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

01225267242

4 - Nome completo da vítima:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

5 - Nome completo:

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

6 - CPF:

01225267242

7 - Profissão:

SERVENTE

8 - Endereço:

R. NOSSA SRA. APARECIDA

9 - Número:

314

10 - Complemento:

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317342

15 - E-mail:

luanna.souza71@hotmail.com

16 - Tel. (DDA):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

—

18 - CPF do Representante Legal:

—

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 250

CONTA: 104351

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (nº Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (vainascer)?

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
país/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Assinatura da testemunha

Demétrio

Glaucia Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200180133**

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 00000250-X

Conta: 000010104351-1

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180133

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorrecto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180133

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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



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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010104351-1

Nr. da Autenticação 356695A04CD4F3E3

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

CPF: 012.252.672-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

JEFFERSON FIRMINO
DEMETRIO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO : 012.252.672-42

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: 15/05/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140643/20

Número do Sinistro: 3200180133

Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

CPF: 012.252.672-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

JEFFERSON FIRMINO
DEMETRIO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 20/05/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JEFFERSON FIRMINO DEMÉTRIO

Identidade: 3288188 SSP/RR **CPF:** 012.252.672-42

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** SERVENTE DE PEDREIRO

Endereço: RUA: NOSSA SENHORA APARECIDA, 314 – EQUATORIAL / CEP: 69317-342

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 02 de Janeiro de 2020..


Jefferson Firmino Demétrio

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



25/12/2019



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

1ª Classificação
Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja 01.068.451-0
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Raquel L. Salazar
Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

1901201845 25/12/2019 18:46:01 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 44

Paciente JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO Data Nascimento 10/10/1989 Idade 30 A 2 M 15 D CNS 898000750734797 CPF 01225267242 Prontuário 00046800
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil SOLTEIRO(A)SEM Naturalidade BOA VISTA - RR Nacionalidade BRASILEIRA
REGISTRO N 3288188 Pai NI Contato (95) 99134-8747
Mãe ALZIMIRA FIRMINO DEMETRIO Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço NOSSA SENHORA APARECIDA, 314 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autoração	Obs Prendas
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.		Pressão
Setor	Tipo de Chegada				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				ELIENE
Queixa Principal					

(<input type="checkbox"/> Síndrome Febril (<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório (<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 18:46 h)

Acidente de moto.
Enc. do PACS

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fx 39 9° 5° NC (D)

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

Antes do 1º Atendimento? (Sim (Não Destino: (Família

IML Anatomia Patológica / / : :

Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2101-0620

Assinatura do Paciente ou Responsável

AUTENTICAÇÃO

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 25/12/2019 18:46:47

Certifico e dou Fé que a presente
côpia é a real Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Dra. Amanda Pinatto
Médica
CRM-RR 2153



Ortopedia

Fratura contuso m^o G

Fix 3°, 4° e 5° MTC

CD: I m^o de zom

Sintomas

Alta -

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

JERFESSON FIRMINO

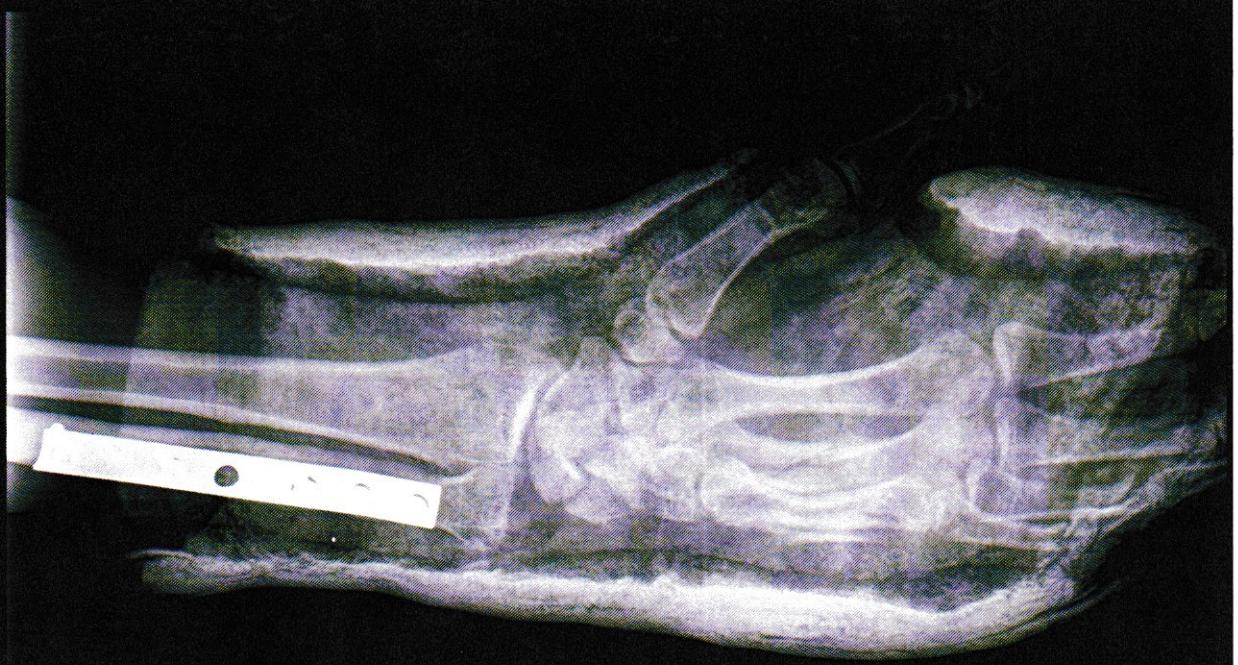
HOSPITAL CORONEL MOTA

995

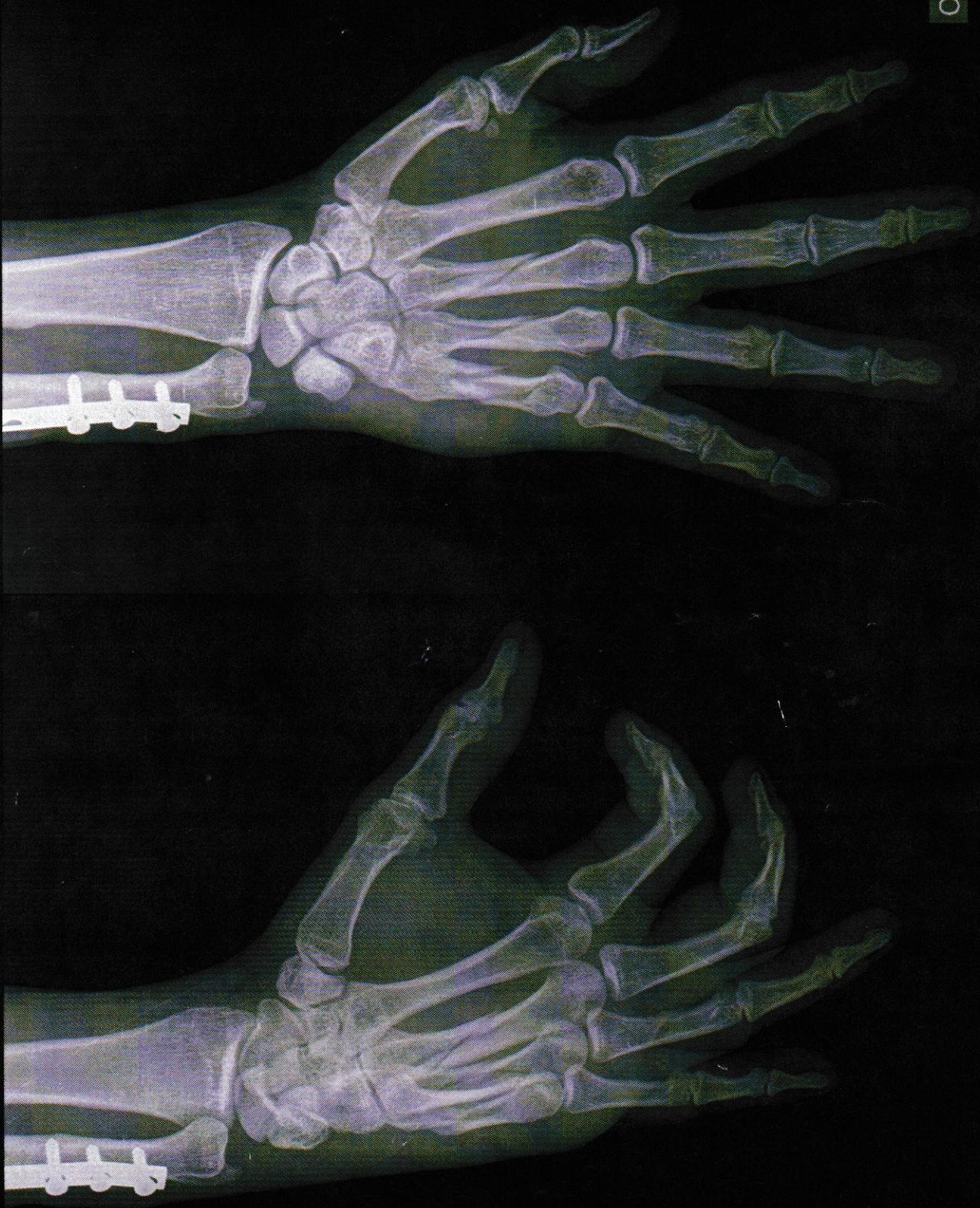
29/01/2020

Marcos

60.7 %



DIREITO



JEFFERSON FIRMINI DEMETRIO

30 ano(s) 10-10-1989

25-12-2019 15:24:10

POLICLINICA COSME E SILVA

4

JERFESSON FIRMINO

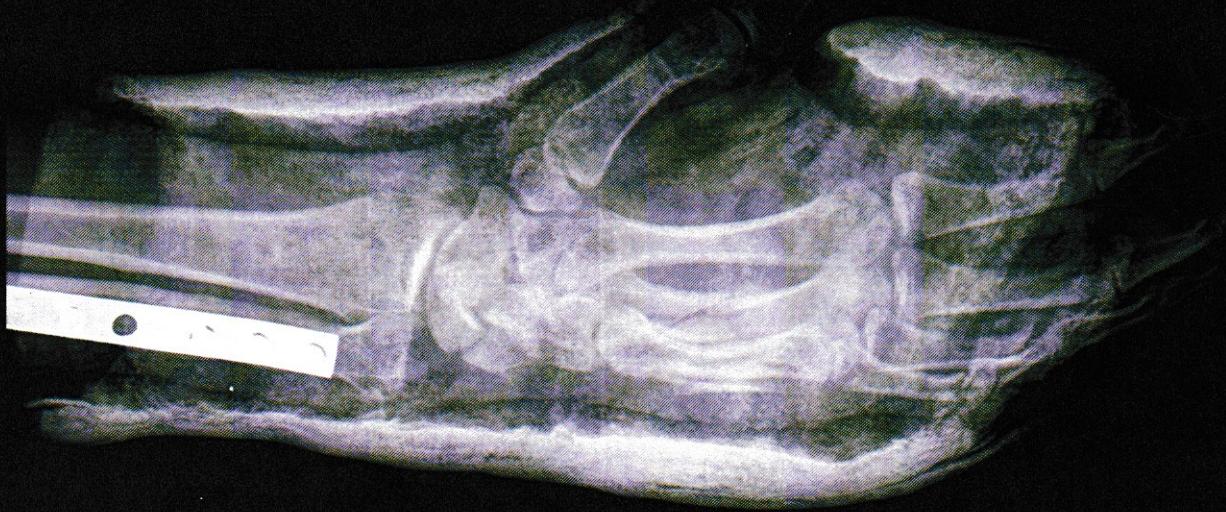
HOSPITAL CORONEL MOTA

995

29/01/2020

Marcos

60.7 %



D





GOVERNO DO AMAZONAS
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME:

RECEITUAR

Endo Médio

O paciente, Jefferson Firmino Desoutro, vítima
de acidente de moto 25/11/2019 com traumi-
lento em mão (D) e fratura 3 + 5 dedo
peito traseiro esquerdo com gênero.

Após consolidação da fratura teve
alto depois de 4 meses de curado (29/04/2020)
desenvolvido queimadura de 10x10 cm na base do
mímano.

Qd. queimadura envolvendo dedos III, IV e V metacarp (D)
extremidade proximal: Poco ente o dedo médio
desenvolvida queimadura total dos dedos
H.D. sequelas de fratura III, IV e V metacarp. m(D)
com paciente impossibilitado ao uso intenso da mão.
Desenvolvimento total dos dedos e diminuição de prensão
DATA: 04/05/2020 ato delet scindus malum m(D)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Coronel Mota 600 - Centro - 69010-000
Cuiabá - MT - Fone: (65) 3622-1100

Carlos Edur
Ortopedia / Reumatologia
Av. Presidente Dutra, 1000
Cuiabá - MT - Fone: (65) 3622-1100



GOVERNO DO AMÉRICA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME:

RECEITUAR

Endo Médio

O paciente, Jefferson Firmino Desoutro, cidadão
de Belém de moto 25/11/2019 com traumi-
lito em mão (D) e fratura 3 + 5 dedo
sem tratamento com Sme.

Após conselhos e protocolo teve
alto depois de 4 meses de cedado (29/04/2020)
desenvolvido dor local e aumento do
inchaço.

Exame feito pelo Bloco III, IV e V Metacarp (D)
exato, com ress. da mão: Poco fratura artigo VIII
desenvolvida dor total da mão
H.D. Sgundo da Fratura III, IV e V Metacarp. m(D)
com paciente impossibilitado ao uso intenso da mão
desenvolvendo dor total das mãos e diminuição da presteza
data 04/05/2020 o defeito funcional permanece m(D)

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Coronel Mota, 600 - Centro - CEP 69010-000
Cidade Belém - Pará - Fone: (91) 3222-1000

Carlos Edur
Ortopedia / Reumatologia
Av. Coronel Mota, 600 - Centro - CEP 69010-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180133 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO Data do acidente: 25/12/2019 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METACARPOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 7, RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

