

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302831

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JONAS PEREIRA DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003559**

Conta: **000008374-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



4. Assinatura da vinha/beneficiário (declarante)

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 6615/2020 - Registrado em: 14/07/2020 às 12h 58min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 15h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAI

UF: RR

Logradouro: VICINAL

Nº: S/N

CEP: 69360-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO(30), nascido(a) em 15/05/1990, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de PESCADOR, CPF Nº 000.939.642-00, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de JULIA PEREIRA DA SILVA e GENEZIO BATISTA CONCEIÇÃO, endereço: JULIO C ABREU, cep: 69360-000, Nº: 1080, bairro: CENTRO, CARACARAI-RR, complemento: NOSSA SRA LIVRAMENTO, Telefone: (95) 99143-7590.

OBJETOS

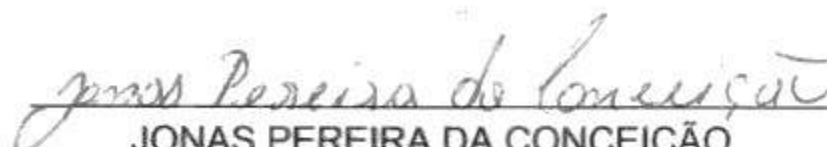
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2011/2012, CHASSI: 9C2KDO550CR536954, PLACA: NAU-1109, DE PROPRIEDADE DE ALEXANDRE RICARDO PEREIRA DA SILVA, CPF: 564.852.982-15 NO ENDEREÇO ACIMA INFORMADO QUANDO UMA MOTOCICLETA INVADIU A CONTRA-MÃO DA VIA COLIDINDO LATERALMENTE COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O EQUILIBRIO E VIESSE A CAIR. QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL IRMÃ AQUILINA E EM SEGUIDA PARA O HGR. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO
COMUNICANTE

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

000.939.642-00

Jonas Pereira da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo:

Jonas Pereira da Conceição

6 - CPF:

000.939.642-00

7 - Profissão:

Pescador

8 - Endereço:

Rua: Julio C. Abreu

9 - Número:

1080

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aressa São Francisco

12 - Cidade:

Caracaraí

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.360-000

16 - Tel. (DDD):

(95) 98404-5368

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 - Cargo 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3659

CONTA:

8374

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, após a liquidação final, 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 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.347/74), com as seguintes razões:

- 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.

Declaro, sob as penas da lei, que autorizo a Seguradora LIDER a emitir o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, com base na documentação médica apresentada, desde que a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às normas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas o valor da indenização, não se responsabilizando por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boca Vista - RR, 20/10/2020

Jonas Pereira da Conceição

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03559

CONTA: 000000008374-7

Nr. da Autenticação F73EE3968F1FAA04

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	75	70,30

CPF: 00022563520215

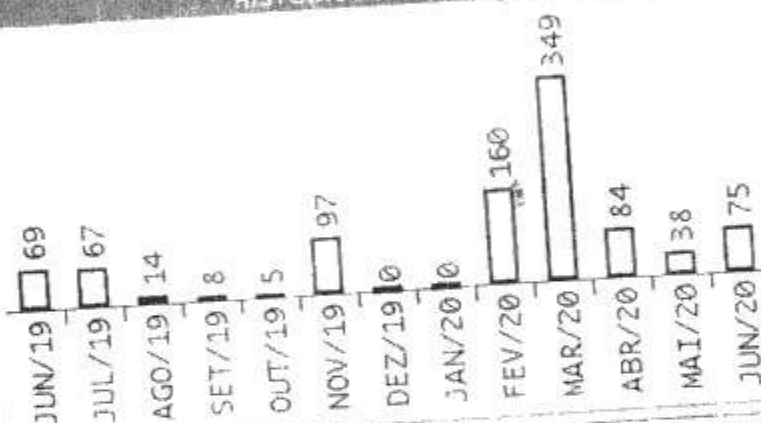
FRANCISCO SAMPAIO DE OLIVEIRA
R. JULIO C ABREU 1080 - NOSSA SRA LIVRAMENTO
CEP: 69.360-000 - CARACARAÍ

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 2133	Atual: 25/06/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 2058	Anterior: 25/05/2020	Classe/Suclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 24/07/2020	Ligação: MONOF
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 23/06/2020	Número Medidor: 100007373
Consumo medido: 75	Apresentação: 25/06/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 75		Modalidade: CONVENC

DESCRIÇÃO DA CONTA	75 A R\$ 0,625282 =	46,89
CONSUMO		12,28
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,12
CORRECAO METARIA DA 02/20-00		1,84
CORRECAO METARIA IG 02/20-00		2,77
MULTA POR ATRASO DE I 02/20-00		0,73
JUROS DE MORA POR ATR 02/20-00		2,58
MULTA POR ATRASO 02/20-00		3,09
JUROS DE MORA DE IMPO 02/20-00		

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 75 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 74



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2020, em função das contas realizadas nesta fatura. O pagamento deverá ser realizado antes da data de vencimento da conta. Caso não seja realizado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
06/2020 32,92

LIGUE 08207019123 E FAÇA PAGAMENTO 11 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 058F.36F9.C61C.F9EE.0080.C3D9.DE0E.99D6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	31,00	Encargos:	1,75
Distribuição:	13,59	Tributos:	0,55
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:		
PIS:	0,20%	0,09
COFINS:	0,99%	0,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DCE			DCE			DCE	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00	
Período de apuração: 04/2020						EUSD: 0,00	

ROT: 214.040.14.08.218000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
INSC. ESTADUAL 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0506426-0

MÊS FATURADO
06/2020

Nº da Nota Fiscal: 5456049

TOTAL A PAGAR - R\$
70,30

VENCIMENTO
11/07/2020

FCAM*

836500000000 2 703000750000 9 00000000506 6 42600620008 0



SEQ.: 0263 UC: 0506426-0 DT.LEIT.: 25/06/2020 T.ENTR.: 03
LEITURA: 2133 NORMAL TOTAL: 70,30 CARGA: 002
DT.VENC.: 11/07/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4521



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORIG. CLASSIF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PLASTIFICAR
51096

750009.000000001081.917005200055



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/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 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 Jonas Pereira de Encição

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jonas Pereira de Encição inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jonas Pereira de Encição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00, 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 Antônio D. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Paraisópolis</u>	Cidade: <u>Barcelos</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ENCICERRO.HCTIDRIL@GMAIL.COM</u>	CEP: _____	
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Barcelos, 23/12/2011

Jonas Pereira de Encição
Assinatura do Declarante

Nome: **JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO**

Cód. Pac.: 56450

Data: 19/05/2020 Idade: 30A Procedência: **HGR**

Médico Solicitante: DON SILVA MARTINS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação

- *Fratura.*

Relatório

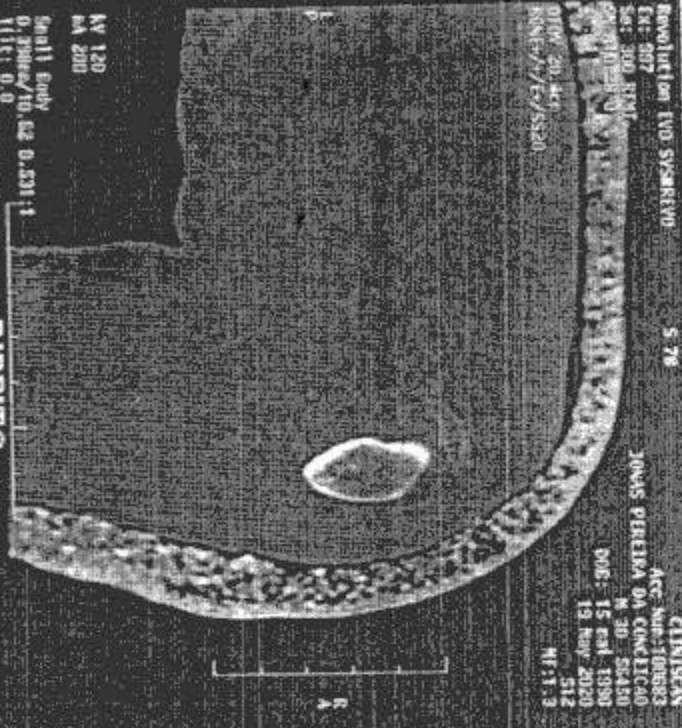
- Estudo realizado em aparelho gessado.
- Sinais de fratura com fragmentos ósseos associado, junto ao aspecto posterior da cortical posterior da tróclea umeral (fragmentos intra-articulares junto ao recesso posterior da articulação, medindo até 0,7 cm).
- Fratura do processo coronóide da ulna, notando-se fragmentos intra-articulares destacados (cerca de três maiores fragmentos), medindo até 1,2 cm no recesso articular anterior.
- Fratura do colo do rádio de aspecto completo, com discreto desalinho associado.
- Sinais de densificação difusa do subcutâneo dos planos gordurosos.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

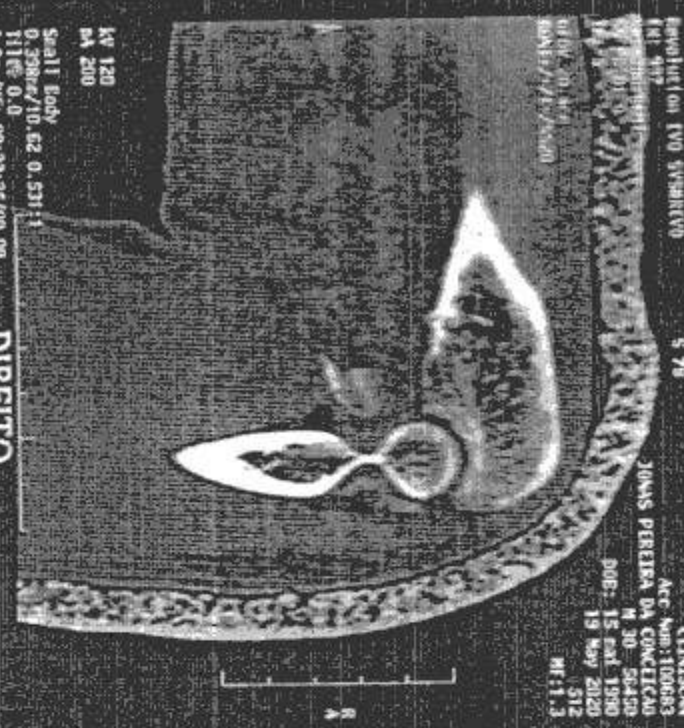
Dr Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

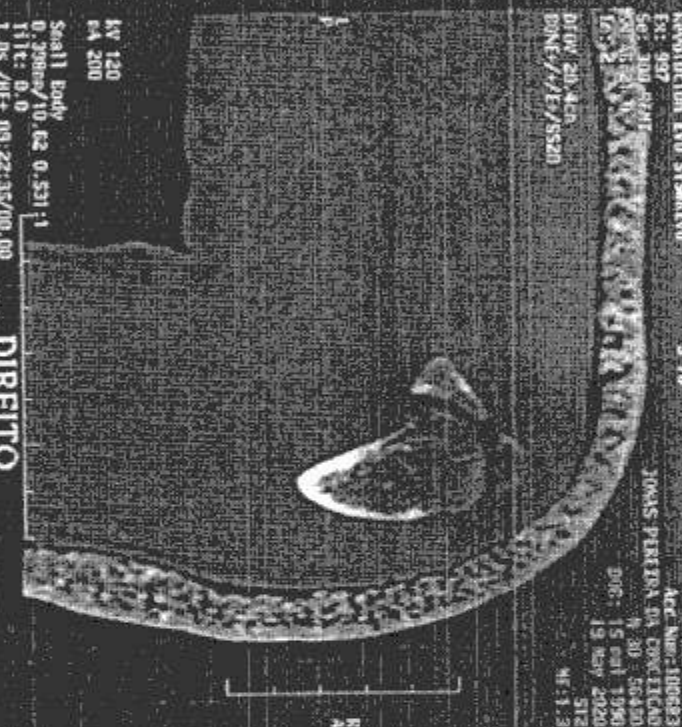
NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



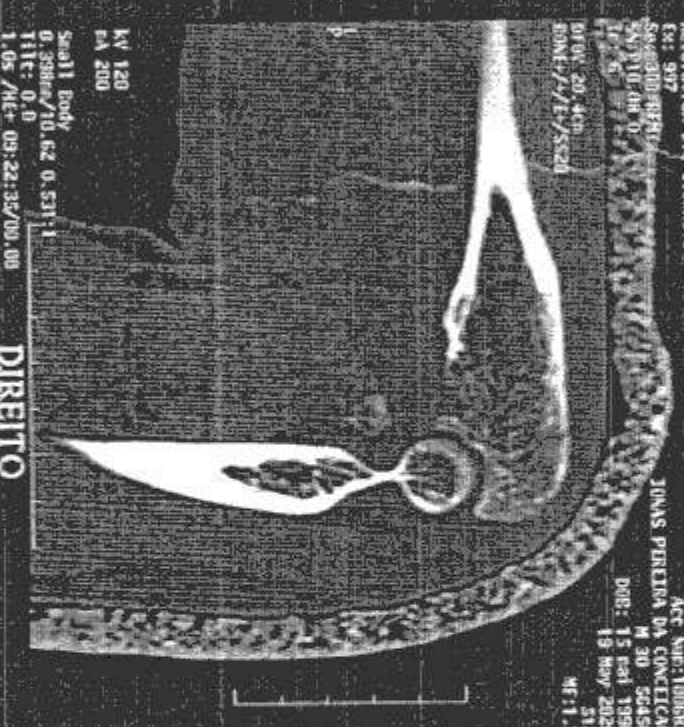
DIREITO



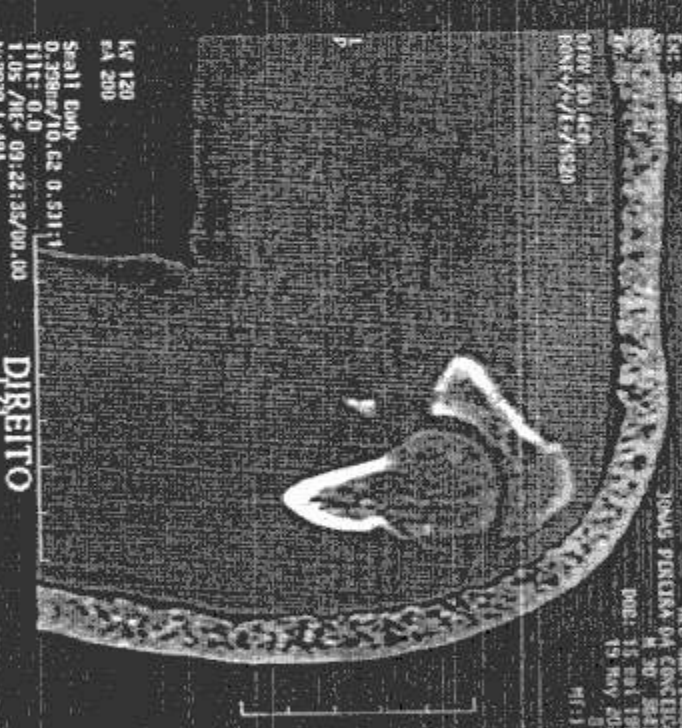
DIREITO



DIREITO



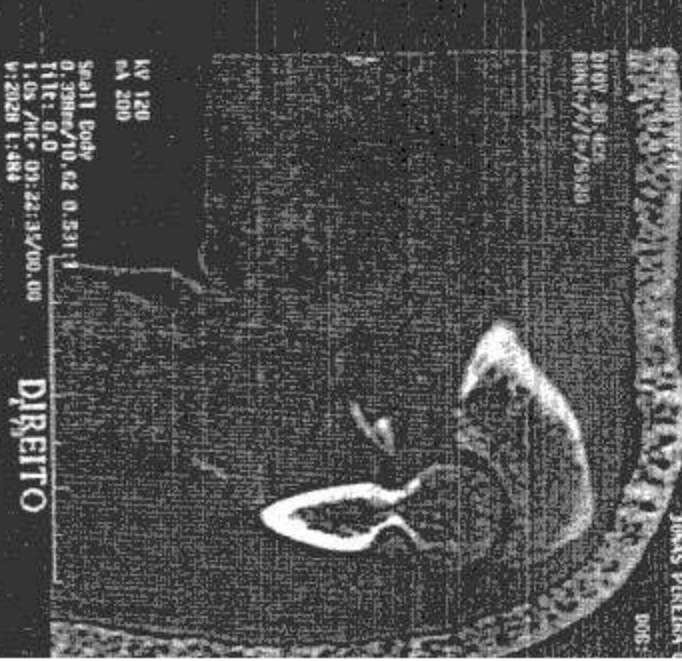
DIREITO



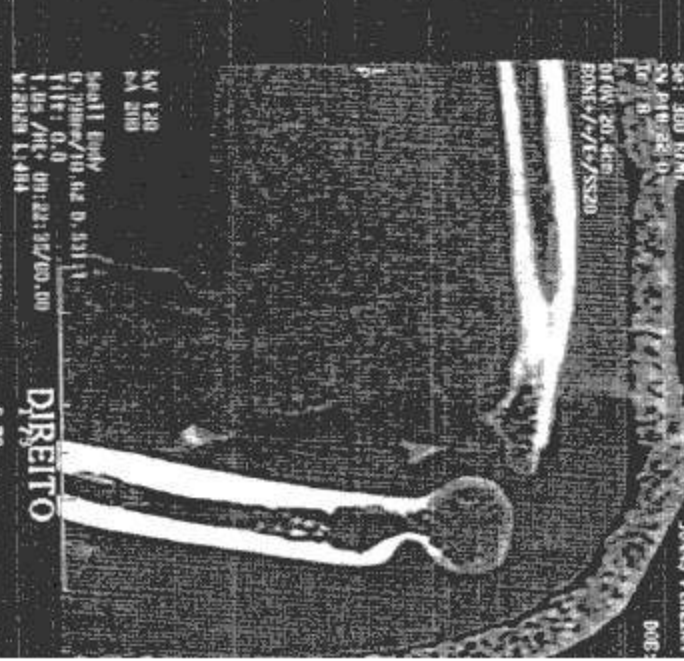
DIREITO



DIREITO



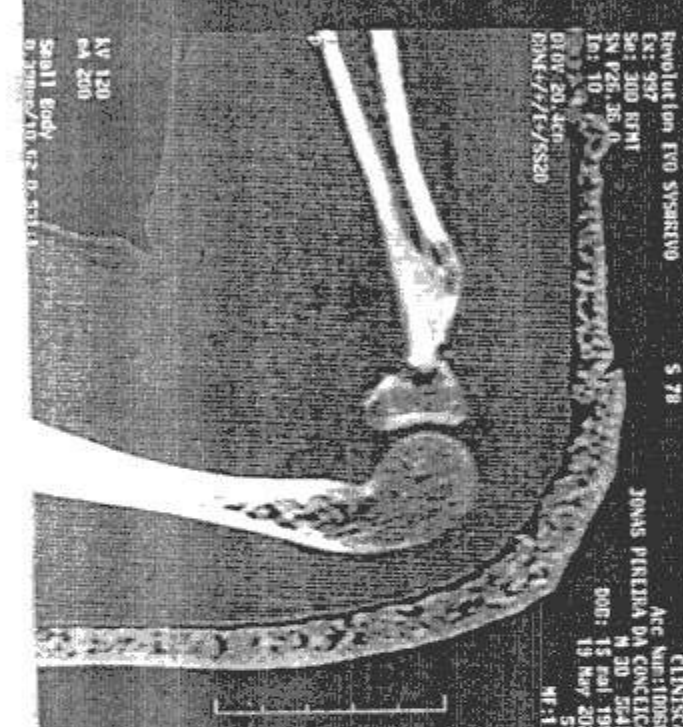
DIREITO



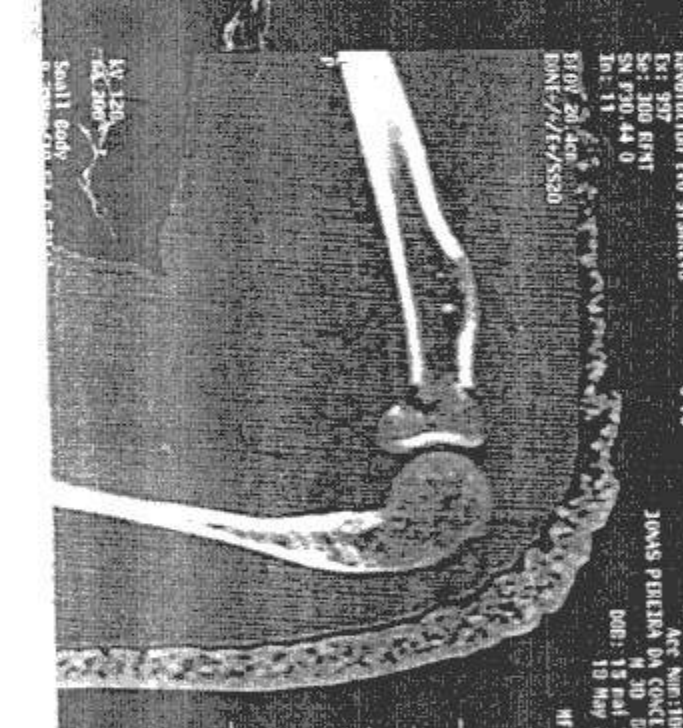
DIREITO



DIREITO



DIREITO

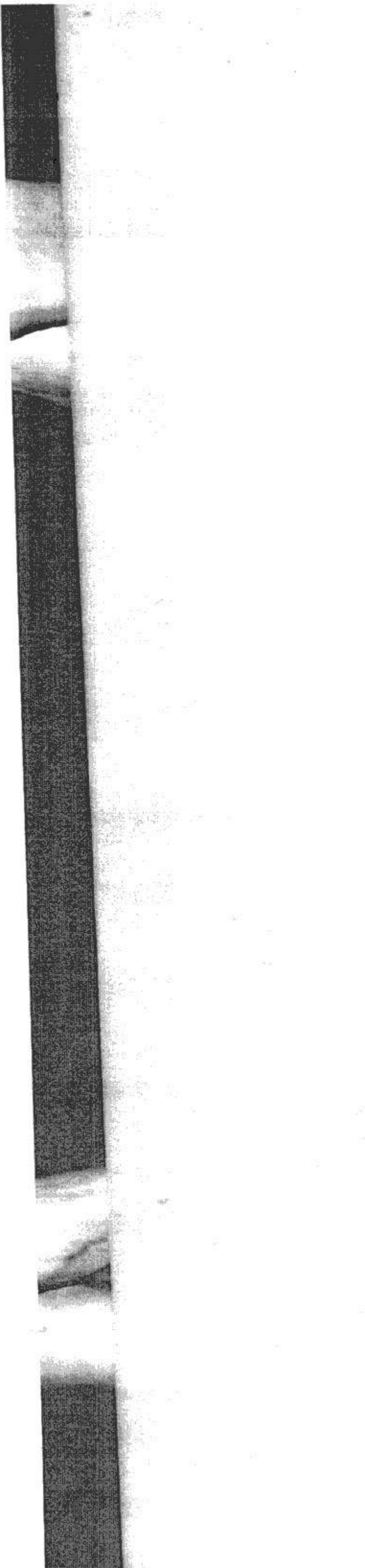


DIREITO



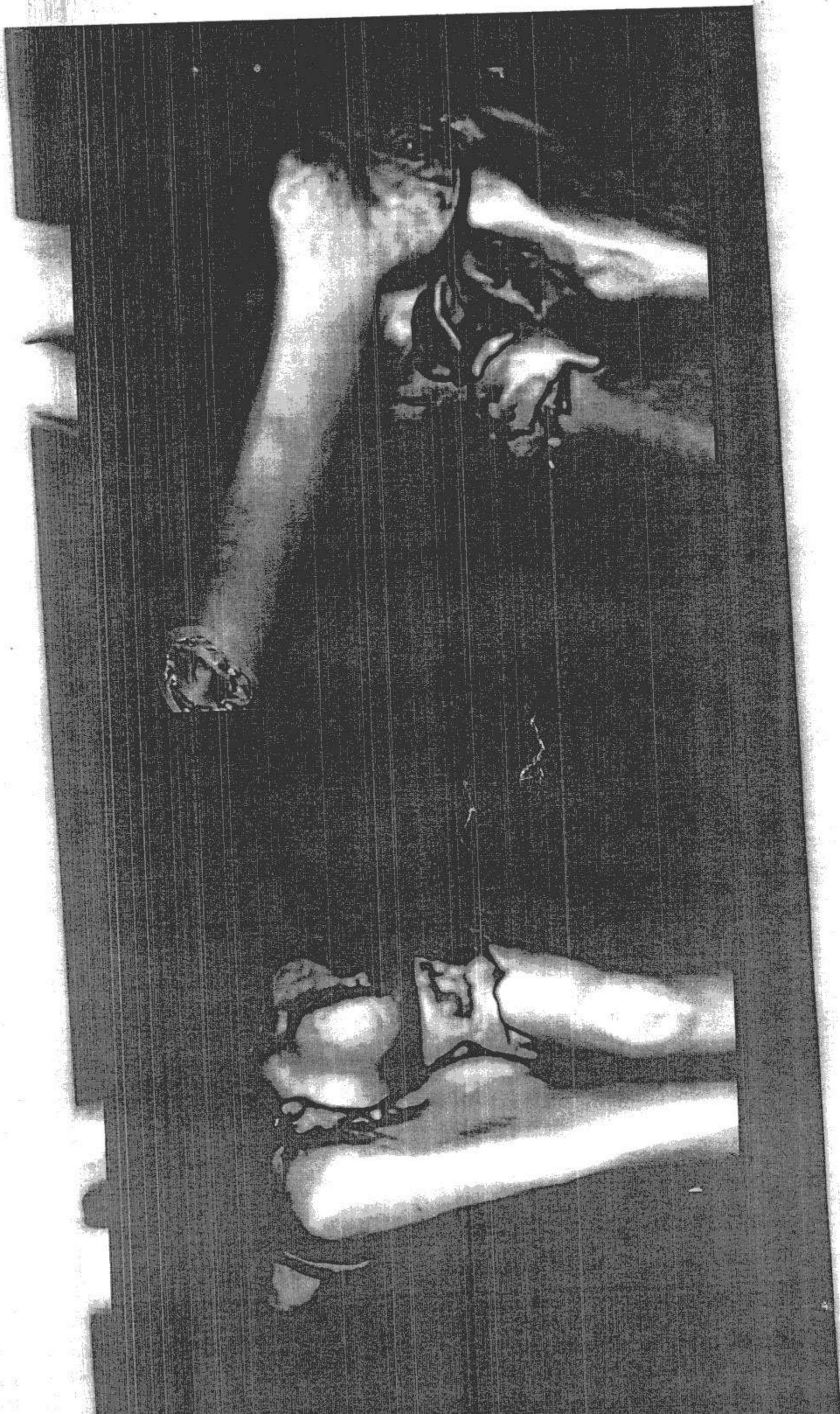
DIREITO

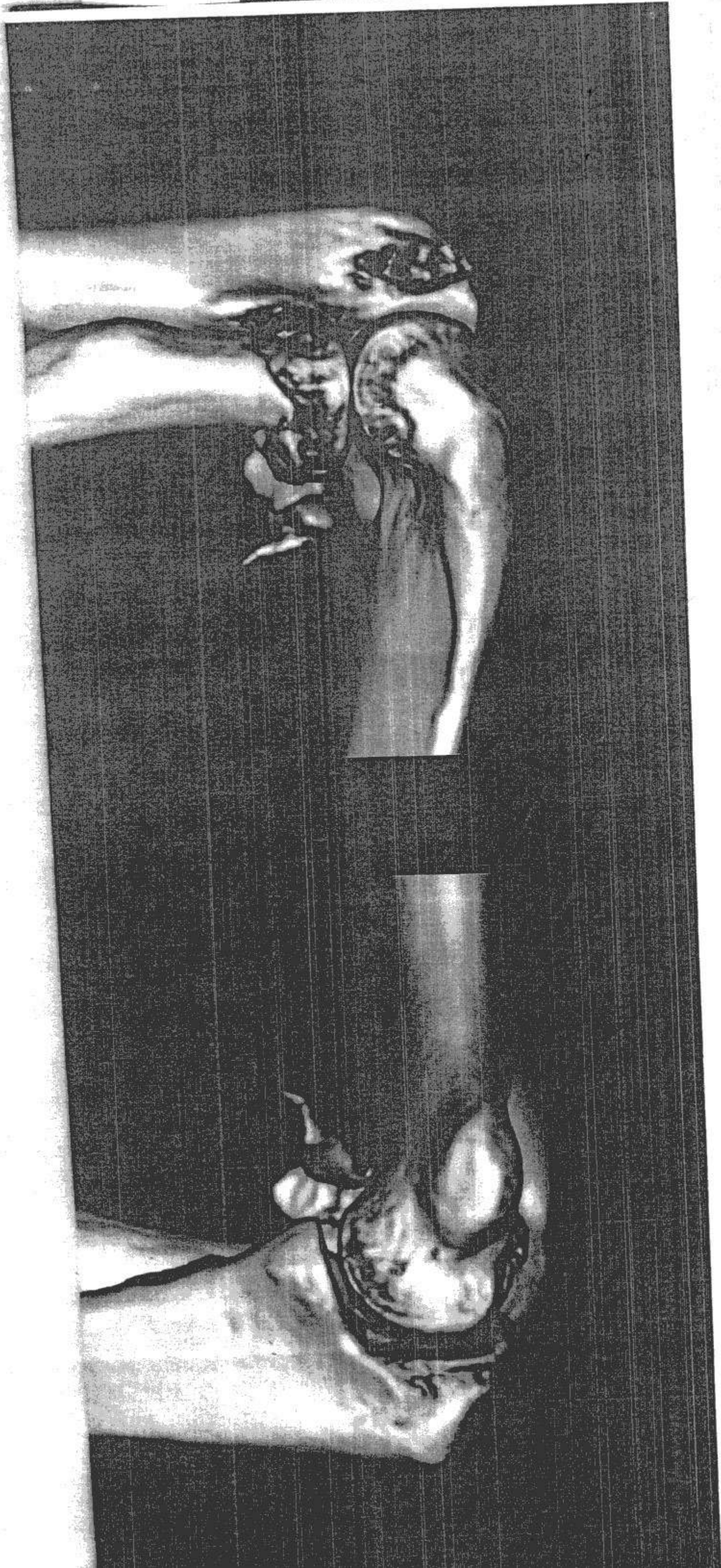
[illegible]



cliniscan
Centro Clinico magnetico

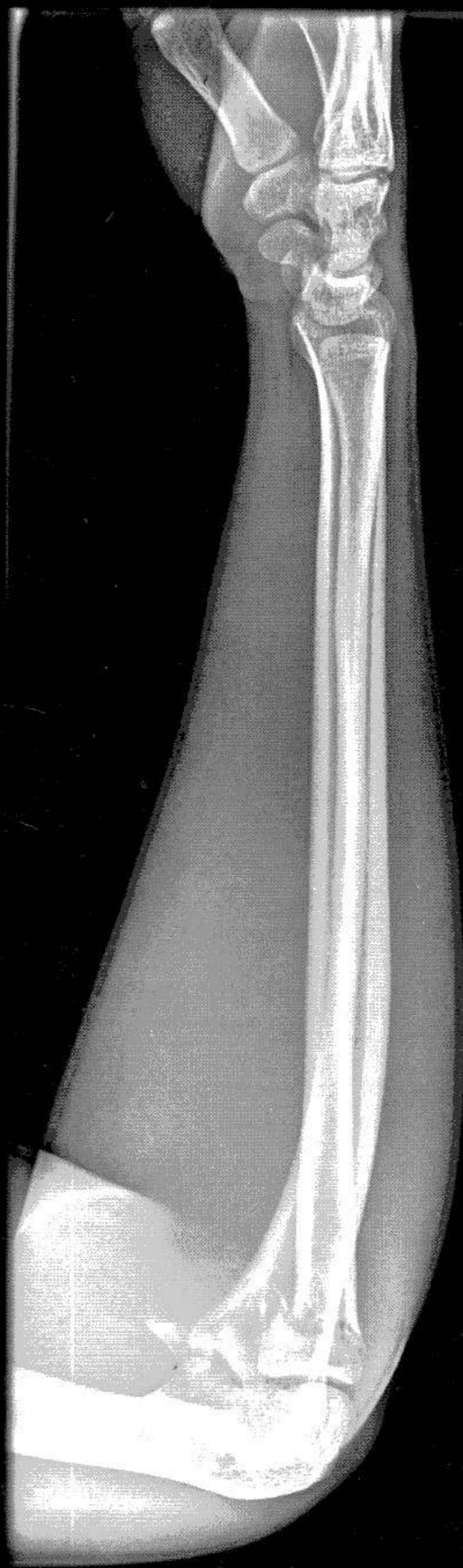






o contém imagens de referência ao exame onde a análise diagnóstica ocorreu em equipamento médico adequado

D





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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001242452 15/05/2020 21:38:27 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 9

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF⁰⁷ Prontuário

JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

15/05/1990

30 A 0 M 0 D

702809107274665

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

Mãe

JULIA PEREIRA DA SILVA

Pai

NI

Contato

(95) 99171-1988

Endereço

Ocupação

RUA - JULIO CRISPIM DE ABREU, NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO - 1080 - - CARACARAI - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

AMBULANCIA (HOSPITAL)

Procedimento Sol.

Registrado por:

ADAO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)

Acidente de motocicleta e trauma em tornozelos @

Exame Físico

LA E

Hipótese Diagnóstica

trauma de tornozelos @

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Tratamento do tornozelo

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☒ Alta a Revelia☐ Transferência para☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

Elias Carvalho Sousa

Cirurgião Geral Anatomia Patológica

CRM/RB 1103

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 15/05/2020 21:40:02



15/05/20 ortopedia (Dr. Fausto)

laevitate com fractura de
radio proximal

Cl. Ho any co.

intervenção / 1º procedimento
Wang co

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

Obs: Exames de
fgri solicitados
da intervenção,

pre-operatório
no momento

HCC

FOLHA 1

Largo 21.05.2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

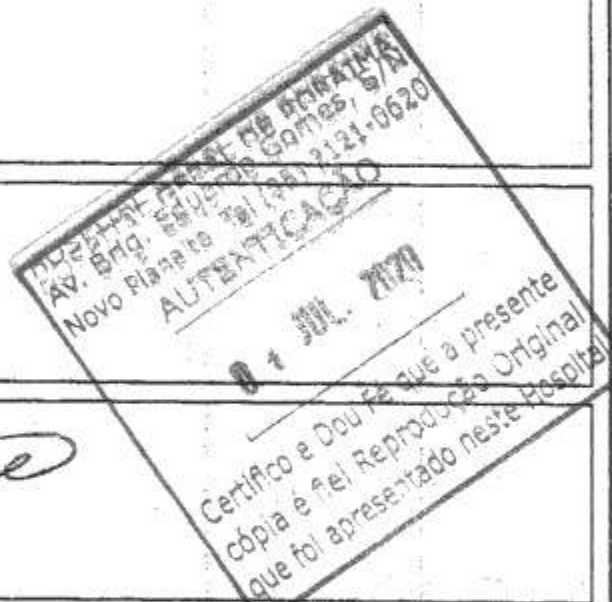
45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Dr. Paulo Roberto Gomes, R. 1
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456

0308010019

47.1 T068



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

HCC

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/05/1990

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

JULIO CRISPIM DE ABREU, NOSSA SENHORE DO LIVRAMENTO, 1080

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARACARAI

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES, SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS. AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

X 446201193215

ORTOPEDIA

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ITAMAR DE BRITO TRAJANO FILHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Clinica Medica e Cirurgica

Endocrinologia e Metabolismo - RCL

CRM-RR 1227

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

sábado, 16 de maio de 2020

ADMISSÃO – CLÍNICA MÉDICA

Paciente: JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO
Data de Nascimento: 15/05/1990
CNS: 702809107274665

Data da Internação Hospitalar: 15/05/2020
Data da Internação no Canarinho: 16/05/2020

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

História da Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES, SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS. AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA. NO MOMENTO APRESENTANDO DOR LOCAL LEVE.

Ao exame: BEG, vígil, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação..

CD: Suporte clinico mantido + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Dr. Itamar Travenço Filho
Clínica Médica RQE 539
Endocrinologia e Metabolismo RQE 540
CRM-PR 1227

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

24

ATOR:	ENF:	LEITO: 44	DN:15/05/1990	DICanarinho:16/05/2020
NOME DO PACIENTE: JONAS DA CONCEIÇÃO				
D: FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO				
ATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
16/05/2020	1. DIETA ORAL LIVRE			SND
	2. AVP			MANTER
	3. SF0,9% 500ML EV ACM			ACM
	4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			06h
	5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS			12 18 24 06h
	6. TENOXICAN 20MG EV 12/12H SN			12 24h
	7. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN			SN
	8. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN			SN
	9. CAPTOPRIL 25MG 1CP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg			SN
	10. SSVV + CCGG			ROTINA
	11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado			ATENÇÃO
	12. CURATIVO DIÁRIO			CURATIVO

Dr. Iamir Pimenta Pinho
Clínica Médica - RCE 539
Endocrinologia e Metabolismo - RCE 539
CRM-RS 1727

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR		
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI	
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI	
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista	
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL		

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	110 x 60		120/78	110 x 60
FC	73		80	64
Tax	36%		36%	36%
FR				
Evacuação				
Diurese	2ml			2ml
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

Obs: tem omeprazol na farmácia



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUBITSCHEN PEREIRA

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096PLASTIFICAR
51096



JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO.....: GENEZIO BATISTA CONCEIÇÃO
JULIA PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO.....: 15/05/1990 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CARACARAÍ - RR

DOCUMENTO.....: C. I. 260815 13/07/2002 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 000.939.642-00

TIT. ELEITOR: 003791402682

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 09/12/2009

ZN: 002

CNH:

SEÇÃO: 0123

[Handwritten signature]



3493821

003-0

RR

Jonas Pereira da Conceição

201.96454.96-9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302831 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARDIO E ULNA PROXIMAIS À DIREITA. P 1, 11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

**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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jonas Pereira da Conceição
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Pescador
IDENTIDADE:	260819
ENDEREÇO:	Rua: Julio C. Alreu - 1080 - Nossa Sra. Laceramento

OUTORGADO

NOME:	Sr. Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão - 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15 / 05 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Jonas Pereira da Conceição

Bom Uta - RR, 14 de julho de 2020.

LOCAL E DATA

Jonas Pereira da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237570/20

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

CPF: 000.939.642-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JONAS PEREIRA DA CONCEICAO : 000.939.642-00

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: 24/08/2020
Nome: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO
CPF: 000.939.642-00

JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302831

Vítima: JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONAS PEREIRA DA CONCEICAO

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, contados 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