

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: 4 - Nome completo da vítima:

632.093.142-68 Sebastiana da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - e-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 8294 5 CONTA: 1.293 9
(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 (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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ 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

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003342/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/04/2020 08:19

Data/Hora Fim: 25/04/2020 08:20

Origem: Polícia Judiciária

Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre

Data/Hora do Fato: 06/01/2020 11:45

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)

Bairro: zona rural

Ponto de Referência: vicinal samaúma

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIANA DA SIKVA OLIVEIRA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 20/01/1970	Idade: 50 anos
Naturalidade: MA - Vitorino Freire	Profissão: Agricultor		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Rita da Silva Oliveira	Nome do Pai: Romão dos Santos Oliveira		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 632.093.142-68

Endereço

Município: Alto Alegre - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Descrição celta	CPF/CNPJ do Proprietário 034.377.662-60
Placa jxp0522	Renavam 00123977118
Número do Chassi 9bgrz08109g247142	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Marca/Modelo GM/CELTA 2P LIFE	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Sebastiana da Sikva Oliveira	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU NESTA DEPOL/AA A COMUNICANTE PARA INFORMAR O SEGUINTE FATO. QUE ESTAVA COMO PASSAGEIRA DO VEICULO GM/CELTA/2P/LIFE, PLACA JXP 0522, CHASSI 9BGRZ08109G247143 DE COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DE SEU FILHO THALIS OLIVEIRA SOUZA PELA VICINAL DO SAMAUMA. QUE EM



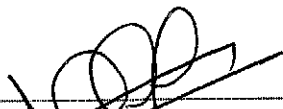
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 003342/2020-A01

DETERMINADO MOMENTO O CONDUTOR DO VEÍCULO PERDEU A DIREÇÃO DO CORRO O QUE CAUSOU UM ACIDENTE DE CAPOTAMENTO. QUE A COMUNICANTE SOFREU VÁRIOS FERIMENTOS COMO: QUEBROU A CLAVÍCULA, FERIMENTO NA MÃO E OUTROS LEVES. QUE REGISTRA ESTE BO PARA INFORMAR AS AUTORIDADES COMPETENTES.
É A INFORMAÇÃO

ASSINATURAS


Aquilino Anunciato Lima Level
Responsável pelo Atendimento

Sebastiana da Sikva Oliveira
(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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Falsa e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Wesley Costa de Oliveira
Delegado de Polícia
Matrícula 42000042

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: 4 - Nome completo da vítima:

632.093.142-68 Sebastiana da Silva Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - e-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 8294 5 CONTA: 1.293 9

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ 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

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200166476

Vítima: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

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: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000008294-5

Conta: 000001293-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200166476

Vítima: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

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 CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08294-5

CONTA: 000000001293-9

Nr. da Autenticação 6792C169A8F97715

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129774/20

Vítima: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 632.093.142-68

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 06/01/2020

Titular do CPF: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA : 632.093.142-68

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: 05/05/2020
Nome: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 632.093.142-68

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200166476 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/01/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/3//4/9/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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: X

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: Sebastiana da Silva Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Agricultora ORG: 174.748 CPF: 632.093.142-68
ENDEREÇO: V. 02 Zimarra 51 Padre cic.

VÍTIMA: Sebastiana da Silva Oliveira
CPF: 632.093.142-68 DATA DO ACIDENTE: 06/10/2020
NATUREZA: () DAMS (X) 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

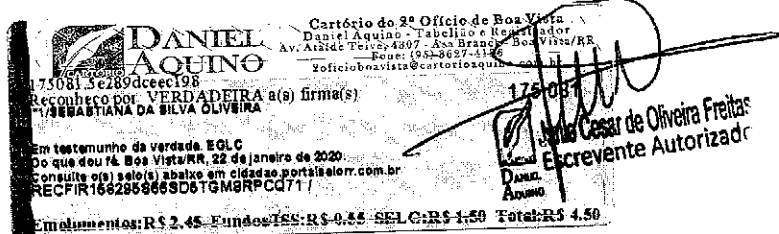
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista/RR, 22 de Janeiro de 2020
Sebastiana da Silva Oliveira
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200166476 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/01/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/3//4/9/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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: X

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ


Polegar Direito



Sebastiana da Silva Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 174748 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/04/2019

NOME SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO ROMÃO DOS SANTOS OLIVEIRA
RITA DA SILVA OLIVEIRA

NATURALIDADE VITORINO FREIRE - MA

DOC ORIGEM CERTD CAS 258 FLS 58 LIV B-002

MUCAJAI - RR

CPF 632.093.142-68

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO 20/01/1970

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Presencial de Atendimento Civil
Secretaria do NAC

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

P1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
71

Nº REGISTRO
04452412011

VALIDADE
22/08/2015

Nº HABILITACAO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Edilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502

Elenilde Alves Leal
Enfermeira
Coren-RR 353 429-ENF



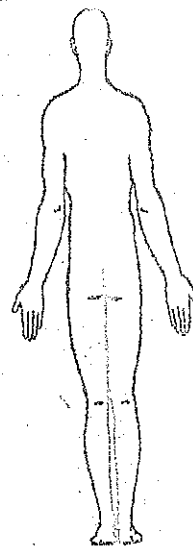
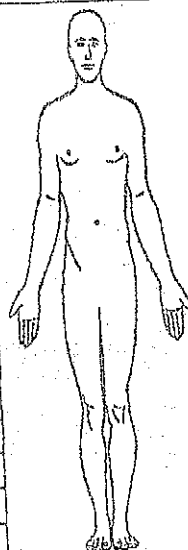
PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



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

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ () Com cartão () Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO _____
--	--------------------------------------

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (decerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA 49 ANOS VITIMA
DE ACIDENTAMENTO NA VILINA DO PR. TAMARA A MOVA
VIA ATE AVIA SOLICITADO O SAMU MAIS
NO CILONETRO DO PR. DA FERIA R. D
INTERMEDIARIA A MEINHA JA VINHA SENDO
CONDUZIDA NA AMBULANCIA DO SAMU A VITIMA
SOFREU UM TRAUMA NA REGIÃO SUPRA
DE FRATURA DEFRACADA A UNIDADE DE SAUDE
HOSPITAL HEAL A UNIDADE DA DR. DE PLANTÃO
ELABORAR

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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

Uso
UVE

2001206103 06/01/2020 14:47:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA
Tipo Doc: Documento
ID: 174748
Mão: RITA DA SILVA OLIVEIRA
Endereço: RUA - SN - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR

Data Nascimento: 20/01/1970 Idade: 49 A 11 M 17 D
Estado Civil: SOLTEIRO (APARDA) Raça/Cor: MA
Pai: ROMAO DOS SANTOS OLIVEIRA

CNS: 701402664850937
Naturalidade: VITORINO FREIRE - MA
Contato: (95) 99131-5663

CPF: 63209314268
Nacionalidade: BRASILEIRA
Ocupação: _____

DIURNO 07-19 27 Prontuário: 177386

Class. de Risco: _____ Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO
Setor: GRANDE TRAUMA

Nº da Carteira: _____ Validade: _____ Autorização: _____ Sis Prenatal: _____

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: AMBULANCIA (HOSPITAL)
Profissional do Atend.: _____ Procedência: _____ Temp.: _____ Peso: _____ Pressão: _____

Procedimento Sol.: _____ Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: _____

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234567890 RV: 1234567890 MRV: 1234567890

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

PACIENTE ENCAMINHADA DE AUTO ACIDENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILIAR, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA DIREITA.

Exame Físico: PACIENTE ACIMA DO LOMBO ANAESTESICO EM ALTO ACORTE.

BEO, LO FE, AAA, LONADO, HONATADO, GURMECA

Hipótese Diagnóstica

Fratura de Clavícula?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

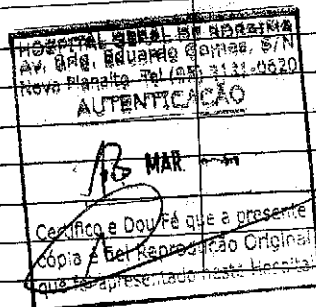
OBSERVAÇÃO

Solicito Rx de CLAVÍCULA @.

SUTURA PAINHO @

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142

Laudite Junior
Médico
CRM-RR 1882



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Révella
☐ 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

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 06/01/2020 14:48:04

© 2003
SISTEMA - Sistema de Informação
VIA - Via de Acesso ao Sistema
VIA - 4257-01/2020



2001206103

Oute para

Fusuma cantino um acurcula (1)

RX unidenciadas fusuma de d/3 unido com
amio com potu'ul co fto enngico. Ao elom: L'au'au
de up'is'co' o'ma.

CD: Ao NIR
Euc'au'au'ho co HC.

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

Trompf - 08/01/2020

NIR

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
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		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - SÉRIE
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº DO BILHETE
36 - CNPJ EMPRESA		37 - SÉRIE
38 - CNAE DA EMPRESA		39 - CBOR
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
41 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO		
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - Cód. ORGÃO EMISSOR
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																							
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																							
PRESCRIÇÃO MÉDICA																							
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																				
PACIENTE: <i>Silvana da Silva Oliveira</i>																							
DIAGNÓSTICO: <i>fratura da tíbia e fíbula</i>																							
ALERGIAS:		HAS	DM2																				
IDADE:	LEITO	DATA	<i>06.02.2020</i>																				
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>SND</i>																					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>MANUTEN</i>																					
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	<i>SN</i>																					
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	<i>SN</i>																					
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>124 08 16</i>																					
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	<i>SN</i>																					
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA <i>18:23</i>																						
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>SN</i>																					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	<i>SN</i>																					
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																						
20	SSV + CCGG 6/6 H																						
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 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																							
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. #SOLICITADO: #CONDUTA: #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:																							
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S. N. Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 18 MAR 2020 Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução original que foi apresentado neste Hospital																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	6 H				12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR																				
6 H																							
12 H																							
18 H																							
24 H																							

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:23 Internar
PA 120 x 80
F = 80 T = 36,6

Dr. Roberto Rodrigues Oliveira
Téc. Internação
Correspondente

121-2
121-2
121-2

LONG

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																							
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																							
PRESCRIÇÃO MÉDICA																							
DATA DE ADMISSÃO		D/H	DN																				
PACIENTE: <u>Sebastião da Silva Clementino</u>																							
DIAGNÓSTICO: <u>Fx. clavícula</u>																							
ALERGIAS:		HAS	DM2																				
IDADE:		LEITO	DATA																				
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE		SNP																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã																				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		14 20 02 08																				
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN																				
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		SN																				
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		06																				
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN																				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		SN																				
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																						
20	SSVV + CCGG 6/6 H																						
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 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																							
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO : # CONDUTA : # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :																							
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					PA	FC	FR	6 H				12 H				18 H				24 H			
	PA	FC	FR																				
6 H																							
12 H																							
18 H																							
24 H																							
MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

HC

Eu Sebastião da Silva Oliveira, CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 08 de junho de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 08 de jun de 2020. Hora: 14:10

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1909, RA

Dr. Marcos Marcelo
Médico
CRM-RR 1909



fkc

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 06 / 01 / 2020

PACIENTE: Sirlanete da Silva de Oliveira

DN: 20 / 01 / 2020

DIAGNÓSTICOS: Fratura de Anca

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Sala de Juro R+ 38

2- PACIENTE: () ACAMADO (X) DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: (X) VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? (X) SIM () NÃO
() AGUARDANDO5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? (X) SIM () NÃO
() AGUARDANDO6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM (X) NÃO
() AGUARDANDO7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM (X) NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____

PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Soro Gama Puri - ep

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BGG, LOTO, CHAIA

Boa Vista, 06 de Janeiro de 2020. Hora: 16:44

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RJ 2007

CRM RJ 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. André Lucas Murelho
Médico
CRM RJ 1904

CRM /

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

(X) HC () HLI () HMI () OUTRO

D

SEBASTIANA DA SILVA OLIVEIRA

20-01-1970

05-01-2020

199.9%

AP DIR

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

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

Denilze Correia Dantas

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

Sebastião da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o nº 632.093.142 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Sebastião da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o nº 632.093.142 / 68 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>Av. General Azeiteiro</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@hotmail.com</u>		Tel. (DDD): <u>(95) 99117-539</u>

Local e Data: Boa Vista-RR 23 de Março 2020

Denilze Correia Dantas

Assinatura do Declarante

**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: 4675277

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 02/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-JAN-20 a 21-FEB-20
CONSUMO (kWh) 795	VENCIMENTO 16-MAR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97

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 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97
-------------------------	----------------	-----------------------------

836900000065.699700750002.000000001024.074902200059





Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



4229843

SEU CÓDIGO

0540403-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Barcos, 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

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi aprovada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZ/18	11/12/2018	187	61,81

SEBASTIÃO DA SILVA OLIVEIRA
V. VC 02 SAMAUMA ST PADRE CIC - RURAL
CEP: 69.340-000 - VILA NOVA ESPERANÇA/SAMAUMA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 3759 Anterior: 28 Dias de consumo: 1.088 Constante de Multiplicação: 187 Consumo medido: 187 Consumo Faturado:	Atual: 18/11/2018 Anterior: 16/01/2020 Próxima leitura: 18/12/2019 Emissão: 16/12/2019 Apresentação:	Grupo/Subgrupo: RURAL Classe/Subclasse: MONO Ligação: 100000573 Número Medidor: NORMAL Forma de Faturamento: Modalidade:

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	61,81
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00	0,15
MULTA POR ATRASO (2X)	3,68
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	0,82

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 107 - 0,469500



Média 12 meses: 203

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26