

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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200185336

Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO MOURAO DE 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



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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200185336 **Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA**

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO MOURAO DE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000027570-5

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

911.322.232.53 Cláudia Moura de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

911.322.232.53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

9 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

10 - E-mail:

11 - Rua: Gerais R. Grão Mestre Cláudia B. da S. Bento

RR

69.317.372

99113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE 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 da direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: ITAU

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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.

23 - DECLARAÇÃO DE TÍTULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE VÍTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (m. 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:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (váncer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 aplicação do artigo 299 do Código Penal.

34

informações
detalhadas
sobre a
vítima e
beneficiários

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data:

Brasil, RR, 13 de Maio de 2020

Cláudia Moura de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015169/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2020 19:42 Data/Hora Fim: 07/05/2020 20:04
Delegado de Polícia: Simône Aruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 23/09/2019 17:00

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)
Bairro: centro
Logradouro: Av. Ailton Senna com o cruzamento rua monte Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 28/11/1983	Idade: 36 anos
Naturalidade:PA - Alenquer	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil:União Estável			
Nome da Mãe: Maria da Conceição Mourão de Sousa		Nome do Pai: Idaecio Lopes de Sousa	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 911.322.232-53
RG - Carteira de Identidade: 5148855 RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA GRÃO MESTRE CLAUDIO B. DE ARAUJO Nº: 466
Bairro: EQUATORIAL
Telefone: (96) 99166-1368 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (EN VOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 04.050.068/0003-06	Placa: NAL8068
Renavam: 00789485346	Número do Motor: MD44E-2019635
Número do Chassi: 9C2MD34002R019635	Ano/Modelo Fabricação: 2002/2002
Cor: VÉRMELHA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015169/2020

Modelo HONDA/XR 250 TORNADO	Véhculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 27/09/2002	Situação do Véhículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Claudio Mourão de Sousa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante compareceu nesta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23 de setembro de 2019, por volta das 17:00 horas da tarde, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo XR 250 TORNADO, de cor VERMELHO, de placa NAL-8058; Que neste momento trafegava na Av. Ailton Senna, bairro: centro/RR/Roraima, e ao no cruzar para a rua monte Roraima, um veículo automotor, de cor PRATA colidiu com a motocicleta do comunicante; QUE o comunicante foi arremessado de sua motocicleta; QUE no momento do fato, o comunicante foi socorrido de imediato à colisão pelo condutor desse veículo, que prestou socorro e assistência ao comunicante, conduzindo-o para o Hospital Regional Sul denominado Ottomar de Souza, na ocasião foi detectado um fratura grave no punho esquerdo, que foi immobilizado e o comunicante foi removido pela equipe do SAMU, para realizar procedimento cirúrgico no hospital geral de roraima; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves em seu punho esquerdo, como consta em laudo médico em anexo a este B.O;

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (07/05/2020) devido à gravidade de seus ferimentos e pelo fato desse registro garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia ad-hoc, chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig S. De Souza
Escrivão de polícia "ad-hoc"
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de
Roraima
Matrícula 020116684

RESPONSÁVEL PELA ATENDIMENTO

Claudio Mourão de Sousa
(Comunicante / Vítima)

"Cedam para os devidos fins de direito que sou eu(a) Júz(a) responsável pelas informações acima assinadas e faço que possam responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

911.322.232.53 Cláudia Moura de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

911.322.232.53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

9 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

10 - Complemento:

11 - Cidade:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Tel. (DDD):

18 - Tel. (DDD):

19 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE 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 da direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sujeitar à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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.

23 - DECLARAÇÃO DE TÍTULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE VÍTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (m/civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou

Nasceu

Não

Sim

Não

31 - Vítima

Teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou

País/Províncias

Vivos

Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 aplicação do artigo 299 do Código Penal.

34

requisitos
debito
vítima
de
beneficiária
de
vítima

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data:

Brasil, RR 13 de Maio de 2020

Cláudia Moura de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027570-5

Autenticação:

D57C5EF52803F3B98926CAEA0139A087DF7A9A52C68F28F6A82B57FBB64A9FD4

Matrícula: **1121618**
Abril/2020
Dados do Cliente:

CELIAHAR DA SILVA OLIVEIRA

Endereço para entrega:

 RUA GRACI MESTRE CLAUDIO B. DE ABALJO, NUM.
 86455 - EQUATORIAL BOA VISTA RR 66317-000

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.019.779.0350.000	43	1670	RESIDENCIAL

Hidrômetro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água CORTADO	Situação Esgoto POTENCIAL
--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------

LEITURA FAT.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA INF.			10	0
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

222003	10-0
222002	10-0
222001	10-0
201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
MÉDIA	10

Informações da Fatura Eletrônica de Agosto					
Informações das Penas Fazitadas na Fatura de Agosto					
ITEM	CLASSE	TURBINAIS	OUT	C. TOTALIS	E. TOTAL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
MINUTADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020 0,47

DATA:
15/05/2020
TOTAL A PAGAR
24,30

AVISO: EM 31/03/2020 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

PERIÓDICA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1121618	04/2020	15/05/2020	24,30





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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADERTA, 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 William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cláudia Mavrião de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 911.320.939-53,
do sinistro de DPVAT cobertura Inteleg, da Vítima Cláudia Mavrião de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 911.320.232-53, 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 Lider-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>Rua cc 18</u>	Número:	<u>295</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Itaúna Moinhos</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318.085</u>	
E-mail:	<u>William9926@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista/RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Claudio Moraes de Souza ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/11/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Rx radio (E)

NO DIA 27/11/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteotomia SENDO

OPERADO PELO DR. Rosendo E DR. M. Andrade

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/11/19 AS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/12/19, AS 13:00, COM O
DR. Rosendo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

M. Andrade

BOA VISTA, 28/11/19

Dr. Pedro de S. Paixão
Médico Residente
Cirurgião Traumatologista
MÉDICO

NIR

Anexo I
Transf: 27/09/19

SUS 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

H-E-R

NIR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Claudia Moura De Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO
175729

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/11/83

9 - SEXO

Masc Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição moura de Souza

000

11 - FONE DE CONTATO
N° DO FONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

RR

15 - UF

CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vitima de acidente no local de trabalho os dias 20 e 21/09/19
devido a queda

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. BHq. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (65) 2331-0620
AUTENTICAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

4 RR 2019

Soube
Certifico a Dr. Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

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

História + Exame Físico + Radiologico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de Barton

Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Mat

26/09/19

CNS

CPF

Dr. Odilonach Oliveira
Médico Residente
Raumelologia
08/11/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

- AUTORIZAÇÃO -

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

hfa

OK

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

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

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

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

1901166683	26/09/2019 17:32:35	FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19	182
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS		CPF	Prontuário
CLAUDIO MOURAO DE SOUSA		28/11/1983		35 A 9 M 28 D			91132223253	
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
					M		PARDA	NACIONALIDADE
Mãe					Pai			BRASILEIRA
MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA					NI			
Endereço								Ocupação
RUA -- SN -- BOA VISTA - RR								
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA					37.00	150 x 110
Setor		Tipo de Chegada				Procedimento Sol.		
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA						Registrado por:
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
ENCAMINHADO DE RORAINÓPOLIS AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA								
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL	
NEGA HAS + DM + ALERGIAS MEDICAMENTOSA SPO2 98% FC 56						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 10:20 h)								
Vitória de Almeida Motociclista há 2 dias com FAVINA DE RÁDIO (): ENCAMINHADO P ORTOPEDIA.								
Exame Físico								
-								
Hipótese Diagnóstica								
- RX RÁDIO								
SADT - Exames Complementares								
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:		
PREScrição						APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
-SOU RIO AVAISAO DA OUTORRHO								
						HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Edson do Nascimento, 510 Novo Planalto Tel (55) 3113-0620		
Dr. Hélio Rodrigues Médico CRM-RR 2005						AUTENTICAÇÃO 01-ABR-2020 Greice		
						Certifico que fui de presente copia e fui recolhido o original que foi apresentado neste Hospital		
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação		Data e Hora da Saida/Alta: / / : :		
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		/ / : :		
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: marcia.almeida Data Hora: 26/09/2019 17:35:22				 1901166683				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESSCRIÇÃO MÉDICA



ADM
Adams

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	28/11/83
PACIENTE	Claudio Ildebrando de Souza Fratura de Berber (E)		
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	35	LEITO	DATA 26/09/83
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>X</i> 06 18		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA <i>06</i>		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <i>22</i> 06 14		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <i>3</i> Suspensão		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG <i>22</i>		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTID

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS

SINAIS VITais	6 H	PA	FC	FR
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Oke Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1851/RR	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N Porto Plano - Tel: 35-2121-0210
ATENÇÃO	
01 - ABR 2021	
<p><i>she</i></p> <p>Certifico e deixo feito e presente cópia e fui recolhido -ão Original que foi apresentado neste Hospital</p>	

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00
PM 140 x 110
FC: 73

T: 36.6°C
Tie Thalatofas.

21:50 (INTERVISTA
PZ 143/100
FL 62
F. 76/2 C

Timothy S. Nascimbeni

ADM

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE crimino M. SOUTO				
AGNÓSTICO Fratura de BARTHON Esquerda				
ALERGIAS Y		HAS	NEGA	DM2
IDADE 35 ANOS		LEITO		DATA 27/9/19
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			8h00
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANHÃ
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			8h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12/18 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			8h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			8h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			MF 16:24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			8h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			> suspender
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			8h
13	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO			Rotação
15				
16				
17	AO BLOCO			
18				
19				
20				
21				

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANÍCTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA :

Dr. ABR 2019
Silva
Certifico que fez a presente
cópia e é a real - Dr. Eng. Dr. Eng.
que foi apresentado no leito Hosp.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x90	52		36,5°C
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

Correto
B/E
Deambulada

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu CLAUDIA M. SOUZA CPFnº _____

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 retransferencia 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 clinicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
-
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
 - 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
 - 6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, 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, 27 de 09 de 20 10

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmei 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, 27 de 09 de 20 10. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

Dr. André Lemos Marinho
Médico
CRM-R 1904

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900132508	24/09/2019 19:39:14	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-07	9	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
CLAUDIO MOURAO DE SOUSA		28/11/1983	35 A 9 M 26 D		91132223253		
Documento	Árgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDAD 514885-5	SSP/RR	05/07/2016	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	ALENQUER	
MÃe		Pai	IDALECIO LOPES DE SOUSA				
MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA			Contatos				
Endereço	Cel: 9591237215 ...						
RUA - C - S/N - NOVO HORIZONTE - RORAINOPOLIS - RR							
Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	AutORIZAÇÃO	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÑINICO DE SAÑDE							
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÃNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
	DEMANDA ESPONTANEA		DANIELLY.SOUZA				
Queixa Principal	SAndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma Atípico Respiratória <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <input type="checkbox"/>						
Anamnese de Enfermagem	Talco Até o tal						
Amnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	GSC TOTAL AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Exame Físico	Referência: ossa						
Hipótese Diagnóstica	Fratura Confere com origens						
Fratura	CE: 61.370-070 RR:						
SADT - Exames Complementares	RORAINOPOLIS						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
① Traçado (100 mg) + 100 - 1 de SF 0,9% 318 h							
② analise c/ o de pele							
Condução	21/09/2019						
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão MÃdica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta <input type="checkbox"/> Transferência para:							
Ábito	Wilson Alves Diretor Geral CPF: 300.713.072-0 RUSGOSP						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃo Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							

Assinatura do Paciente ou Responsável

D. L. C. 2019

Carimbo e Assinatura do MÃdico

Carimbo: 24 SET 2019
Assinatura: 24 SET 2019



24/06/85 06:00hs
T: 36°C T: 36.7°C
P: 35 P: 80
R: 20 12:20
m. 120/80 PA: 120/78

Delegado

~~Elson Alves da Silveira~~
Dir. Geral
CPF 308 713 972-
H.R.S.G.O. 3

#

Prct. auxil

, Confero
com origina

modo de l e

Perfe zodologia de

auxil e origina

sobre TTC arrejice

devido instalação dell
se juntar

- De acordo c BV.

verso 0.91, 5,00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOIÁS, R. 25 DE MARÇO DE SOUZA PINTO
B- 174 - Km 468
CEP: 63.370-970
ROÇAMOPOLIS



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR**

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: **QUARTO:** LEITO: **10** N° REGISTRO:

DATA/HORA:		
PREScriÇÃO:	Elson Alves da Silveira	
		RELATO

HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES
508 13:072-000 HRS GO-SP	DIA 00

111

✓ ② Diphos. 24 18. 24 06

Oct. 22nd 1916 16. 64

12 18 24 30

Confere
John C. Smith
Dr Gustavo A. Oropesa
CNYRR 128

VC Furada
Iopedie
1286/GO 10

Diez canales para Boo Verde
O/T/C City/ice.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/05/10 O.S. _____

Jando Gómez

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Wilson Alves da Silva
Diretor Geral
GSP 508713.072-0
HOSP

CIRURGÃO: *Fábio*

1º AUXILIAR: *Neila*

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: *Fábio*

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*O P. G. TIKPA
O suspeito de suspeito de
O anelio e fizeram de 1º procedimento.
O procedimento é
O seno de le polyn
O colostomia em um aberto.
O feto exato e de um resultado
O do RFA*

05.370.01630-00
HOSP. CONVENTO
Bairro: Centro CEP: 63.370-070
RORAIMA
RORAIMA

24/09/2019

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO

CLAUDIO MOURAO DE SOUZA

MASCULINO

50-146

26/11/1983

MAURICIO SOUZA

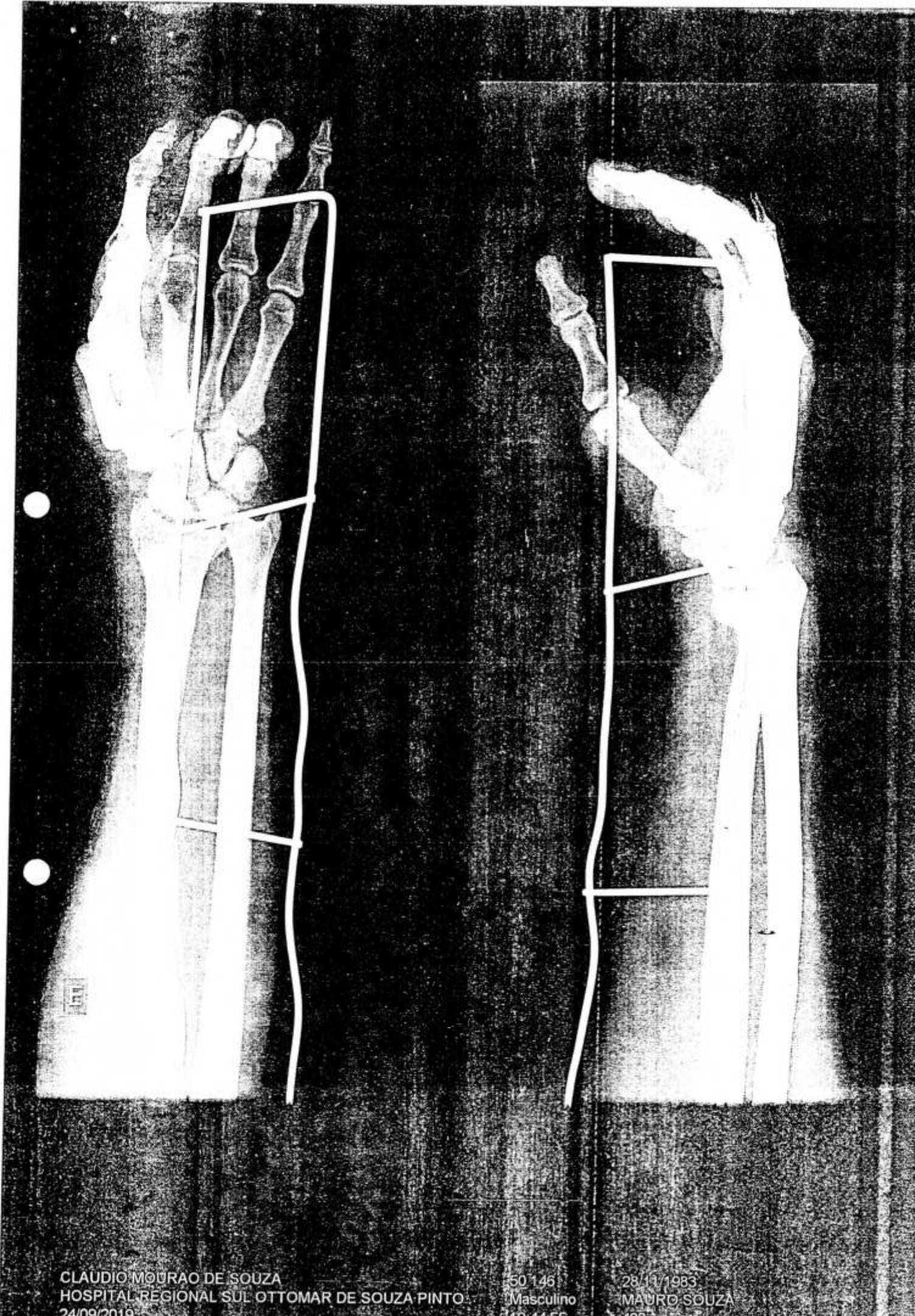
66



Elson Alves da Cunha
Diretor Geral
CRF 508 713 0722
HNSGOSP



Confer
com ordina



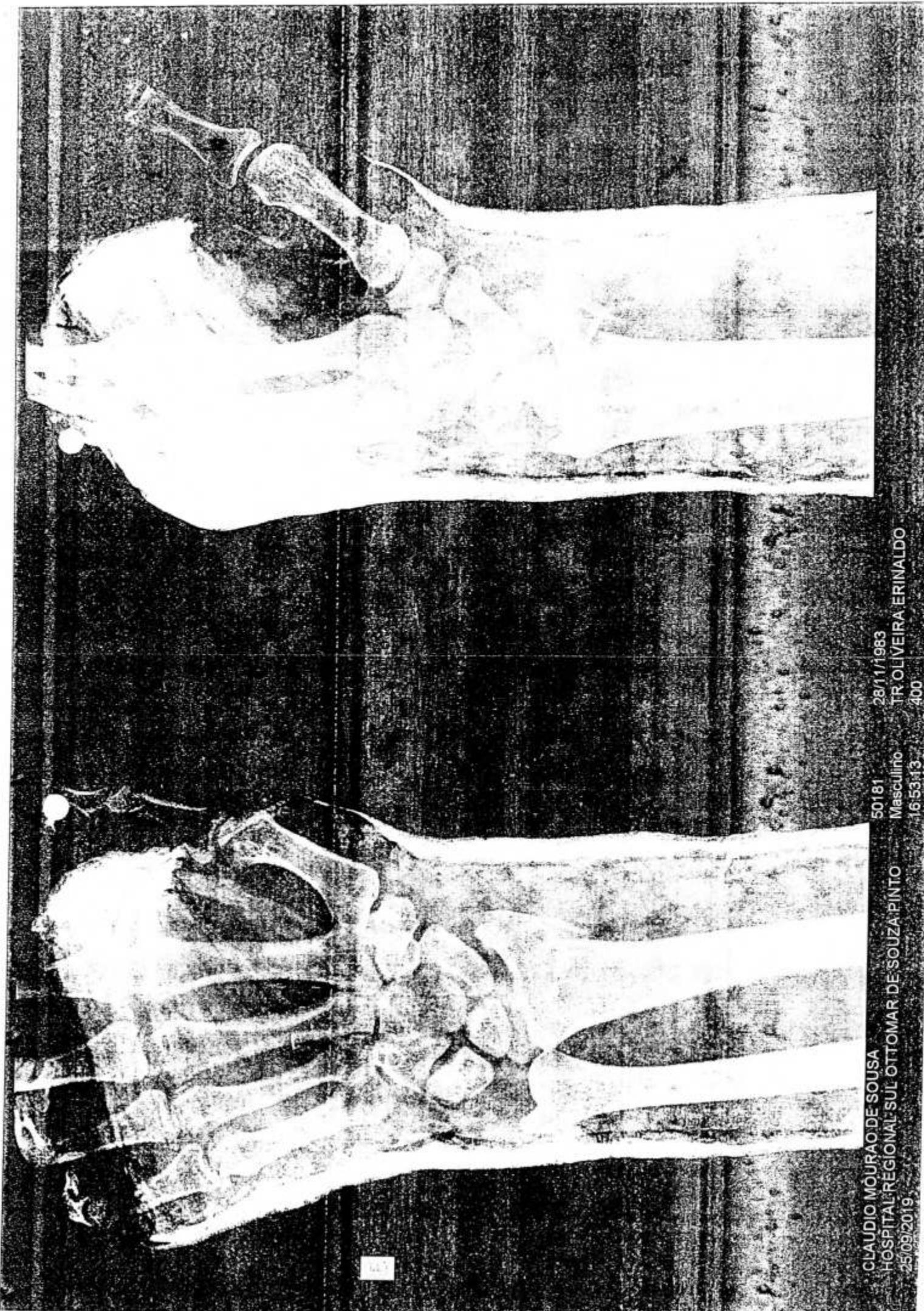
CLÁUDIO MOURÃO DE SOUZA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
24/09/2019

50 146
Masculino
19 44.55
28/11/1983
MAURO SOUZA
400

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 308 713 072-04
HSGOSP

05.370.016-0003
HOSPITAL REGIONAL SUL
GLENOSCUTOMAR DE SOUSA PINTO
Bl. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINOPOLIS

Confere
com ordene



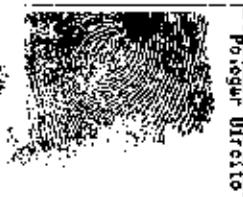
CLAUDIO MOURAO DE SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
25/09/2019

50181 28/11/1983
Masculino TR OLIVEIRA ERNALDO
400 16:53:13

Conférence
com origine

Elson Alves
Diretor L.C.
CPF 508 713 012
M.R.S.G.O.S.P

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



Claudio Mourão de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TITULAR

514885-6

DATA DE EXP.

05/07/2016

TITULAR

CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA

MUNIC.

IDALECIO LOPES DE SOUSA

MARIA DA CONCEIÇÃO MOURÃO DE SOUSA

NATURA. DADOS

ALENQUER - PA

DOC. 0110011

CERTO NASC 15515 FLS 128-V LIV A-106

ALENQUER-PA

CPF

DATA DE NASCIMENTO

28/11/1983

AMADEU ROCHA TRIANI
Frente Contemporânea do Poder Civil
Assessoria de Imprensa

1 VIA

LEI N° 7.110 DE 29/06/83

P 5

REPU B LICA FEDERATIVA DO BRASIL

	TÍTULO ELEITORAL	IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA
NOME DO ELEITOR CLAUDIO MOURAO DE SOUSA		
DATA DE NASCIMENTO 28/11/1983	Nº ELEITORAL 0533 7805 1392	ZONA 008 SÉRIE 0072
MUNICÍPIO / UF RORAINOPOLIS/RR	DATA DE EMISSÃO 21/06/2017	
JUIZ ELEITORAL		
ASSINATURA DO TITULAR		

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
911.322.232-53

Nome
CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

Nascimento
28/11/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144453/20

Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

CPF: 911.322.232-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

CLAUDIO MOURAO DE SOUSA : 911.322.232-53

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: 20/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200185336 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO//GESSO). ALTA.
P 11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200185336 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.
P 11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Serviços Gerais

CPF: 911.322.232.53

BAIRRO: Industrial

CEP: 69317.372

ESTADO CIVIL:

Solteiro

RG: 014885-5

ENDERECO: R. Grão Mestre Cláudio B. de Souza

CIDADE: Boa Vista

VITIMA:

Cláudio Mauzão de Souza

CPF: 911.322.232.53

DATA DO ACIDENTE:

NATUREZA: () DAMS

(X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Exame

NACIONALIDADE: Brasileiro

ESTADO CIVIL: Casado

PROFISSÃO: Autônomo

Nº. DO RG: 2897.17

ORGÃO EMISSOR:

SESPTRR

DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016

Nº. DO CPF: 825.396.343-22

ENDERECO: Rua CC 18, 295, Lauro Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por inabilitado, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, 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.

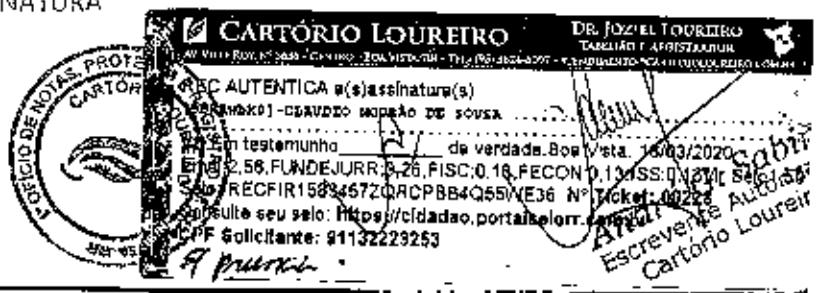
NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



Boa Vista RR, 18 de Março de 2020

Cláudio Mauzão de Souza
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144453/20

Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

CPF: 911.322.232-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

CLAUDIO MOURAO DE SOUSA : 911.322.232-53

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: 20/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO