
Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333412

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORGE LUIS PEREIRA HELMER

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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333412

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE LUIS PEREIRA HELMER

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 ombros
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: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000007183-8

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



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: 001.713.062-01 4 - Nome completo da vítima: Jorge Luis Pereira Helmer

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

5 - Nome completo: Jorge Luis Pereira Helmer 6 - CPF: 001.713.062-01
7 - Profissão: Tec. Enfermagem 8 - Endereço: Rua: Caubui Brasil, Jangalhaes 9 - Número: 1343 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Senador Helio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-518
15 - E-mail: JLOIPRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98463-5060

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 71838
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 16/05/2020

x Jorge Luis P. Helmer
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Nº: 10397/2020 - Registrado em: 04/09/2020 às 13h 12min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 05/11/2019 às 14h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: CAUBI BRASIL MAGALHÃES

Bairro: DOUTOR SILVIO BOTELHO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JORGE LUIZ PEREIRA HELMER (28), nascido(a) em 06/09/1992, sexo MASCULINO, casado(a), exercendo a profissão de TECNICO(A), EM ENFERMAGEM, CPF Nº 001.713.062-01, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA e JOSE LUIZ HELMER, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, Nº: 1343, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99111-7816.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A HONDA/CG 125 TITAN, ANO:1998/1999, PLACA:NAI-0191, COR AZUL, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO TRAFEGAVA NO ENDERÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS AO CHEGAR AO CRUZAMENTO COM A RUA S.2 COLIDIU-SE COM OUTRA MOTO QUE SURTIU REPENTINAMENTE EM SUA FRENTE, COM O IMPACTO CAIU SOFRENDO TRAUMA EM SEU OMBRO ESQUERDO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HGR, ESTE É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 4200043 ?
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JORGE LUIZ PEREIRA HELMER
COMUNICANTE

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: 28/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007183-8

Nr. da Autenticação 027067836BE35626



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0073636-8

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enio Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5790006 FEMP*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	21/09/2020	468	426,53

JORGE LUIS PEREIRA HELMER
CPF: 00000171306201
R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1343 Q-377 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-518 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/08/2020 Anterior: 15/07/2020 Próxima leitura: 14/09/2020
Emissão: 12/08/2020 Apresentação: 18/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.4.1.1 RESID. BX. RENDAIONOF TDB2026366 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	733							
Leit. Anterior	265							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	468							
Faturado	468							

DESCRIÇÃO DA CONTA

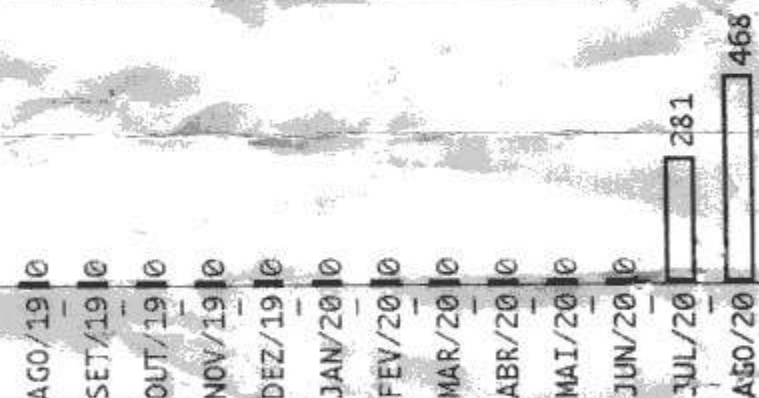
CONSUMO	30 A R\$ 0,266097 =	7,98
	70 A R\$ 0,456173 =	31,93
	120 A R\$ 0,684266 =	82,11
	248 A R\$ 0,760288 =	188,55
PARCELAMENTO COSIP 2/24		37,19
CORR MONETARIA TCD (IG 2/24		0,97
PARCELAMENTO DE DÉBITO 2/24		52,88
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,209140
31 A 100 - 0,358530
101 A 220 - 0,537800
221 A 468 - 0,597550

Média 12 meses: FF

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos
faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 08A6.C4AE.97FE.C878.0F3C.1C99.87B6.4FB1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	163,33
Distribuição:	71,53
Transmissão:	0,00
Encargos:	9,25
Perdas:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	5,17		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84

**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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CNP
383.051.512-04 DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT/MS AB

Nº REGISTRO
01101952304 VALIDEZ
28/01/2021 1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilson Inácio de Souza

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

Jorge Luis Pereira Helmer inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jorge Luis Pereira Helmer

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.713.062 / 01, 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 Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Beatito</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)</u>

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



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.

1901182878

05/11/2019 14:55:15

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

33

Paciente

JORGE LUIS PEREIRA HELMER

Data Nascimento

06/09/1992

Idade

27 A 1 M 29 D

CNS

706408386458690

CPF

00171306201

Prontuário

00140782

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Raça/Cor

SEM

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARIA APARECIDA LIMA PEREIRA

Pai

JOSE LUIS HELMER

Contato

(95) 99168-1018

Endereço

RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1343 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

"Cidada moto x moto"

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)

Paciente refere acidente em rede pública moto x moto com perda de consciência. Vio de repente.

Exame Físico

Membros superiores membros inferiores.

Hipótese Diagnóstica

Trauma de ombros expostos.

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Uso de Placa de Tórax, Ombros, Membros superiores e inferiores.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Plano Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

12 MAR 2020

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura Médico

Cirurgião Geral
CRM-RR 1644 RQE 801

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 05/11/2019 14:56:15

© 2019
SOTEC - Soluções em Tecnologia
04 - Investimentos em Saúde
Vol. 4.2.55 - 01.05.02



1901182878

Ortopedia

Fx Clavicular (X)

Tratamento + Alta.

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



**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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSORAE
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101952304

VALIDADE
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

750009.000000001081.917005200055



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME		JORGE LUIS PEREIRA HELMER		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA		3572242 SESE RR			
	CPF		001.713.062-01		DATA NASCIMENTO		06/09/1992		
	FILIAÇÃO		JOSE LUIS HELMER		MARIÁ APARECIDA LIMA PEREIRA				
	PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AB		
Nº REGISTRO		06128645327		VALIDADE		21/02/2024		1ª HABILITACAO	
								24/07/2014	
OBSERVAÇÕES		ZAR							
ASSINATURA DO PORTADOR									
LOCAL		BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO		21/02/2019			
ASSINATURA DO EMISSOR				IGO GOMES BRASIL		DIRETOR PRESIDENTE		DETRAN-RR	
				56714175000		RR210050640			
				RORAIMA					

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1751003100

PROIBIDO PLASTIFICAR
1751003100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333412 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jorge Luis Pereira Helmer
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Técnico em enfermagem
IDENTIDADE:	3572242 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Caubir Brasil Magalhães, 1343, Senador Helio Campos.

OUTORGADO

NOME:	Shair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buenos

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: 05/11/2019, cobertura Invalidez, vítima: Jorge Luis Pereira Helmer, Boa Vista - RR 08-04-2020

LOCAL E DATA

BOA VISTA - RR 08-04-2020

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262746/20

Vítima: JORGE LUIS PEREIRA HELMER

CPF: 001.713.062-01

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2019

Titular do CPF: JORGE LUIS PEREIRA
HELMER

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

JORGE LUIS PEREIRA HELMER : 001.713.062-01

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: 17/09/2020
Nome: JORGE LUIS PEREIRA HELMER
CPF: 001.713.062-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JORGE LUIS PEREIRA HELMER

MANOEL COELHO NETO