
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



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, 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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: nr. 322.232.53 3 - CPF da vítima: 911.322.232-53 4 - Nome completo da vítima: Claudio Mourão de Sousa

5 - Nome completo: Claudio Mourão de Sousa 6 - CPF: 911.322.232-53

7 - Profissão: Servico Gerais R. 600 8 - Endereço: Mestre Claudio B. da A 9 - Número: 69 10 - Complemento: 317.372

11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69133-3855

15 - E-mail: 99113-3855

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 do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27570 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27570 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - Assinatura 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 - RR 13 de Maio de 2020

Claudio Mourão de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: Simone Arruda 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	Melo(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(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: Idalecio 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: 455

Bairro: EQUATORIAL

Telefone: (95) 99155-1368 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 04.050.068/0003-06	Placa: NAL8058
Renavam: 00789485346	Número do Motor: MD34E-2019635
Número do Chassi: 9C2MD34002R019635	Ano/Modelo Fabricação: 2002/2002
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO



Delegado de Polícia Civil: Simone Arruda do Carmo
impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz
Data de Impressão: 07/05/2020 20:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015169/2020

Modelo HONDA/XR 250 TORNADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 27/09/2002	Situação do Veículo NADACONSTA
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/Rorainópolis, e ao ao 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 imobilizado 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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

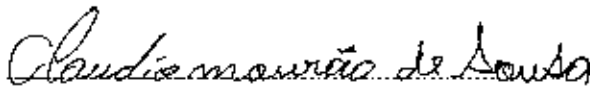
ASSINATURAS


Hualacy Seelig S. De Souza

Escrivão de polícia "ad-hoc"
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado do
Roraima

Matrícula 020116684

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO


Claudio Mourão de Sousa

(Comunicante / Vítima)

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: nr. 322.232.53 3 - CPF da vítima: 911.322.232-53 4 - Nome completo da vítima: Claudio Mourão de Sousa

5 - Nome completo: Claudio Mourão de Sousa 6 - CPF: 911.322.232-53

7 - Profissão: Servico Gerais R. 600 8 - Endereço: Mestre Claudio B. da A 9 - Número: 69 10 - Complemento: 317.372

11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-372

15 - E-mail: 99113-3855 16 - Tel.(DDD): 99

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 do 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 6953 ☐ CONTA: 27570 ☐ 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 6953 ☐ CONTA: 27570 ☐ 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário

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 - RR 13 de Maio de 2020

Claudio Mourão de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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



CNPJ: 04.538.475/01-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 25.858.428-8
RUA WELYN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP. 88.398-418



Matrícula: 1121618

Abril/2020

Dados do Cliente:

CELIA MAR DA SILVA OLIVEIRA

Endereço para entrega:

RUA GRÃO MESTRE CLAUDIO B DE ARAUJO, NUM
88455 - EQUATORIAL BOA VISTA RR 65317-

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Quantidade de Economias
001.019.779.0350.000	43	1670	1

Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		CORTADO	POTENCIAL

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

ULTIMOS CONSUMOS

282803	10-0
282802	10-0
282801	10-0
281912	10-0
281911	10-0
281910	10-0
MEDIA	10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5442 / 2005 G.M.					
APORTAÇÃO	CLORO	TURBIDIDADE	ODOR	C. TOTAL	S. COLE
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISE	104	104	104	104	104
CONFORME	104	104	104	104	104

DESCRIÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020

0,47

EXPIRE:

15/05/2020

TOTAL A PAGAR

24,30

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



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1121618	04/2020	15/05/2020	24,30

826900000000-9 24300004001-0 00112161801-9 04202080003-5



15/05/2020 08:20:04 PM ORIENTAÇÃO

Via do Cliente

Via do CNP

**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**

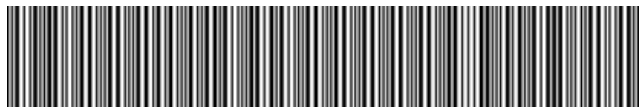
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA 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 9.633/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudio Maurício de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 911.320.232 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima Claudio Maurício de Sousa

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barro Vermelho</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>William992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel.(DDD): <u>99/13-3855</u>

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

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

113-2



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 Mourao de Sousa ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/11/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Fx radio (E)

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

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. M. Amadeu

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/11/19 ÀS 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 ÀS 13:00 COM O
DR. Rogério

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. Amadeu

BOA VISTA, 28/11/19

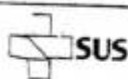
Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO

NIR

transf: 27109/19

Anexo I



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Claudio Mourao De Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175729

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/11/83

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição Mourao de Sousa

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

R/R

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico há os dias de futuro - derrame de raio (B)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 21-21-0620
AUTENTICAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internação

0 488 m/m
Série
Certifico e Dou 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 + Neurológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de Barton (B)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

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. Max

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/09/19

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

Dr. Odinácio
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1831/R

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

h(A

OK



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

1ª Classificação

VERDE

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901166683 26/09/2019 17:32:35 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 182

Paciente **CLAUDIO MOURAO DE SOUSA** Data Nascimento **28/11/1983** Idade **35 A 9 M 28 D** CNS **91132223253** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA** Pai **NI** Contato
Endereço **RUA - - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **VERDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. **37.00** Peso **150 x 110** Pressão
Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **REILA RODRIGUES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
ENCAMINHADO DE RORAINÓPOLIS AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Anamnese de Enfermagem
NEGA HAS + DM + ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA SPO2 98% FC 56
GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **20:20** h)
VITIMAS DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA ± 2 DIAS, COM FRATURA DE
QUADRIL (F). ENCAMINHADO P ORTOPEDIA.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica
FX RADIO

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
- Solicito AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. Hélio Rodrigues
Médico
CRM-RR 2005

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - Tel (68) 3125-0620

AUTENTICAÇÃO

09/09/2019

Certifico e dou fe que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: 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: marcia.almeida
Data Hora: 26/09/2019 17:35:22



1901166683

ADM
Ademir

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		Cláudio Moura de Sousa			
AGNÓSTICO		Fratura de Bêta (ED)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35	LEITO		DATA	26/09/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
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				14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
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, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Oke
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR



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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DE: 00
PA: 140 x 110
FC: 73
T: 36.6°C
T.R. Thalyta Pais

21:50 INTERNAÇÃO
PA 143/100
FC 62
T: 36.2°C
Fundação S. Nascimentos

ADM

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CLAYTON M. SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE BANTHON ESQUERDO				
ALERGIAS	①	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35 ANOS	LEITO		DATA	27/9/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12:18 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTE 16:24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
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, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x90	52		36.5°C
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12/9/19
 Dr. [Signature]
 [Signature]



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

Corredor
B/E
Deambala

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu CLAUDIO M. SOUZA CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 27 de 09 de 20 19

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

Boa Vista, 27 de 09 de 20 19. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico/Regulador

Dr. André Lucas Marcellino
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			
Tipo Doc	Documento	ArgAção Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	514885-5	SSP/RR	05/07/2016	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	ALENQUER
Mãe	Pai						
MARIA DA CONCEICAO MOURAO DE SOUSA	IDALECIO LOPES DE SOUSA						
Endereço	Contatos						
RUA - C - S/N - NOVO HORIZONTE - RORAINOPOLIS - RR	Cell: 9591237215 - - -						
Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	Gravidez	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
	DEMANDA ESPONTANEA		DANIELLY.SOUSA				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma Tóxico Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	FRAT. RADIO e redução de Talc. N. et al.						
GSC	TOTAL						
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Paciente que tem fratura de costela e fratura de pulso (E) (Sic)						
Exame Físico	Reflexos de Babinski						
Hipótese Diagnóstica	Fratura						
SADT - Exames Complementares	Confere com original						
<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:	RORAINOPOLIS RR						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO					
(1) Tramadol 100 mg + 100 ml de SF 0,9% 2/8h (EV)							
(2) analgesia c/ morfina							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório 24h <input type="checkbox"/> Observação (Ata 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para:						
(3) Alta a Pedido	Data e Hora da Saída Alta						
(4) Alta a Revelia							
(5) Transferência para:							
Alto	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

Dileo Z. L. C.

Carimbo e Assinatura do Médico
24 SET 2019



1900132508

24.00h 06.00h
 T: 36°C T: 36.7°C
 P: 35 P: 30
 R: 20 R: 20
 PA: 120/80 PA: 120/80

delepele

fact. lux

modo de l e

parte xodex de

luxo e cruentas

sobre TTC arroyo

devido instalatidoll

do floculo

direccao e BV.

Elson Alves da Silva
 Diretor Geral
 CPF: 508.713.072-
 HRS.G.O.E.

Confero
 com original

Vol. 70.910 57-00
 HOSPITAL REGIONAL SUL
 GOVERNADOR VITÓR DE SOUSA PINTO
 B: 174 - Km 468
 CEP: 63.370-970
 ROIMÓPOLIS

Cláudio Macêdo

Arto - 18

Confere com original

15 Odo Lino

15 09

3) 1to 5to e 6to

MT 1to 5to 6to

3) 1to 5to e 6to

3) 1to 5to e 6to

3) 1to 5to e 6to

15 09

15 09

849.221

15 09 15 09

15 09 15 09

15 09 15 09

15 09 15 09

18	36	33	20	137X100
18	36	33	20	137X100
18	36	33	20	137X100

15 09 15 09

15 09 15 09

Adel Alcel Frede

15 09 15 09

15 09 15 09



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: QUARTO: LEITO: Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE: *Cláudio Mar.*

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
	<i>O. Dielc Lave</i>		
<i>16/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>31/07</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>01/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>02/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>03/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>04/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>05/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>06/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>07/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>08/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>09/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>10/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>11/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>12/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>13/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>14/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>15/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>16/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>31/08</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>01/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>02/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>03/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>04/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>05/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>06/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>07/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>08/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>09/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>10/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>11/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>12/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>13/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>14/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>15/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>16/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/09</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>01/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>02/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>03/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>04/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>05/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>06/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>07/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>08/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>09/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>10/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>11/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>12/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>13/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>14/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>15/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>16/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>31/10</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>01/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>02/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>03/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>04/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>05/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>06/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>07/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>08/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>09/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>10/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>11/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>12/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>13/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>14/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>15/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>16/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/11</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>01/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>02/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>03/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>04/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>05/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>06/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>07/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>08/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>09/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>10/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>11/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>12/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>13/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>14/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>15/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>16/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>17/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>18/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>19/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>20/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>21/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>22/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>23/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>24/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>25/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>26/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>27/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>28/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>29/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>30/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		
<i>31/12</i>	<i>O. Dielc Lave 12 18 24 06</i>		

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
MAR 125/60-1937

05.370.046/0004-00
RORAIMA
DEP: 03.370.970

Direcionado para Boi Lide
Pl TFC Ortopedia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/07/12 O.S. _____

Handwritten signature

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: P.R. 1000 e / 1000

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Handwritten signature
Diretor Geral
CEP: 69.370-970
RORAIMA

CIRURGIÃO: P. L. C. 1º AUXILIAR: M. L.

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: L. C. ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Confere com original

RELATÓRIO CIRURGICO

O P. 67 HPA

1) supracardial / 1000 / 1000

2) anel de fixação supradistal e

3) 1000 malha

4) 1000 malha

5) 1000 malha

6) 1000 malha

7) 1000 malha

8) 1000 malha

9) 1000 malha

10) 1000 malha

Confere

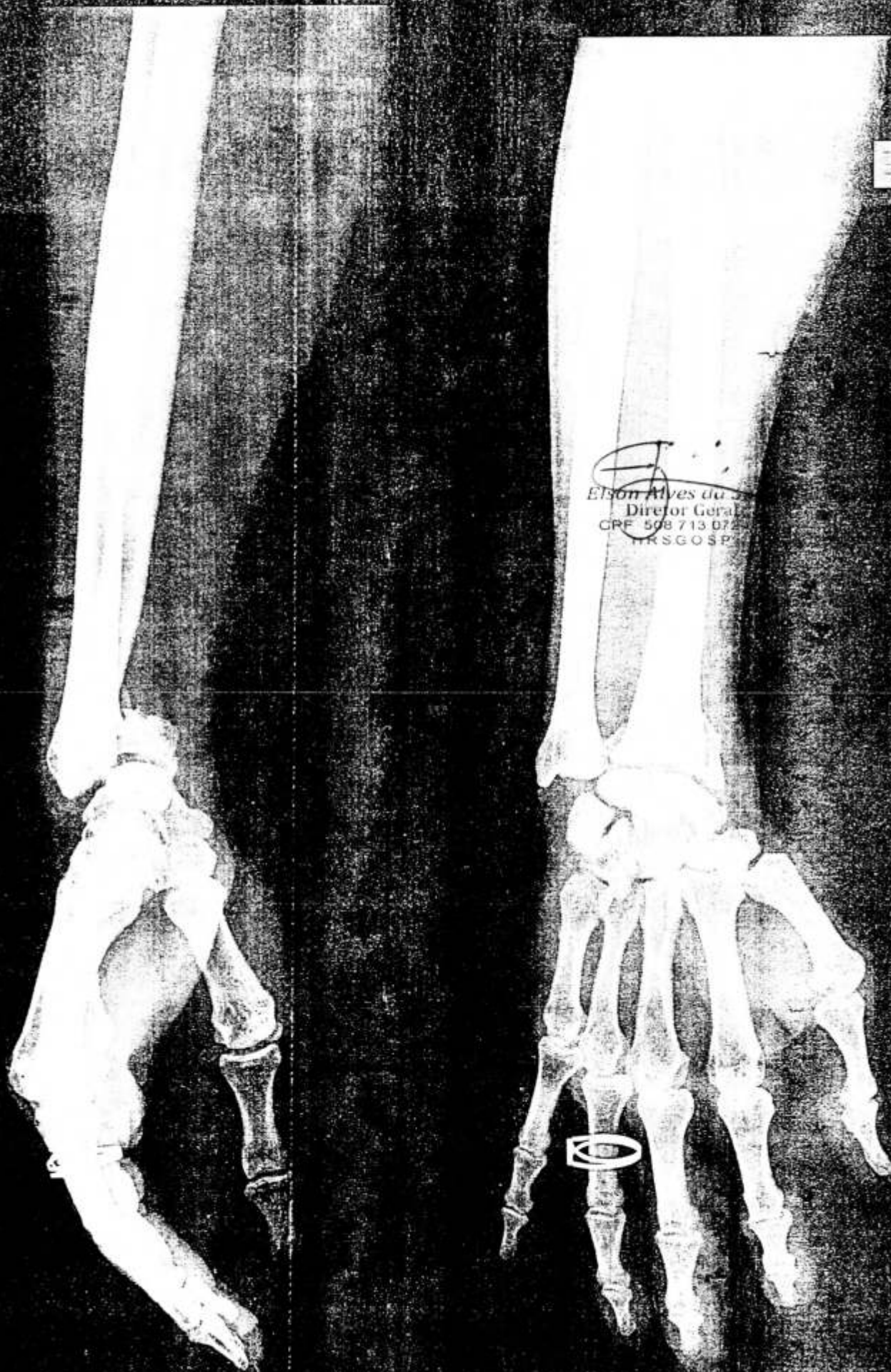
05.370.015/0001-00
HOSP. GOV. DO ESTADO
GOV. DO ESTADO
Br 174 - Km 489
CEP. 69.370-970
RORAIMÓPOLIS


24/09/2019

CLAUDIO MOURAO DE SOUZA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO

50.146
Masculino

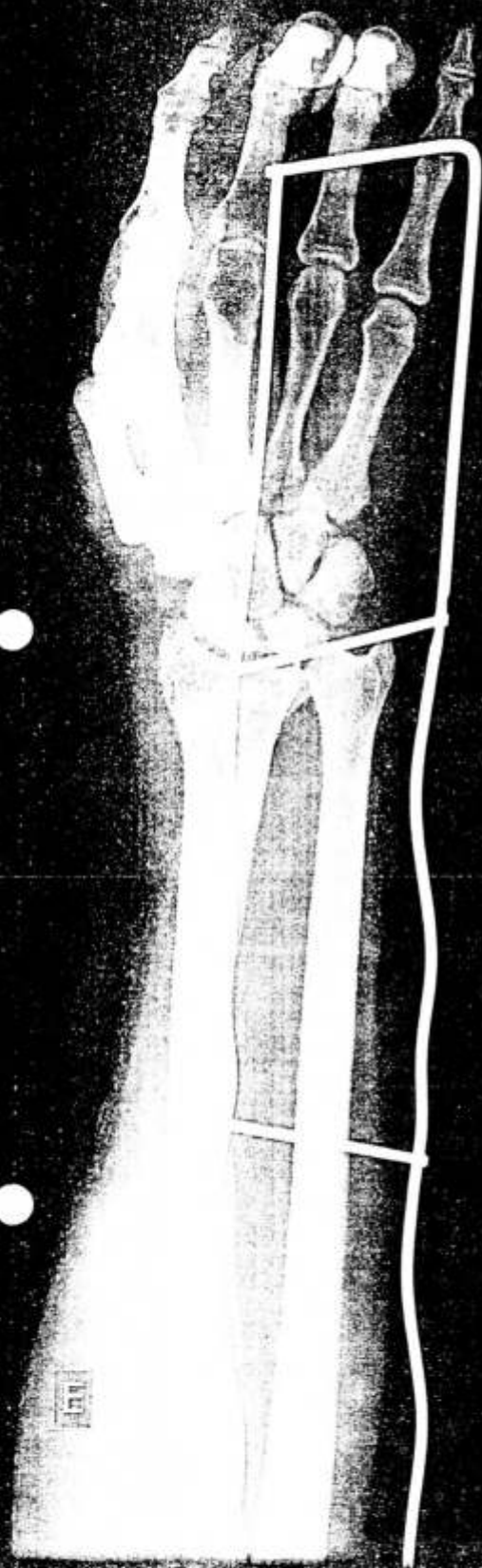
28/11/1983
MAURO SOUZA




Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-4
HRSGOSP

004-19.018 004-00
HOSPITAL L SUL
GOVERNADOR JONAS PINTO 3
BR 174-1
CEP 55.000-00
RORAIMÓPOLIS RR


Contere
com original



CLAUDIO MOURAO DE SOUZA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
24/09/2019

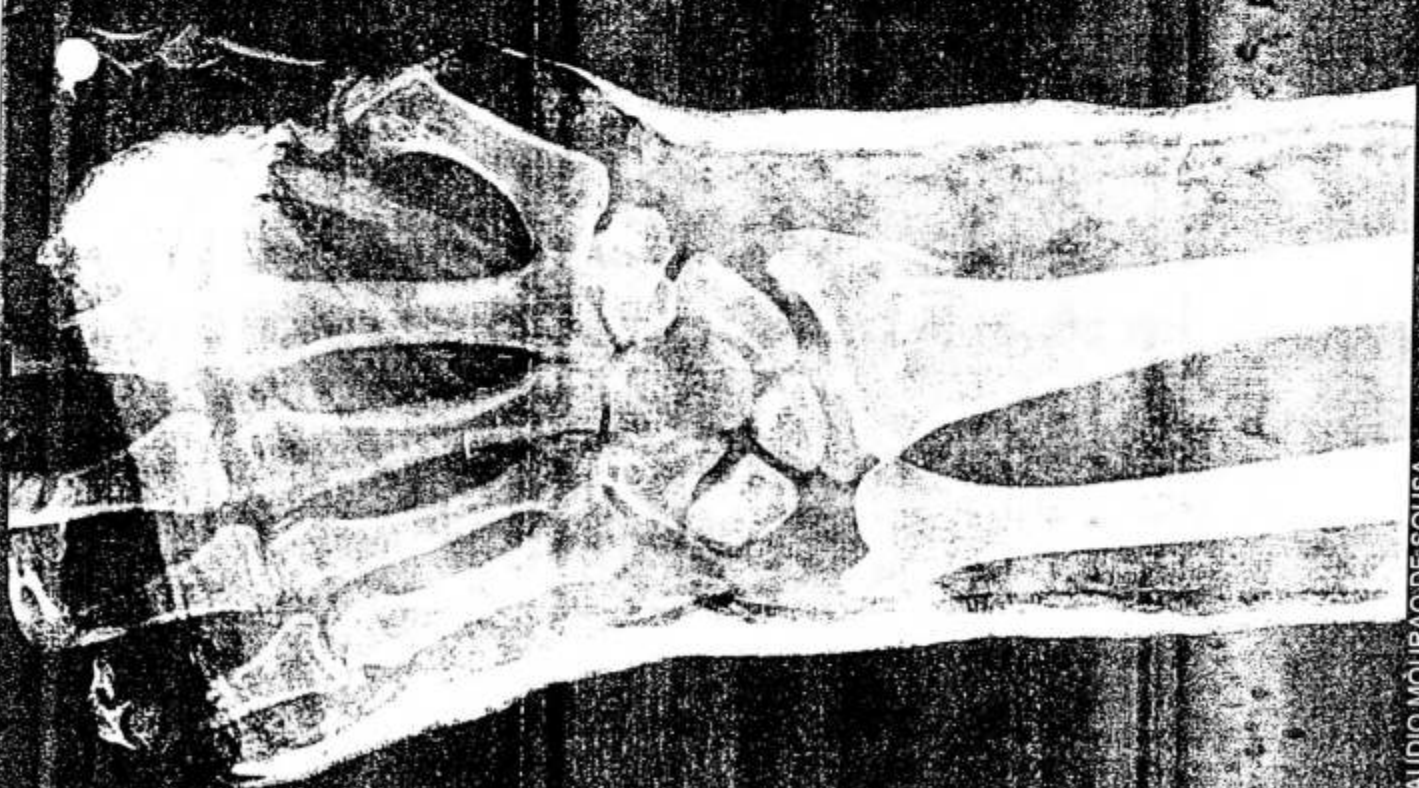
50 146
Masculino
49 44 55

28/11/1983
MAURO SOUZA
400


Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
ROR SGOSP

05.378.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GELENEZIO OTTONAR DE SOUSA PINTO
Bd. 174 - Km 468
CEP: 69.370-870
RORAINÓPOLIS - RR

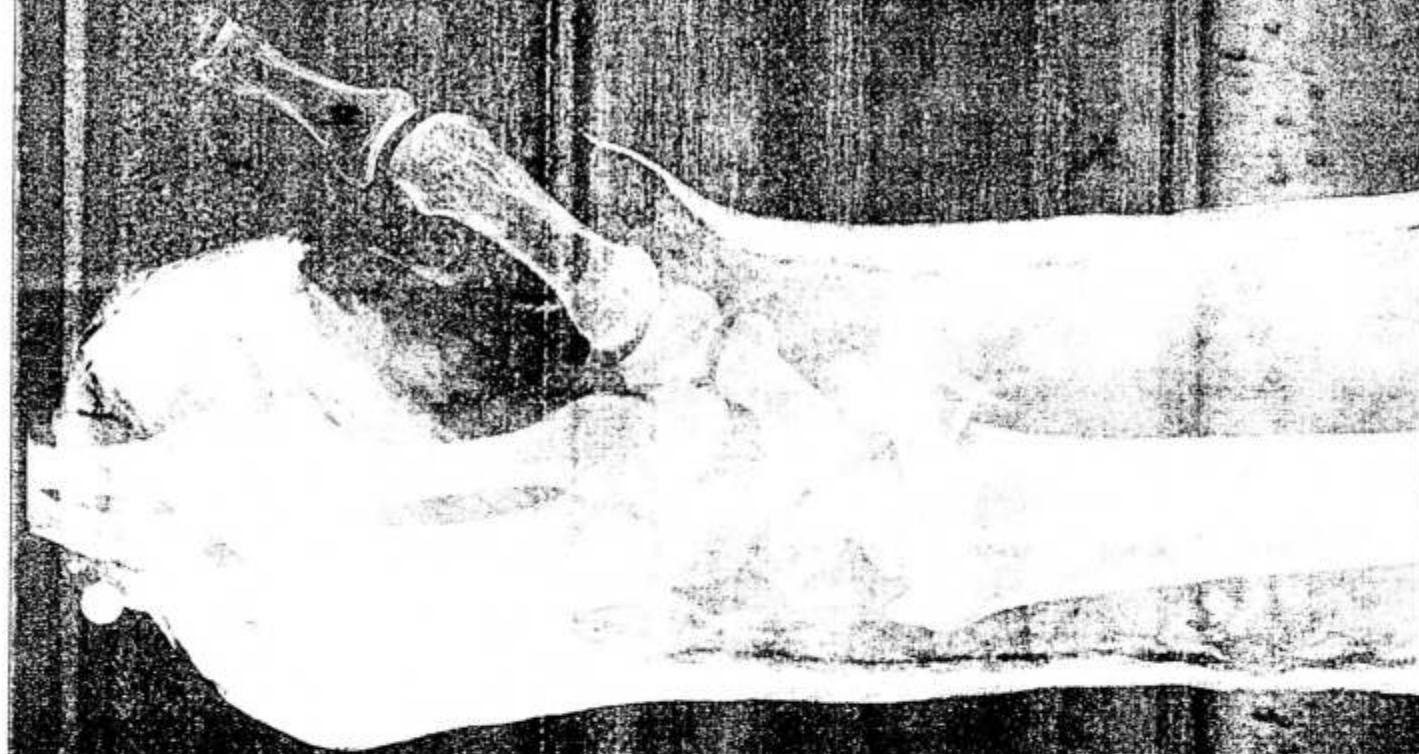
Confere
com original



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

50181
Masculino
16.53.13

28/11/1983
TR OLIVEIRA ERINALDO
400



053 0.012 0000-00
HOSPITAL DE SOUZA
GE. DE ENFERMAGEM DE SOUZA
B: 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

, Confere
com origem

Elson ALVES
Diretor Geral
CPF 508.713.012-1
HRS GOSP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Prologar Dificil

Claudio Mourão de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

514885-6

DATA DE EMISSÃO: 05/07/2016

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: CLAUDIO MOURÃO DE SOUSA

IDENTIFICAÇÃO: IDALECIO LOPES DE SOUSA

MARIA DA CONCEIÇÃO MOURÃO DE SOUSA

ALÉMQUER - PA

DOC. GERAL: CERTO NASC 15515 FLS 128-V LIV A-106

ALÉMQUER-PA

DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1983

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL

1 VIA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1983

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 0533 7805 1392

ZONA: 008

SERIAL: 0072

MUNICÍPIO/UF: RORAINÓPOLIS/RR

DATA DE EMISSÃO: 21/06/2017

JUIZ ELEITORAL

BRASILEIRO

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 GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144453/20

Vítima: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

CPF: 911.322.232-53

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

CPF de: Próprio

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: Claudio Maurão de Sousa
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
 PROFISSÃO: Securário Geral RG: 914885-5
 CPF: 911.322.232-53 ENDEREÇO: R: Grão Mestre Claudio B. de Araujo
 BAIRRO: Equatorial CIDADE: Boa Vista
 CEP: 69317-372

VITIMA:

NOME: Claudio Maurão de Sousa
 CPF: 911.322.232-53 DATA DO ACIDENTE:
 NATUREZA: () DMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO: autônomo
 NR. DO RG: 289717 ORGÃO EMISSOR: DESPTRR
 DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
 NR. DO CPF: 825.396.343-20
 ENDEREÇO: Rua CC 18 295 Lavoura Moxima

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidiz, 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.

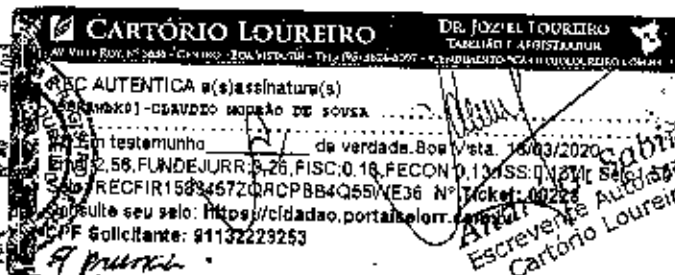


Boa Vista RR 18 de Março de 2020

Claudio Maurão de Sousa

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

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: CLAUDIO MOURAO DE SOUSA

CPF de: Próprio

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