

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127682/20

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

CPF: 577.536.522-49

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 03/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO MORAIS SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

COSMO MORAIS SOUSA : 577.536.522-49

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: 30/04/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200163904 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSMO MORAIS SOUSA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 INTENSA DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTOS NO ANEXO 1 DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO NÃO PERTENCEM A VÍTIMA DESTE SINISTRO

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

2001204873 03/01/2020 09:41:19 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA DIURNO 07-19 69

Paciente **COSMO MORAIS SOUSA** Data Nascimento **06/03/1970** Idade **49 A 9 M 28 D** CNS **704605148741327** CPF **57753652249** Prontuário **00176796**
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **1385154** Órgão Emissor **SSP/MA** Data Emissão **M** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **APARDA** Nacionalidade **MONCAO - MA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **EXPEDITA MORAIS SOUSA** Pai **NC** Contato **(95) 99172-2723** Ocupação **GARÇOM**
Endereço **AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS** N° da Carteira **SUS** Validade **SUS** Autorização **SUS** Sis Prenatal **SUS**
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **KERYLEN LORRAYNA** Procedência **Temp.** Peso **Pressão**
Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: KERYLEN LORRAYNA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123458

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **07:19** h)

Pct Pronto de HC, ulceu rest

Exame Físico *Ambo. 6 O/ Hatozo distendido em região ventral do pi D*

Hipótese Diagnóstica *Mulher*

SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

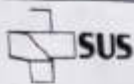
PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
AO CC
ALTA Hospitalar

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
☐ Alta a Pedido ☐ Data e Hora da Saída/Alta: **1 / 1**
☐ Alta a Transferência ☐ Transferência para: **1 / 1**
☐ Transferência para: **1 / 1**

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **1 / 1**

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: kerylen.lorrayna Data Hora: 03/01/2020 09:44:11



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

PAAR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Osório Moraes Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176496

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7104160511487141327

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/03/70

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Expedito Moreira Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

15991172272

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. 01 de julho 531 centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alto Alegre

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

1

15 - UF

RN

16 - CEP

69350970

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx após 2o pcr + náuseas ole ole
2º PDS (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Arritmia

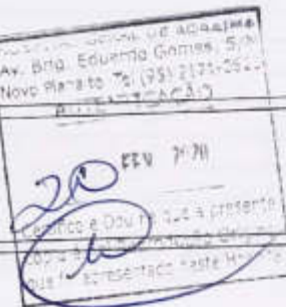
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exo Lr - 1 P+

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Desobstrução em 2º PDS (D)

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

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/01/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BPA



BOLETIM OPERATÓRIO

Carmo Manoel Souza

Data

05/11/10

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Paulo

1º AUXILIAR:

Dr. Sumando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto em DDL com esguinhadura;
2. AA + COE;
3. LMC Glocantina + desmoldamento + colocação de FE em punho (D) + Sutura + Curativos;
4. A RPA.

Assins Arminio Arruda
 11/11/10 15:03 RPA

Dr. Arminio Arruda
 Ortopedista Traumatologista
 CRM-RR 12437-02-550

Sumando R. Carmo
 CRM-RR 2007

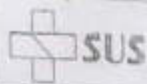


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

49a

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Cosmo Morais Sousa		119-02	1901181902	03/11/13	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixação Externa de Tornozelo Direito.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:50	19:25		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Res. Pablo	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano		
1º AUXILIAR	Res. Fernando	RES. ANESTESIA:	Res. Marcos		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRCUANTE		Elizangela F. Hilma			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
TIPO DE ANESTESIA: Raque					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
2	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 2.0 + 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL Atadura de crepom	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO Jelco n: 18	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equipe macrolitos	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
2	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA cateter O2	
3			1	OUTROS Agulha P/ raque	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Suellen e Erika	SUB- TOTAL			
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EMPREENDEDOR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Cosmo morais Sousa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

704605148241327

06/03/70

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Expedita morais Sousa

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Alto Alegre

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com febre alta, tosse, dor no peito e falta de ar há alguns dias.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Infecção respiratória aguda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

07/11/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÍMBOLO

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ SAO PRECATORIO

☐ INAPRECIADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

☐ CNS

☐ CNP

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0415040035

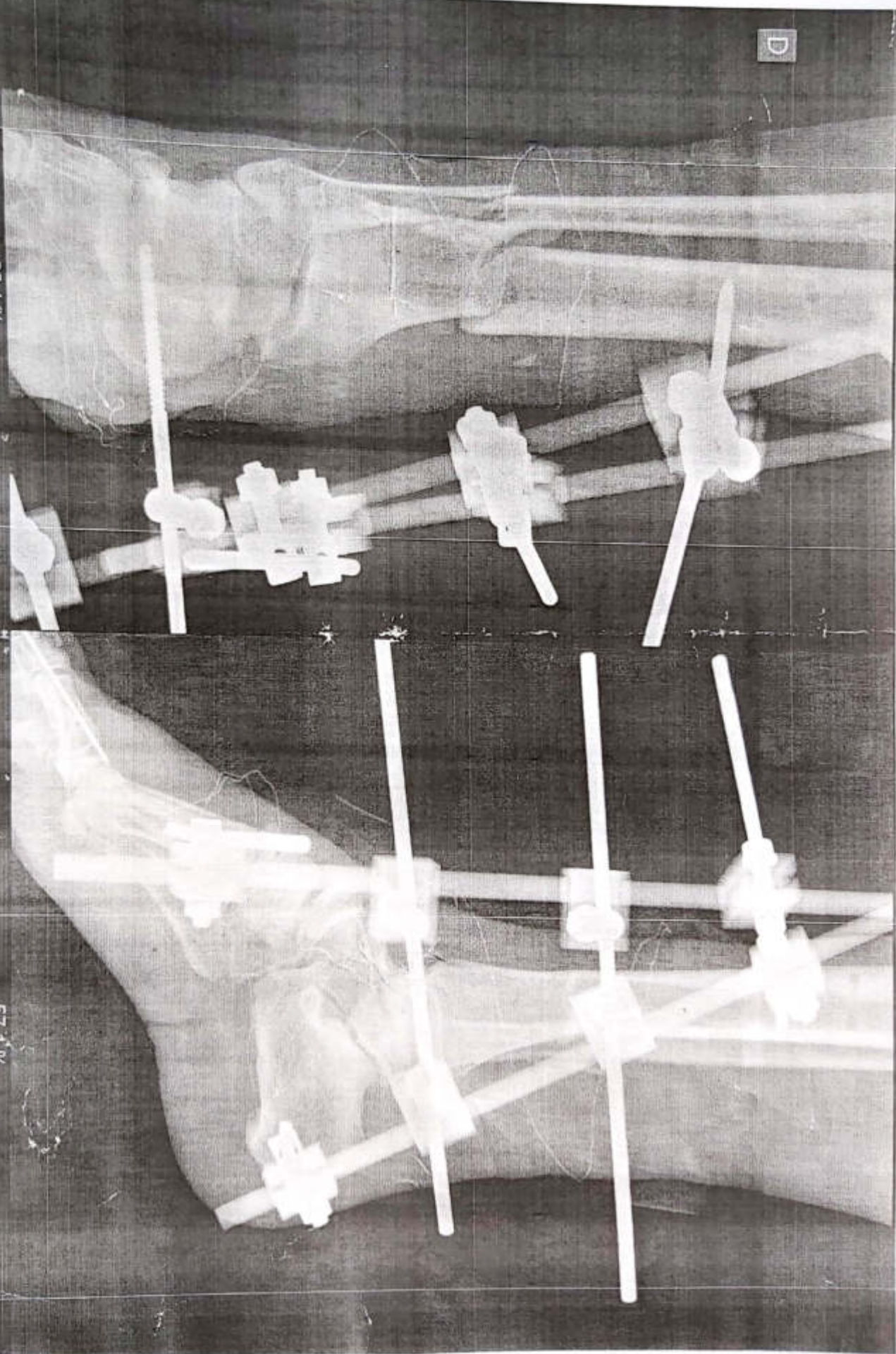
R02

5828

V299

2.11

D



66,4 %

57,1 %

COSMO MORAES SOUZA
HOSPITAL DAS CLINICAS

ID: 2857
Data: 12/06/2019

Nr: 429
Tec: SUELI

D



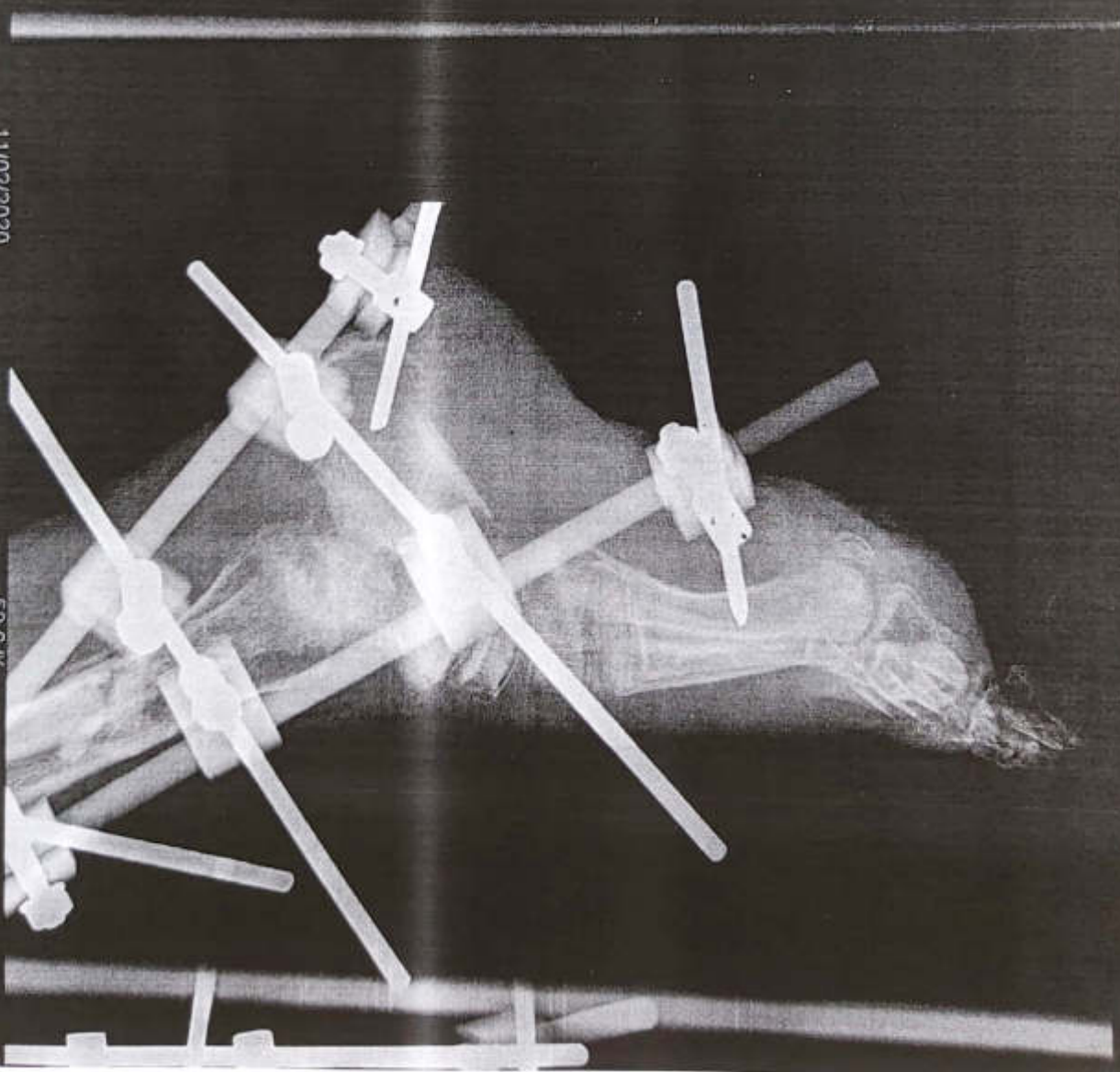
10/2/2020

62.5 %

COSMO MORAIS SOUSA

HOSPITAL CORONEL MOTA

1606



11/02/2020

58.0 %

Cloudoaldo

TRABALHADOR

Este é o Meu Cartão de Trabalho - CTPS, emitido pelo
 então Presidente Carlos de Faria, 10/05/80, de acordo com a Lei nº
 2.246/82, de 24.10.1982 - que garante a todos os trabalhadores
 da Previdência Social o direito de ter um documento que ateste
 sua condição de trabalhador e a sua contribuição para a
 previdência social.

Neste documento, você pode ter acesso a
 todos os dados pessoais e profissionais que
 constam no seu registro.

Este documento é válido por 10 (dez) anos.

O conteúdo do CTPS é de caráter pessoal e
 não pode ser usado para fins de identificação
 profissional ou para fins de identificação
 profissional ou para fins de identificação

Devido à importância deste documento, a
 Lei nº 2.246/82, de 24.10.1982, garante a
 todos os trabalhadores a garantia de
 manter o seu documento em sua posse e
 de não ser obrigado a entregar o mesmo
 para qualquer finalidade.

Este documento é emitido em duas vias:
 uma para o trabalhador e outra para o
 órgão responsável pela emissão.

Este documento é válido por 10 (dez) anos.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.26253.66-5

1791877

0040

RR

COSMO MORAIS SOUSA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



COSMO MORAIS SOUSA

FILIAÇÃO COSMO MORAIS SOUSA

EXPEDITA MORAIS SOUSA

NASCIMENTO 06/03/1970 SEXO MASCULINO

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE MONÇÃO - MA

DOCUMENTO R.G. 1385154 SESP MA 11/10/1988

LEI Nº 3.048, DE 18 DE MAIO DE 1986

CNPJ 577.536.522-49

TIT. ELEITOR 178062321147 SEÇÃO 0329

LOCAL DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/10/2013

Assinado eletronicamente pelo Ministério do Trabalho e Emprego

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746366495
 01 00816094594 2017

MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS

696.965.132-72
 NAO7350

9C2HA07104R013109

HONDA/C100 BIZ ES
 2003 2004

2P/0097CC/
 PARTICU VERDE

ISEM10*
 1º *****
 2º *****
 3º *****
 ISEM10(+ DE 10 ANOS)

R\$0.7 R\$185.5

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA A
 MAZ OCIDENTAL DETRAN-RR LEILAO 06/17 LBT

RDA VISTA-RR 17/11/2017

VEICULO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTOR SEM TRANSFERENCIA DE PROPRIEDADE CARGA ALIENACAO
 TRANSFERENCIAS DE DANO DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013746366495 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO
 2017 17/11/2017

VIA 01 00816094594 132-72

00816094594 HONDA/C100 BIZ ES

2003 9 9C2HA07104R013109

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
 R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOE (R\$) TOTAL SEM DANO SEGURO (R\$)
 R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURO LIDER DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04 013746366495
 21828620024

JUL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCULOS CRUZ



Polegar Direito



Raimundo Nomato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CAIXA DE IDENTIFICAÇÃO

357035-5

28/01/2016

RAIMUNDO NOMATO SILVA

YANGELINA PEREIRA SILVA

15/09/1968

CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

YARGEN GRANDE-MA

475.628.463-91

AMADOR MOCHIA TRIANI

3 VIA

7



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.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Nota
VOC
TOD

1901171436

08/10/2019 14:28:36

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 14

Paciente

WERVETON DA SILVA CAETANO

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

4188624

SSPRR

M

SOLTEIRO(APARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

MARIA L SILVEIRA DA SILVA

OSMAR DOS SANTOS

Contato
(95) 99111-5311

Endereço

RUA - LAURA PINHEIRO MAIA - 2945 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Ocupação
NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

EDLANA.BRIGLIA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

*paciente acidente de moto - lesão
cabeça XV. Ref. de autorização 25
CABR U.*

Exame Físico

*Re
-ovos*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Fratura de fêmur (E)



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: *Ortopedia*

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edlana.briglia
Data Hora: 08/10/2019 14:29:49

© 2019
Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Boa Vista - RR - 69200-000



1901171436

NIR

transf. 10/10/19

Anexo I



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

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

Wimontau da Silva Cardoso

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175792

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 4 8 0 5 0 9 2 3 2 6 8 4 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/11/96

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria d silveira da silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Laura Pinheiro Maia, 2945, Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Br

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RIR

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fractura do fêmur de Jm (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumor do fêmur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura do fêmur de Jm

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Osteosíntese

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

J. Silva

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/10/19

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/10/19

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

0308010019
T068
5273
U499

NIR

transf: 10/10/19

Anexo I



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

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

Wenderson da Silva Calmon

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175792

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704805092326840

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/11/96

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria d silveira da silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Laura Pinheiro, Maia, 2945, Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bv

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RIR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura diagnóstica de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diagnóstica de fêmur esquerdo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Joaquim

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/10/19

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

Dr. Fernando Rozende
Médico Radiologista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/10/19

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

0308010019
T068

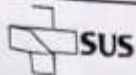
5273

W499

NIR

transf: 10/10/19

Anexo I

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

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

Wanderlan da Silva Calmon

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175792

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704805092326840

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/11/96

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria d silveira da silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Laura Pinheiro e Maia, 2945, Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bv

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RIR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Insuficiência cardíaca de 1º grau (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno Circunscrito

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca de 1º grau

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Obstetria

25 - CLÍNICA

Obstetria

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

Dr. Fernando Rezende

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

NIR

transf. 10/10/19

Anexo I



SUS

Sistema
Unico de
Saúde Ministério
da Saúde

NIR

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

Wanderlan da Silva Calhoun

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175792

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704805092326840

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/11/96

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

maria d. Silveira da Silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Laura Pinheiro, Maia, 2945, Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bv

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

R12

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura diagnóstica de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumoramento Cíngico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diagnóstica de fêmur esquerdo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Joelma

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/10/19

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

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/10/19

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

0308010019
T068
5773
W499

112-12



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

16/08/2019

DN

PACIENTE: Wellington da Silva Cardoso

DIAGNÓSTICO: FX humero direito (E)

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

DM2

LEITO

DATA

06/10/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV	ALGORA
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN 21
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN 01/10
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	26
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	SN
20	SSV + CCGG 6/6 H	ROTINA
21	CURATIVO DIÁRIO	REALIZAR

Dr. Fernando Rozende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2807

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Rozende

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	139 x 86	93	36,8°C

06h

150 x 98

92

36,9°C

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PA = 120 x 100 mmHg

85 BPM

FX 366

Prescrito para o leito
Bloco A 70

Bloco A - 70

Certifico que o paciente foi atendido e que a prescrição foi realizada.
Data: 16/08/2019
Assinatura: [Assinatura]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721111 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determinou 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, seguro de saúde e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, supervisionar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.032/95.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.828.463 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário COSMO MORAIS SOUSA
(a) no CPF sob o Nº 577.536.522 / 49 do sinistro de DPVAT, cobertura INVALIDAÇÃO
COSMO MORAIS SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº _____
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 acima 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	
Rua: 05		121			
Cidade	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Bom Vista	RR	09.317-402		
E-mail		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

Bom Vista, RR de ABRIL de 2020
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 04/2020

VENCIMENTO: 15/05/2020

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16541842
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/03/2020	04/04/2020	29	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
03/2020	0	02/2020	0	01/2020	0
				12/2019	0
				11/2019	0
				10/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,93
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARTA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	04/2020	17	43,74	05.1970



82690000000-9 43740004001-4 00099358101-6 04202080003-5





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 04/2020

VENCIMENTO: 15/05/2020

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16541842
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/03/2020	04/04/2020	29	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
03/2020	0	02/2020	0	01/2020	0

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 19201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	04/2020	17	43,74	05.1970

82690000000-9 43740004001-4 00099358101-6 04202080003-5



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:

577.536.522-49 Cosmo morais Sousa

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

5 - Nome completo:

Cosmo morais Sousa

6 - CPF:

577.536.522-49

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

RUA - 05 NUM

9 - Número:

121

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Cidade Satélite

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-471

15 - E-mail:

monato.silva.638@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

95

16 - Tel. (DDD):

991144021

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (velhos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

Estou ciente de que a 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:

BOA VISTA 20/04/20

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 POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:17 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:54
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/02/2020
Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Bairro: ZONA RURAL
Logradouro: VICINAL QUE DE ACESSO DA COMUNIDADE RAIMUNDÃO 1, FAZ. SANTA
Complemento: CASA

CEP: 69.350-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: COSMO MORAES SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1970 Idade: 49 anos
Naturalidade: MA - Pindaré-Mirim Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Expedita Moraes Sousa
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 577.536.522-49

Endereço

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: RUA UNIÃO Nº: S/N,
Complemento: RUA
Bairro: CENTRO CEP: 69.350-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/C 100 BIZ ES	CPF/CNPJ do Proprietário 696.865.132-72
Placa NAO7350	Renavam 00816094594
Número do Motor HA07E14013109	Número do Chassi 9C2HA07104R013109
Ano/Modelo Fabricação 2004/2003	Cor VERDE
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira
Impresso por: João Livamar Rodrigues Pinho
Data de Impressão: 05/02/2020 09:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Digitizado com C



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Nome Envolvido

Cosmo Moraes Sousa

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, O SENHOR ACIMA QUALIFICADO PARA RELATAR QUE; NO DIA 03/11/2019, TRAFEGAVA NA RUA UNIÃO(ALTO ALEGRE) EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ/C100, ANO DE FAB.2003/ MOD. 2004, VERDE, PLACA NAO7350, CHASSI 9C2HA07104R013109, (EM NOME MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS) QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO(CAMIONETE) QUE NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE A VÍTIMA FRATUROU O PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS.

ASSINATURAS

João Livamar Rodrigues Pinho

Agente de Polícia
Matrícula 042000599

Responsável pelo Atendimento

Cosmo Maria A. Sousa

Cosmo Moraes Sousa
(Comunicante / Vítima)

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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200163904

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSMO MORAIS SOUSA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: COSMO MORAIS SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000019520-0

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



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:

577.536.522-49 Cosmo morais Sousa

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

5 - Nome completo:

Cosmo morais Sousa

6 - CPF:

577.536.522-49

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

RUA - 05 NUM

9 - Número:

121

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Cidade Satelite

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.471

15 - E-mail:

monato.silva.638@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

95

16 - Tel. (DDD):

991144021

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2084

2

CONTA:

19520

0

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente

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 (velocidade)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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:

BOA VISTA 20/04/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200163904

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSMO MORAIS SOUSA

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSMO MORAIS SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000019520-0

Nr. Autenticação

BRDESCO1305202005000000000023702084000000019520253125 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127682/20

Número do Sinistro: 3200163904

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

CPF: 577.536.522-49

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 03/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO MORAIS SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 04/05/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
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-0127682/20

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

CPF: 577.536.522-49

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 03/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSMO MORAIS SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

COSMO MORAIS SOUSA : 577.536.522-49

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: 30/04/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: COSMO MORAIS SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: RECURSO
RG: 138.5154 SSP/RR CPF: 522.536.522-49 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 121
BAIRRO: CIDADE SATELITE CIDADE: Bom Vista /RR
CEP 69.312-421

VÍTIMA: COSMO MORAIS SOUSA
CPF: 522.536.522-49 DATA DO ACIDENTE: 03/11/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECURSO
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Alto Alegre, 05 de fevereiro de 2020

Cosmo morais souza
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) COSMO MORAIS SOUSA

Alto Alegre/RR, 05 de fevereiro de 2020.

SELO TJRR: RECFIR158253R6OHC2TVB8K1BM1

Data/Hora: 05/02/2020 12:01:50, Total: R\$ 4,50

Emolumentos: R\$ 2,45, FECON: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO:

RS 0,10, FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$

1,50, Consulte em <https://cidadao.portalselorr.com.br>.

JANAINA DA SILVA MACIEL - auxiliar de cartório



Janaina da Silva Maciel
Auxiliar de Cartório