

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

Valoração 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

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: JEFFERSON FIRMINO
DEMETRIO

CPF de: Próprio

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 01.05.1945 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 e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e 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.

CONFECCIONADA 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

0480608

003-0

RR

Jefferson Firmino Demétrio
ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

FILIAÇÃO..... ALZIRA FIRMINO DEMETRIO
NASCIMENTO..... 10/10/1989 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO..... C. I. 3288188 15/02/2005 SESP RR
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 012.252.672-42 CNH:
TÍT. ELEITOR: 003760892682 SEÇÃO: 0222
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/10/2008

UFFRR
Superintendência
SRTERR

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE 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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA A. DES. LOPES

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 INVAMDE 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. PM. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>GARANÁ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOU22A71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>691313572</u>	Tel. (DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 11/05/2020.

Luanna
Assinatura do Declarante

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 | Insc. 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		Próxima Leitura: 18/10/2018
Consumo Faturado:	558	FCAM	Emissão: 19/10/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL	Fator de Potência	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat	Média 12 meses
RESID. BA. RENDA	B1	IDB1734065N	1422736	1.4.1.2	125

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	30 A R\$ 0,196352 = 5,89
SET/18 434	70 A R\$ 0,336605 = 23,56
AGO/18 109	120 A R\$ 0,504914 = 60,58
JUL/18 127	338 A R\$ 0,561013 = 189,62
JUN/18 147	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 37,87
MAI/18 123	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 0,43
ABR/18 145	MULTA POR ATRASO DE I 09/18-00 0,73
MAR/18 69	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00 0,07
FEV/18 0	MULTA POR ATRASO 09/18-00 4,24
JAN/18 0	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 0,63
DEZ/17 0	ILUMINACAO PUBLICA 25,28
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,157610	
31 A 100 - 0,270190	
101 A 220 - 0,405290	
221 A 558 - 0,458320	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
08/2018	219,43

Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$ 219,43 (com acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) comprovante(s) de pagamento.


CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 0800 010110 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 36 21 26

48B4.53C2.6833.5238.9C6E.5B89.F58C.D66D

RESERVADO AO FISCO

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
DIC			PIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal
	8,85	17,10	33,40	8,46	16,92	33,84	4,82		
Limite	2,98			8,00			1,22		
Realizado	FLORESTA						08/2018		13,08
ROT: 8.001.16.11.157800						Período de apuração:		EUSD:	

	Eletrobras Distribuição Roraima	Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	0115769-8	311,03
			06/11/2018	06/11/2018
			001652262	FCAM

8505000003 8 11030075000 4 00000000115 6 76981018008 3



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/BIBLIOTECASWEB/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 LUANA A. DE S. LOPES
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 INVAMDE2 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.

Luana A. de S. Lopes
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.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 9599168367

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 250 X CONTA: 104351 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 (ou CMI) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 11/05/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
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: Raiar 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

ENVOLVIDO(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: Alzimir 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



Nº: 003456/2020


Situaco 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
Assistente de Policia

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Policia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Jefferson Firmino Demetrio

(Vítima / 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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 9599168367

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 250 X CONTA: 104351 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 (ou CMI) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 11/05/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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, 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



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/incorreto. 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



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

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: JEFFERSON FIRMINO
DEMETRIO

CPF de: Próprio

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

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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..

x Jefferson Firmino Demétrio

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)





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

1ª Classificação | Reclassificação _____:

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.: _____

Reclassificação _____:

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.: _____

Reclassificação

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input checked="" type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Hospital Geral de Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Verde Azul Ass.:		Azul Ass.:		Azul Ass.:		DIURNO 07-19		44	
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA											
1901201845		25/12/2019 18:46:01		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
Paciente		10/10/1989		30 A 2 M 15 D		898000750734797		01225267242		Prontuário	
JEFFERSON FIRMINO DEMETRIO		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
REGISTRO N		3288188		M		SOLTEIRO(A)		SEM		INFORMAÇÃO	
Mãe		ALZIMIRA FIRMINO DEMETRIO		Pai		NI		Contato		(95) 99134-8747	
Endereço		NOSSA SENHORA APARECIDA		314 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR				Ocupação		NÃO INFORMADA	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sig. Renata
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento				
Setor	URGÊNCIA	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada				ELIENE
	DEMANDA ESPONTANEA				
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 mob
Luc do PACS

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

a

f_x 30 40 50 MC (D)

SADT - Exames Complementares

DT - Exames Complementares

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

APRAZAMENTO

[illegible]

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
(/) Transferência para: en 1

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

) IML Anatomia Patológica

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não

Destino: () Família

Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Jardim Glória, Tel. (95) 2121-0620

Assinatura do Paciente ou Responsável

AUTENTICAÇÃO

Carimbo e Assinatura do Médico

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

© 2019
SOTECH - Soluções em Tecnologia
134 - Inteligência em Saúde
Vers. 4.2.57 - 01.09.20

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Dra. Amanda Pinatto
Médica
CRM-RR 2153



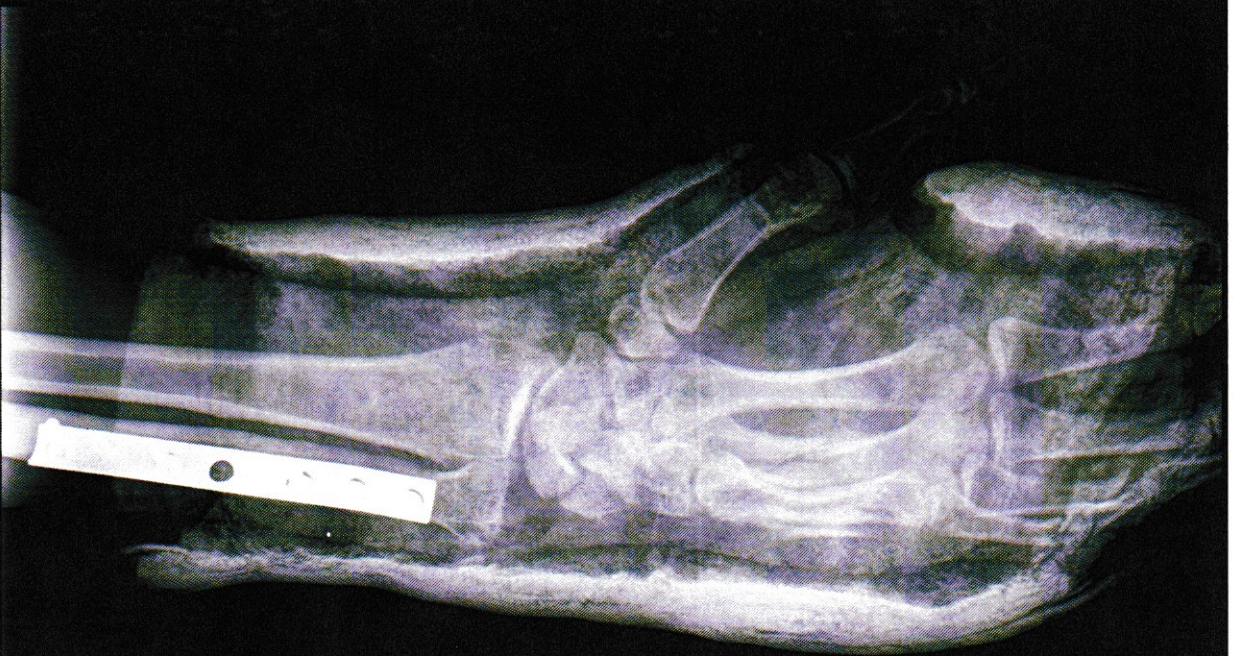
Autopeça

Tensão contínua nível (D)
LX 3º, 4º e 5º MTC (D).

CD: Implantação
Sintetização

Alta -

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 4007



JERFESSION FIRMINO

995

HOSPITAL CORONEL MOTA

29/01/2020

Marcos

60.7 %

DIREITO

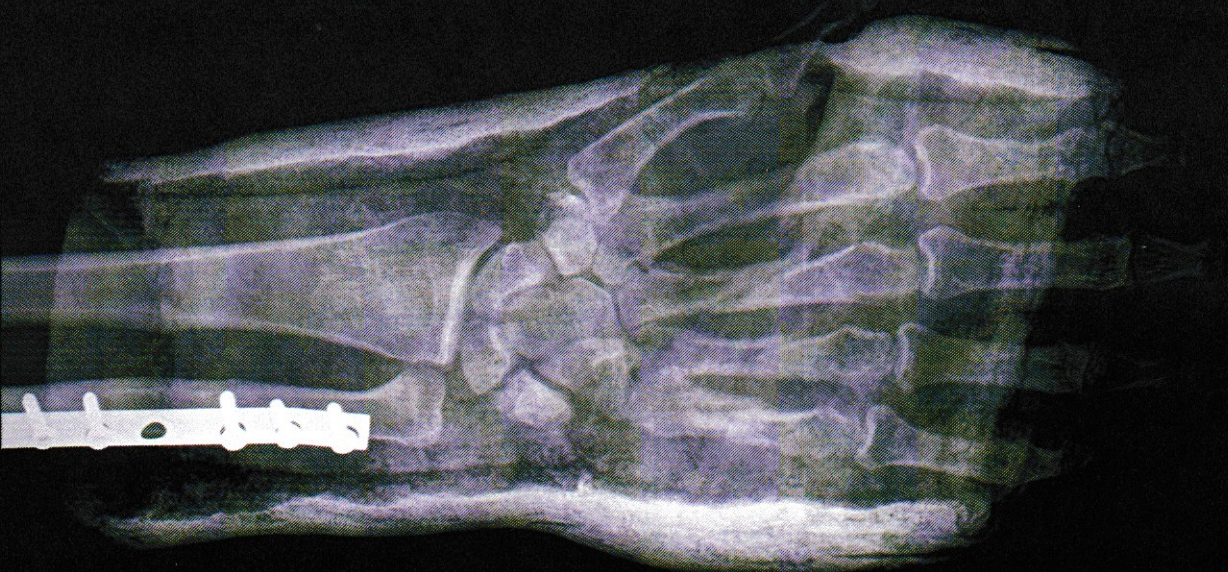


JEFFERSON FIRMINI DEMETRIO
30 ano(s) 10-10-1989

25-12-2019 16:24:10
POLICLINICA COSME E SILVA



D



JERFESSON FIRMINO

995

HOSPITAL CORONEL MOTA

29/01/2020

Marcos

60.7 %



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

NOME:

Ceudo Medeiros

RECEITUÁRIO

O paciente, Jefferson Firmino Demotus, vítima
de acidente de moto 25/12/2019 com trauma
direto em mão D e Fratura 3 4 e 5 dedos
deste trator comunidade com Sme.

Após consolidação e peritosteose teve
alta depois de 4 meses de cuidado (29/04/2020)
Atualmente quer se dar bem e melhorar os
movimentos.

do grupo: fratura do osso III, IV e V Metacarpo D
Cicatriz linear sobre a mão: 17 de Fratura e 17 de
Demolida de 17 de Fratura de 17 de Fratura

HP: Sequela de Fratura III, IV e V Metacarpo mão D
em paciente imobilizada ao longo do tempo e com
deformidade total dos dedos e diminuição da preensão

DATA: 04.05.2020

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinheiro - Centro - 81110-000 Curitiba - PR
FONE: (41) 3331-1100 - FAX: (41) 3331-1101

Carlos Eduardo C. G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia



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

NOME:

Cendo Médico

RECEITUAR

O paciente, Jefferson Firmino Demotus, vítima
de acidente de moto 25/12/2019 com trauma
direto em mão D e Fratura 3 4 e 5 dedos
deste trator comunidade com Sme.

Após conduta e fisioterapia teve
alta depois de 4 meses de acurdo 12/9/2020
Atualmente quer se dar bem e melhorar os
movimentos.

do grupo: fratura do carpo III, IV e V Metacarpo D
Acute, leve, sem lesão de tendão: 1º do 2º e 3º do 4º
Juntura de flexão total do dedo

HP: Sequela de Fratura III, IV e V Metacarpo mão D
em paciente imobilizada ao longo tempo e com
do flexão total dos dedos e diminuição de preensão

DATA: 04.05.2020

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinheiro - Centro - 66010-000
FONE: 36.581.100 - FAX: 36.581.100

Carlos Eduardo C. G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia

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

Valoração 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:**



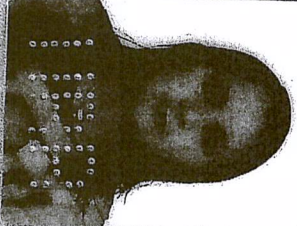
Observações: @ PÁG 7, RELATÓRIO MÉDICO DE 04/05/2020

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
	
POLÍCARBONATO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

