
Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200224745

Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ITALO PEREIRA DOS SANTOS

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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200224745

Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ITALO PEREIRA DOS SANTOS

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: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003783-4

Conta: 0000023079-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 701.126.632-14 4 - Nome completo da vítima: Italo Pereira dos Santos

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

5 - Nome completo: Italo Pereira dos Santos 6 - CPF: 701.126.632-14
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua Anaura 9 - Número: 2208 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Remineópolis 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosmeximonte@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99631-1149

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 23.079 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Remineópolis-RJ, 27 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cartório de Notas
Rua Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis-RR - CEP: 69.373-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé. Rorainópolis - RR, 13 de fevereiro de 2020.
SELO TJRR: RECIR168113V5BMDOKV2VU4OW58, Total: R\$ 4,71,
Emolumentos: R\$ 2,55, FECOM: R\$ 0,13, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,13,
FUNDEJURR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,13, Selo: R\$ 1,50 Consulte em
<https://cidadeo.portalelrr.com.br>
JOCIELE ALMEIDA DA CONCEIÇÃO - Escrevente Autenticada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006613/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 11:04 Data/Hora Fim: 13/02/2020 11:07
Origem: Nº do Documento: BO 179
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Rorainópolis
Data/Hora do Fato: 30/01/2020 15:31

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)
Bairro: novo Brasil
Logradouro: av ayrton senna

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ITALO PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 05/09/1999 Idade: 20 anos
Naturalidade: RR - São João da Profissão: Lavador de Veículos
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Idaiane Bezzera Pereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 701.126.632-14

Endereço

Município: Rorainópolis - RR
Logradouro: rua anaua
Bairro: parque das orquídeas
Telefone: (95) 99140-5717 (Celular)

Nº: s/n

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Srº delegado compareceu nesta delegacia o comunicante descrito neste boletim informando acidente de trânsito onde o veículo que trafegava motocicleta tipo Honda CG 125 titan ES renavam 792252659 com chassi 9C2JC30203RO12965 com documentação atualizada pertencente a José Da Silva Carvalho colidiu com um veículo tipo Corsa classic vindo a fraturar o braço lado esquerdo.

Intimado a comparecer dia 03/03/2020 as 11:00 hs



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Daniel Henrique Dos Santos
Data de Impressão: 13/02/2020 11:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006613/2020-A01

ASSINATURAS

Daniel Henrique Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 42000567
Responsável pelo Atendimento

Italo Pereira dos Santos
(Comunicante / Vítima)

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

Suebia Cardoso da Silva

Delegado de Polícia

Matrícula 042000429



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP

**PM****Nr ROP****2020006****RR**

Data: 30/01/2020 Unidade: 3ª CIA/FT Localidade: RORAINÓPOLIS Vtr: FT03 Km: 6635 KmF: 6638 H Inicial: 15:40 H Final: 17:10 Cod Ocor: 1001/1003 CodProv: 13009 Cod servPrest:

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: AV AYRTON SENNA N: S/N Bairro: CAMPOLÂNDIA Referência: ACADEMIA

PESSOAS RELACIONADAS

Envolvido	Nome:	SHARA MCPHERSON DE SOUZA CASCAES	Idade:	18	Estado Civil:	UNIÃO ESTÁVEL					
1 Endereço:	PASTOR MANOEL BATISTA	Nr:	S/N	Bairro:	PANTANAL	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF:	RR		
Profissão:	DO LAR	RG:	506418-0	SSP:	RR	CPF:	051577532-09	CNH:		Cat:	
Envolvido	Nome:	ITALO PEREIRA DOS SANTOS	Idade:	20	Estado Civil:	SOLTEIRO					
2 Endereço:	RUA ANAUA	Nr:	S/N	Bairro:	PARK DAS ORQUI	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF:	RR		
Profissão:	LAVADOR DE CARRO	RG:	475006-3	SSP:	RR	CPF:	70112663214	CNH:		Cat:	
Testemunha	Nome:	PAULO SEBASTIÃO DOS SANTOS	Idade:	37	Estado Civil:	CASADO					
3 Endereço:	RUA ANAUA	Nr:	S/N	Bairro:	PARK DAS ORQUI	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF:	RR		
Profissão:	VIGILANTE	RG:	215829	SSP:	RR	CPF:	756289452-34	CNH:		Cat:	
4	Nome:		Idade:		Estado Civil:						
Endereço:		Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:			
Profissão:		RG:		SSP:		CPF:		CNH:		Cat:	
5	Nome:		Idade:		Estado Civil:						
Endereço:		Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:			
Profissão:		RG:		SSP:		CPF:		CNH:		Cat:	

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

HISTÓRICO:

Senhor delegado de polícia civil de rorainópolis, informo que fomos acionados pela central 190 para atender um acidente de tráfego, de imediato deslocamos para o local mencionado acima e ao chegarmos nos deparamos com o item (02) caído ao chão sendo atendido pelo SAMU e CORPO DE BOMBEIRO MILITAR, que a item (01) foi identificada como a outra parte envolvida no acidente e que a mesma nos relatou que dirigia seu veículo CLASSIC de placa NAM-3971, quando foi fazer o retorno na avenida AYRTON SENNA derrepente sentiu uma forte pacada do lado esquerdo do seu veículo e ao sair do referido veículo percebeu que se tratava do item (02), que pilotava sua motocicleta HONDA/CG TITAN de placa NAN-3400, que a item (01) afirma ter ligado a ceta para fazer a manobra, mas mesmo assim o item (02) veio a se chocar contra o veículo.

Informo que o item (02) foi removido para o hospital de rorainópolis com uma possível fratura no braço esquerdo e uma pequena escoriação no joelho direito, informo também que referente aos veículos a item (01) proprietária do veículo CLASSIC e o item (03) pai do item (02) proprietário da motocicleta TITAN fizeram acordo entre as partes, cada um ficando com seu prejuízo como também foi realizado as medidas administrativas cabíveis e logo os veículos estão licenciados foram liberados para pessoas habilitadas.

Diante dos fatos relatados apresento-vos as partes envolvidas para as devidas providências cabíveis.

CONFERE COM ORIGINAL
FEB 2/10/2020
Tullio Rom S. Santos
1º Sgt PM

RELATOR

Posto/Grad:	Nome Completo:	Matrícula:	Lotação:	Assinatura:
SD PM	ALESSANDRO DE SOUSA LIMA	47001037	3ª CIA/FT	

Data:	Hora:	Nome Completo:	RECEBIMENTO	Matrícula:	Função:	Assinatura:
20/01/2020	17:20	REINALDO FERREIRA TEIXEIRA		200055	AGENTE	

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: 701.126.632-14 4 - Nome completo da vítima: Italo Pereira dos Santos

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

5 - Nome completo: Italo Pereira dos Santos 6 - CPF: 701.126.632-14
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua Anaura 9 - Número: 2208 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Remimópolis 13 - Estado: RE 14 - CEP: 69.373-000
15 - E-mail: franciscosmeximonte@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99631-1149

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3783 4 CONTA: 23.079 0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Remimópolis-PR, 27 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 000000023079-0

Nr. da Autenticação 848EAA4882750ABC

JANEIRO/2020 16/02/2020 143 129,58
IDAIA NE BESERRA PEREIRA
R. ANAUA 2208 - NOVO HORIZONTE
CEP: 69.373-000 - RORAINÓPOLIS
CPF: 00081466692200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 1776	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
Anterior: 1533	Anterior: 31/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dia de consumo: 31	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: T081734813
Consumo medido: 143	Apresentação: 31/01/2020	Forma de faturamento: NORMAL
Consumo faturado: 143		Modalidade:

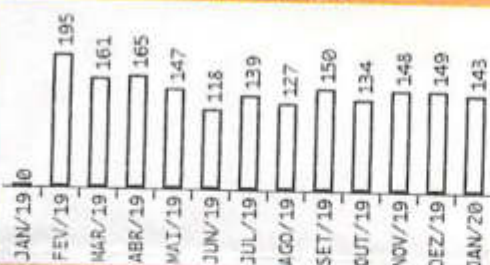
CONSUMO 143 A R\$ 0,760481 = 108,74
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,84

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 143 - 8,617770

Média 12 meses: 140

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007819120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	59,11	Encargos:	3,34	Base de Cálculo:	108,74
Transmissão:	25,90	Tributos:	20,39	ICMS:	17,00%
	0,00			PIS:	0,31%
				COFINS:	1,45%

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	DIC	FIC	CMC	DICII		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atualizado:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conjunto:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					Período de operação:	11/2019
						0,00

RDT: 18.069.18.17.189200

SEU CÓDIGO

0155776-9

MÊS FATURADO

01/2020

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$

129,58

VENCIMENTO

16/02/2020

FCM*

83610000001 4 29580075000 8 00000000155 2 77690120008 4



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 ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Italo Pereira dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.126.632 / 14

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Italo Pereira dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.126.632 / 14, 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:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 16 de Junho de 2020.


Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL BUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BARRIO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.970.018/0001-00

2000165546	30/01/2020 16:50:50	FICHA DE ATENDIMENTO	CUNICA MEDICA	TARDE 13-19	16
Paciente	Nome	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
ITALO PEREIRA DOS SANTOS	05/09/1999	20 A 4 M 25 D	203236864230003	70112883214	
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE 4750068	SSR RR	26/02/2014	M	BOLTEIRO (ARADA)	SÃO JOÃO DA
MAE				Pal	BALIZA - RR Contato
IDAINE BEZERRA PEREIRA					(95) 99123-6533
Endereço				CEP	Ocupação
RUA - ANAUA - SM - PARQUE DAS ORQUÍDEAS - RORAINÓPOLIS - RR				69.373-000	NÃO INFORMADA
Class. de Bloco	Plano Convênio	Nº de Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Ser	Tipo da Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA				DENISE PEREIRA
Queixa Principal	☐ Músculos Febre ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Surto de Dengue				
Antecedente de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12345 MPA: 123456				
Assessores - (HORA DA CONSULTA 16:00)	Colúscas molo x camo ci dor am biao D e (E) e eno ocos leve				
Exame Físico	- Bm, hgt, eno co, eno coado - Ad de neno val, flaco				
Hipótese Diagnóstica	- Fret. Radis - neno				
SAOT - Exames Complementares	☐ RAO X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
1. Dipirona (kg) (E)					
2. Paracetamol (kg) (E)					
3. Antibiótico da Grupos A e B					
4. Analgésico da Grupos A e B					
5. Antipirético da Grupos A e B					
6. Antitérmico da Grupos A e B					
7. Antipirético da Grupos A e B					
8. Antipirético da Grupos A e B					
9. Antipirético da Grupos A e B					
10. Antipirético da Grupos A e B					
11. Antipirético da Grupos A e B					
12. Antipirético da Grupos A e B					
13. Antipirético da Grupos A e B					
14. Antipirético da Grupos A e B					
15. Antipirético da Grupos A e B					
16. Antipirético da Grupos A e B					
17. Antipirético da Grupos A e B					
18. Antipirético da Grupos A e B					
19. Antipirético da Grupos A e B					
20. Antipirético da Grupos A e B					
21. Antipirético da Grupos A e B					
22. Antipirético da Grupos A e B					
23. Antipirético da Grupos A e B					
24. Antipirético da Grupos A e B					
25. Antipirético da Grupos A e B					
26. Antipirético da Grupos A e B					
27. Antipirético da Grupos A e B					
28. Antipirético da Grupos A e B					
29. Antipirético da Grupos A e B					
30. Antipirético da Grupos A e B					
31. Antipirético da Grupos A e B					
32. Antipirético da Grupos A e B					
33. Antipirético da Grupos A e B					
34. Antipirético da Grupos A e B					
35. Antipirético da Grupos A e B					
36. Antipirético da Grupos A e B					
37. Antipirético da Grupos A e B					
38. Antipirético da Grupos A e B					
39. Antipirético da Grupos A e B					
40. Antipirético da Grupos A e B					
41. Antipirético da Grupos A e B					
42. Antipirético da Grupos A e B					
43. Antipirético da Grupos A e B					
44. Antipirético da Grupos A e B					
45. Antipirético da Grupos A e B					
46. Antipirético da Grupos A e B					
47. Antipirético da Grupos A e B					
48. Antipirético da Grupos A e B					
49. Antipirético da Grupos A e B					
50. Antipirético da Grupos A e B					
51. Antipirético da Grupos A e B					
52. Antipirético da Grupos A e B					
53. Antipirético da Grupos A e B					
54. Antipirético da Grupos A e B					
55. Antipirético da Grupos A e B					
56. Antipirético da Grupos A e B					
57. Antipirético da Grupos A e B					
58. Antipirético da Grupos A e B					
59. Antipirético da Grupos A e B					
60. Antipirético da Grupos A e B					
61. Antipirético da Grupos A e B					
62. Antipirético da Grupos A e B					
63. Antipirético da Grupos A e B					
64. Antipirético da Grupos A e B					
65. Antipirético da Grupos A e B					
66. Antipirético da Grupos A e B					
67. Antipirético da Grupos A e B					
68. Antipirético da Grupos A e B					
69. Antipirético da Grupos A e B					
70. Antipirético da Grupos A e B					
71. Antipirético da Grupos A e B					
72. Antipirético da Grupos A e B					
73. Antipirético da Grupos A e B					
74. Antipirético da Grupos A e B					
75. Antipirético da Grupos A e B					
76. Antipirético da Grupos A e B					
77. Antipirético da Grupos A e B					
78. Antipirético da Grupos A e B					
79. Antipirético da Grupos A e B					
80. Antipirético da Grupos A e B					
81. Antipirético da Grupos A e B					
82. Antipirético da Grupos A e B					
83. Antipirético da Grupos A e B					
84. Antipirético da Grupos A e B					
85. Antipirético da Grupos A e B					
86. Antipirético da Grupos A e B					
87. Antipirético da Grupos A e B					
88. Antipirético da Grupos A e B					
89. Antipirético da Grupos A e B					
90. Antipirético da Grupos A e B					
91. Antipirético da Grupos A e B					
92. Antipirético da Grupos A e B					
93. Antipirético da Grupos A e B					
94. Antipirético da Grupos A e B					
95. Antipirético da Grupos A e B					
96. Antipirético da Grupos A e B					
97. Antipirético da Grupos A e B					
98. Antipirético da Grupos A e B					
99. Antipirético da Grupos A e B					
100. Antipirético da Grupos A e B					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 04/02/20 O.S. _____

Atdo. Paulo do Sal

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Educação do paciente

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução de fratura + colocação de placa + parafusos

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Confere
com original

CIRURGIÃO: Dr. Eduardo 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente em DMH de fratura de fêmur.
- ① Anestesia + bloqueio de fêmur
- ② Colocação de placa + parafusos
- ③ Anestesia de fêmur + bloqueio de fêmur
- ④ Redução de fratura + colocação de placa + parafusos
- ⑤ Colocação de placa + parafusos
- ⑥ Colocação de placa + parafusos
- ⑦ Colocação de placa + parafusos

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia e Trauma-Acupuntura
CRM-RR 150

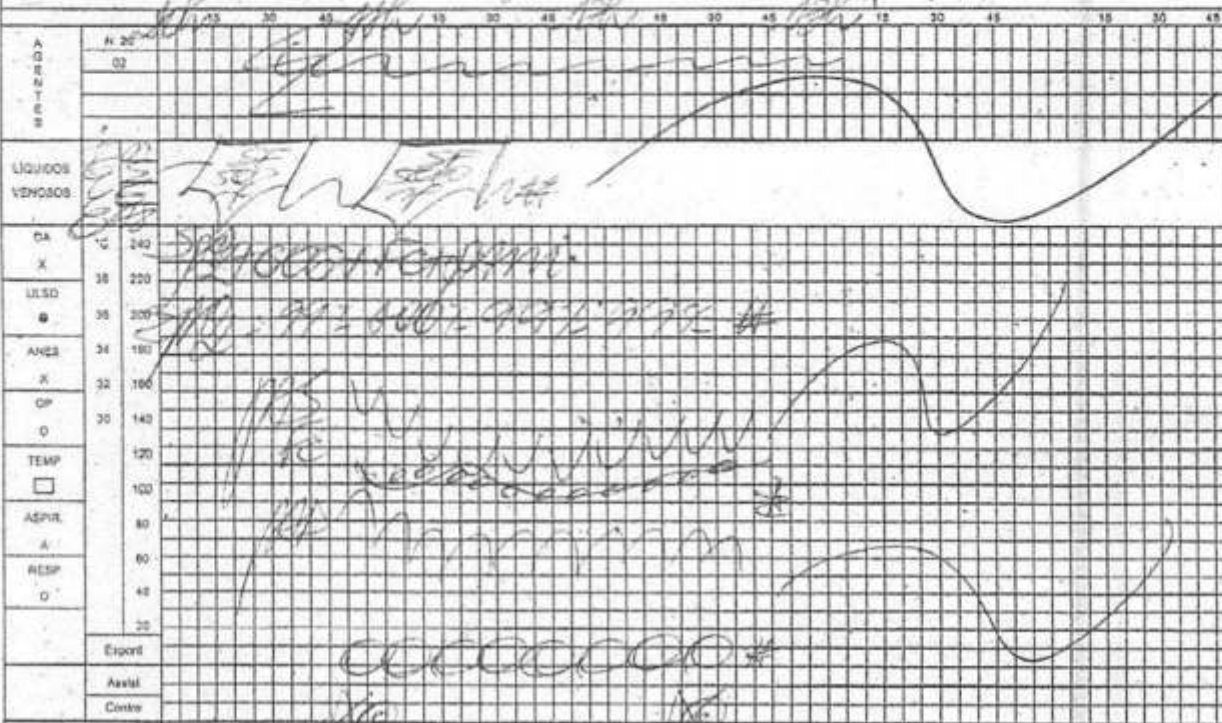


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Brasileira"

FICHA DE ANESTESIA

Elétrica
Stale Pereira dos Santos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO
Midazolam (5mg) 10:00
Propofol (500mcg) 10:00
As F. 10/10/2022



SÍMBOLOS

ADICIONAIS	USOS	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Amor, R. 20</i>			<i>Z</i>
B. <i>200 15 20 P.</i>			
C. <i>100 15 20 P.</i>			
D. <i>100 15 20 P.</i>			
E. <i>100 15 20 P.</i>			
F. <i>100 15 20 P.</i>			
G. <i>100 15 20 P.</i>			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oxi Faringea	
NOVO		Respi / Oxi Faringea - Cere	
SANGUE		Sai - Temp - Calibre do Tubo	
		Colo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
<i>o. C. 200 15 20 P.</i>			União - Espaço - Excesso Seco Depressão Máscara - Hipoxia "Nucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
		<i>M. Guerra</i>	<i>Comp. 100ml</i>
		<i>Inf. 100ml</i>	

Dr. Athila Bessa
Médico CRM-RR 1285
Av. Set. 1880 Campos II 2200-000
Roraimópolis-RR

Contere
com original

05.3/0.016/00.003
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR ALDO ALVES
B. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAIMÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Italo P. Santos			04/02/03

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Redução + Fixação de Placa Antebraço @	INÍCIO 10:40 FIM 12:47 TEMPO TOT

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Dr. Carlos	Dr. Athila
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	Dec. Louisa
2º AUXILIAR	CIRCULANTE
	Téc. Adriana
TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Bloqueio de Plexo Braquial	

MATERIAIS	VALOR	QUANTID	MEDICAMENTOS	VALOR
CATGUT SIMPLES N°		1 hora	HORAS DE OXIGÊNIO	
CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	250 ml
CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
CATGUT N°		1	FRASCO SORO GLICOSADO %cc	500 ml
CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	
FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
MONONYLON COM AGULHA 3-0			ÉTER	
MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE	
PÁRES DE LUVAS N° 4			THIONEMBUTA	
EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL Ketamina	
DRENOS N°			GLICOSE %	
SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
AGULHAS			MERTHIOLATE Cebitalama	
COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
LÂMINAS PARA BISTURI				
Fio Vicris 2-0				
SOMA			SOMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
FUNÇÃOÁRIO / CÁLCULOS	FUNÇÃOÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE			

ATENÇÃO ESCRIBA NO VERSO SE NECESSÁRIO



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

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO: 20

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

Paulo P. Santos

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Contêre
com original

DATA HORA:

31/01/2020

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0101.00

RELATORIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

1) Proibido

2) Sinal de

3) Temperatura 36,2°C

4) Pressão 120/80

5) Cx

6) pulso

17:30 30 min 36,2°C
17:30 30 min 120/80
36,2°C

Cardeador de C. Gato
Osteopata / Naturopata
Osteopata 139

hora	T.	P.	P.	PA
18	36,2	72	20	110 x 70
06	36,2	63	20	120 x 80
12	36,2	61	20	120 x 70
18	36,2	64	20	120 x 70

06:00 05/04/2020

paciente consciente, orientado, verbaliza gozando
de bem-estar, refere queixas
em menor proporção devido
realizado administração
de medicação conforme
prescrição médica
Fco. Heliana

Controle
com original

05/04/2020
HDS
06:00
05/04/2020
Fco. Heliana

Fórmula Médica				
Idade	T.	P.	R.	PA



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE:			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
08/09/76	D. Pict Livre S.O.D.		
	D. Salto Solgado monitor		
	D. Celso Antunes 10g de D.M.H.		
	D. Tanomara 203 Oleno 12/11h c/pain e pte		
	D. Tanomara 20 g de b/g h 18-15A Renúcio		
	D. Anjoeta 145 E claudes da VMM Renúcio, observ		
	D. Oliver profere da T		
	C.C.L.O.		
	D. Prof. Dr. Salvo 75mg Lapid		

Relatório de análise de hematologia

ID pcatt: _____
 Idade: _____
 ID anamn.: _____ 6
 Data clin.: _____

Sobrenome: DOS SANTOS
Data nasc:
Hr. teste: 01-02-2020 11:27

Nome: ITALO PEREIRA Sexo: Masc.
Dept: internacion N° Lin: 90
Modo: WB CBC+DIFF

Parametro	Result. Unid.	Interv. ref.	Parametro	Result. Unid.	Interv. ref.
GB	$7.27 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.48 - 10.08	GV	$4.62 \times 10^3/\mu\text{L}$	3.50 - 5.98
Neut%	7	59.3 %	Hb	13.7 g/dL	11.0 - 16.0
Linf%		23.5 %	Ht	39.8 %	37.0 - 54.0
Mon%	2	3.4 %	VCM	86.1 fL	80.0 - 100.0
Eos%	7A	11.2 %	HCM	29.7 pg	27.0 - 34.0
Bas%		0.4 %	CHCM	34.4 g/dL	32.0 - 36.0
Neutf	7	$4.33 \times 10^3/\mu\text{L}$	ADVOCV	10.5 %	11.0 - 16.0
Linf#		$1.71 \times 10^3/\mu\text{L}$	ADVGSQ	42.4 fL	35.0 - 56.0
Monf	7	$0.39 \times 10^3/\mu\text{L}$			
Eosf	7A	$0.81 \times 10^3/\mu\text{L}$	PLT	$172 \times 10^3/\mu\text{L}$	140 - 360
Basf		$0.03 \times 10^3/\mu\text{L}$	VPM	8.6 fL	6.5 - 12.0
* LinFA%		0.5 %	ADP	16.1	9.0 - 17.0
* GCM%		0.8 %	PCT	0.148 %	0.103 - 0.282
* LinDAf		$0.07 \times 10^3/\mu\text{L}$			
* GCIN		$0.00 \times 10^3/\mu\text{L}$			

de uso somente para pesquisa, não para uso diagnóstico

- Meio ambiente:
 - Higiene:
 - Comportamento:

Oper.: SAYMON
H. entrance

Valid: 03-02-2025 11:29:29

* Res. resp. n.º p/ amostragem utilizada.

Contene
com original

CEP 85-370-270
64-150-013



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME:

Max Souto Maior

Dr. Souto

-08/03

Dr. Souto Maior

04/02/2020

Dr. Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito
CRM-RR 695
RQE 434 RQE 095

Secretaria de Estado da Saúde/ SESA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical, CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil
Fone (0xx95) 3238-2362 E-mail: hospitaldosulrorainopolis@hotmail.com



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

[illegible]



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

[illegible]

D

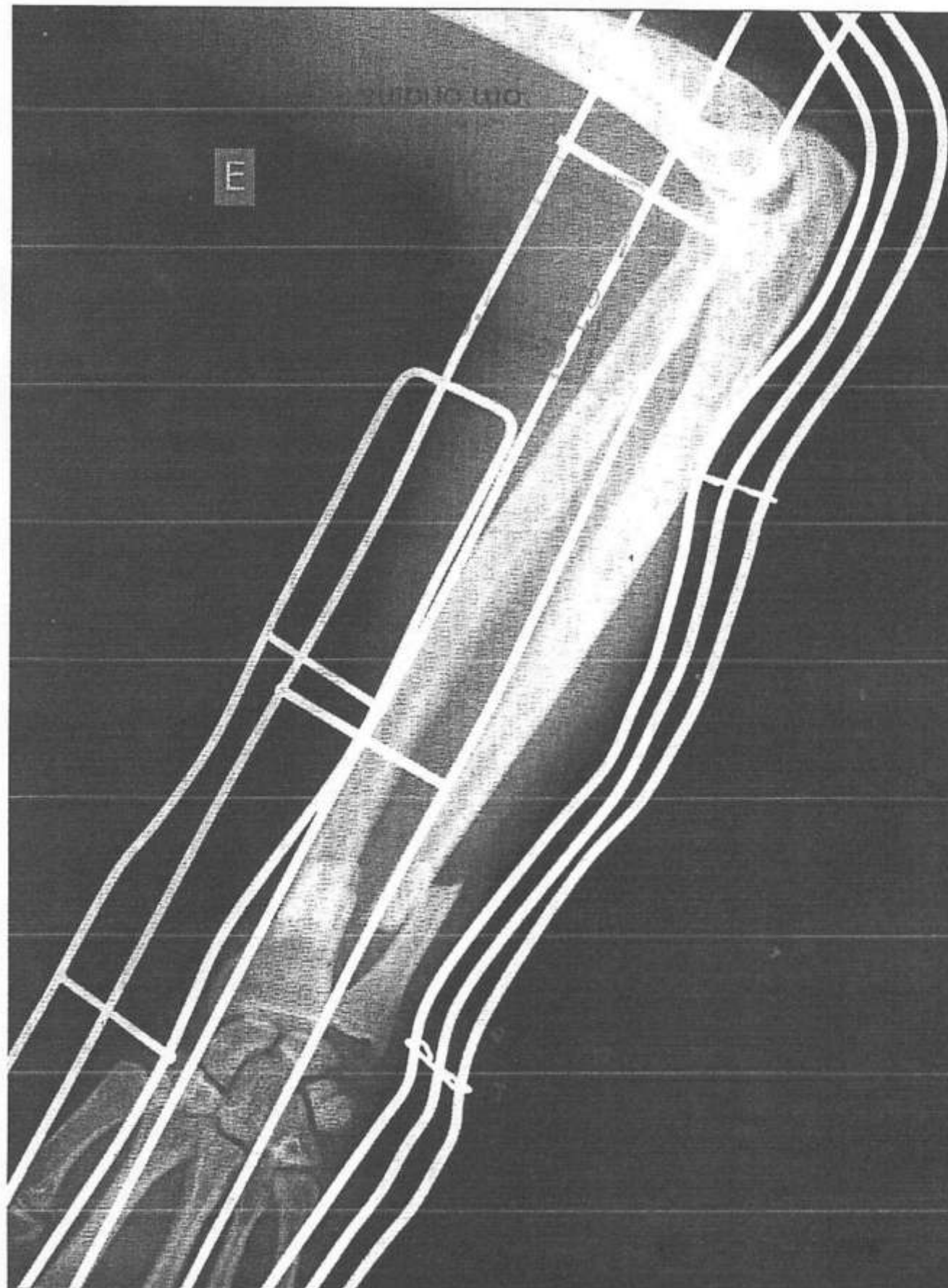


HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Masculino
05/09/1999

ALAN BARROS
53723

E

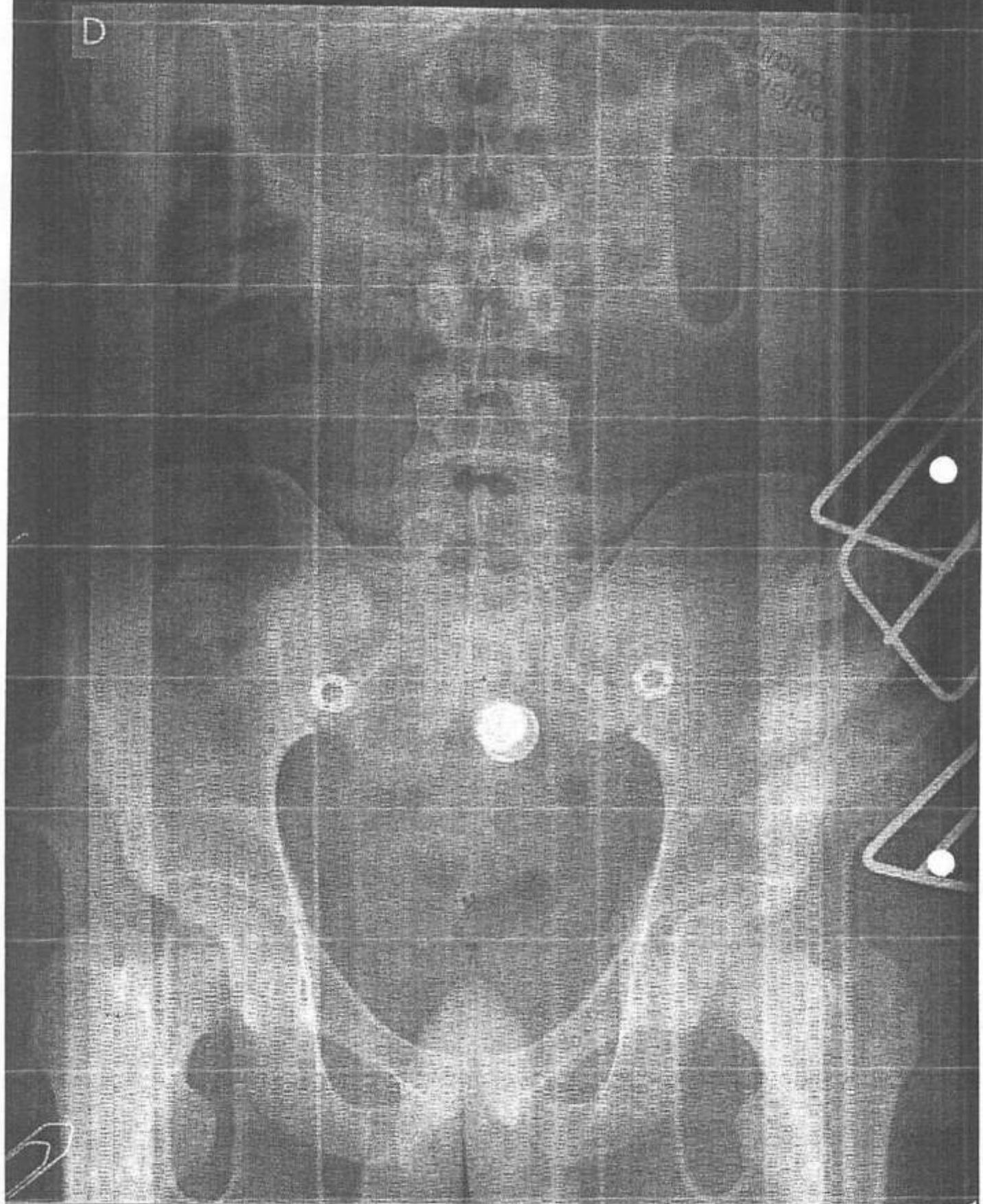


HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Masculino
05/09/1999

ALAN BARROS
53723

D



HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
ITALO PEREIRA DOS SANTOS

Masculino
05/09/1999

ALAN BARROS
53723



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT

RR Nº 7193756630 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

NOME/ENDERECO
JOSE DA SILVA CARVALHO
RUA SAO LUIZ
CASA S/N. VILA MODERNA
SAO LUIZ RR 69370000

CPF/COD 65435699215 PLACA NAN3400

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO
RR Nº 7193756630

EXERCICIO 2007 DATA EMISSAO 29/11/2007

NOME/ENDERECO
JOSE DA SILVA CARVALHO
SAO LUIZ RR 69370000

SAO LUIZ RR 69370000

01 65435699215 PLACA NAN3400

COO. RENAVAM 792252659 MARCA/MODELO HONDA/CB 125 TITAN ES

ANO FAB 2002 CAT 09 CHASSI 9C2JC30203R012965

PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

**** PAGO ****

VIA CONVENIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173917/20

Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 701.126.632-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 30/01/2020

Titular do CPF: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ITALO PEREIRA DOS SANTOS : 701.126.632-14

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: 23/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200224745 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 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 MODERADA DO 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: 3200224745 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
(P1,2,3,4,5,10,14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 MODERADA DO 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: Italo Pereira dos Santos, brasileiro(a) estado civil solteiro, profissão: trabalha, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 475006-3 e inscrito no CPF/MF nº 701.126.632-14, residente e domiciliado na Rua Amália, nº 2208, Bairro: Novo Horizonte, município de: Rorainópolis/RR, Tel. 99140-5737, E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: Capela, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR.

PODERES ESPECIAIS: a **OUTORGADA** para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 13 de Fevereiro de 2020.



Italo Pereira dos Santos

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173917/20

Vítima: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 701.126.632-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 30/01/2020

Titular do CPF: ITALO PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ITALO PEREIRA DOS SANTOS : 701.126.632-14

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: 23/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO