

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2926194820201202174239

Processo 0828222-98.2020.8.23.0010 - (30 dia(s) em tramitação)

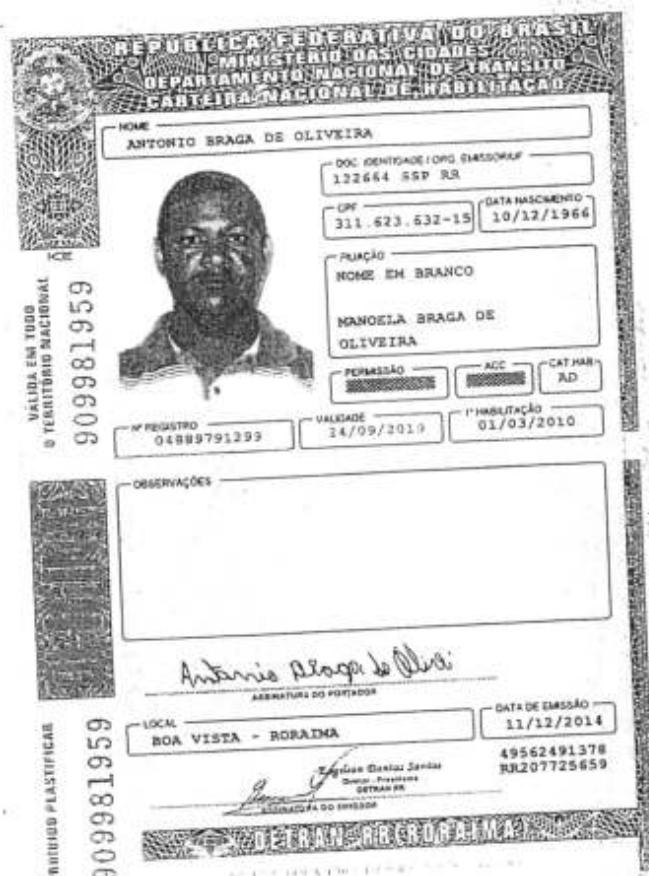
Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9996 - Acidente de Trânsito

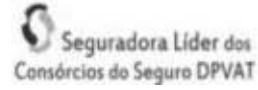
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)											
Realces																
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																
Filtros																
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9																
500 por pág. 1																
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por													
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO																
<input type="checkbox"/>	9 02/12/2020 17:42:39	Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;">‡ 2766516CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;">‡ 2766516CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;">‡ KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>					9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766516CONTESTACAO01.pdf	Público	9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766516CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766516CONTESTACAO01.pdf	Público													
9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ 2766516CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público													
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	‡ KITSEGURADORALIDER.pdf	Público													
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA																
8	19/11/2020 14:34:06	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 19/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador													
<input type="checkbox"/>	7 17/11/2020 15:22:10	Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária													
<input type="checkbox"/>	6 05/11/2020 20:35:34	CONCEDIDO O PEDIDO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado													
5	02/11/2020 12:10:09	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ													
4	02/11/2020 12:10:09	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ													
3	02/11/2020 12:10:09	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ													
2	02/11/2020 12:10:08	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ													
<input type="checkbox"/>	1 02/11/2020 12:10:08	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO Advogado													





RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

- 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 24/06/2020

Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Data do cadastramento: 24/06/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR 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 POLEGAR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	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: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR 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 POLEGAR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Braga de Oliveira ESTADO CIVIL: Casado
NACIONALIDADE: Brasileiro RG: 122661
PROFISSÃO: Brasiliense ENDEREÇO: Av. Iabá Cunha
CPF: 311.623.632-15 CIDADE: Bon Vista
BAIRRO: Carone
CEP 69.313-618

VÍTIMA: _____ DATA DO SINISTRO: 27/10/2019
CPF: _____
NATUREZA: _____

OUTORGADA:

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo ÓRGÃO EMISSOR: SSPI RO
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Estudante
Nº DO RG: 488049
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 121.026.772-69
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto martins, nº 317

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por lacerda, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.


Bea Vista - 13 de novembro de 2019


Obs - Reconhecimento por autenticidade.





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: 3200 220582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira

6 - CPF: 311.623.632-15

7 - Profissão: Vidente

8 - Endereço: Av. Júlio Andrade

9 - Número: 550

10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Carauá

12 - Cidade: Bon Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.313-618

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (95) 69118-4505

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: Itaú

AGÊNCIA: 1352

CONTA: 11448 0

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

(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

MORTE
MÓRTUO
CIVIL DA VÍTIMA

23 - Estado civil da vítima:

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

Vivos

Falecidos

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista, 30/07/2020

Antônio Braga de Oliveira

Dânia H. F. da Costa

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTJR 9WTU8 GZB7 A5SNY

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 24/06/2020

Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Data do cadastramento: 24/06/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Número do Sinistro: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/07/2020

Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

CPF: 421.026.772-49

Data do cadastramento: 10/07/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

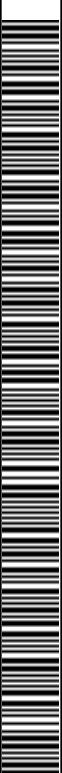
BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000011448-0

Autenticação:

2D033B04A9907FD32C9D529B3495BE7637B68365FAE0249FCDC6F2C9F2AC8169





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

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

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

Carta nº 15897209



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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200226582 Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indemnização

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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000011448-0

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
2 - Nº do sinistro ou ASL: 495 922.112-72		4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis S. Barbosa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	9 - Número:	10 - Complemento:
Francisco de Assis S. Barbosa	495.922.112-72	481	Casa
7 - Profissão:	8 - Endereço:	13 - Estado:	14 - CEP:
Motorista	R. São João Batista	RR	09.312-389
11 - Bairro:	12 - Cidade:	16 - Tel.(DDD):	15 - E-mail:
Cinturão Verde	Bon Vista	(95) 9176-5649	

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 73921	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:	<ul style="list-style-type: none">• 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.	
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.	

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou país/avós vivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ni	

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

34 Impressão digital da víma/ben eficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista, 10/06/2020

Francisco de Assis S. Barbosa

Tomio H. S. da Mota

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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:

3200 226582

3 - CPF da vítima:

311.623.632-15

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Braga da Oliveira

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

5 - Nome completo:

Antônio Braga da Oliveira

6 - CPF:

311.623.632-15

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Av. Jaba Cunha

9 - Número:

550

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Caravana

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-618

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 99418-4505

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

DADOS CADASTRAIS

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: 3027

CONTA: 33009

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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

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) 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 deu à^{nasc} nascituro (váinascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

NÃO ALFABETIZADO

34

Impresário 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)

40 - Local e Data, 06/07/2020

Antônio Braga da Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

08/07/2020

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Tânia H. S. Melo

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTJR 9WTU8 GZB7 A5506

07/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 313025



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: 5242997

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV SABA CUNHA, 550,
CARANA

69313618 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
313025	05/2020	23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
292	15-JUN-20	R\$ 255,76

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
313025	05/2020	R\$ 255,76

836600000027.557600750003.000000000315.302505200055





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/10/2019 21:05 Data/Hora Fim: 27/10/2019 21:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 0690012 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Asa Branca
Logradouro: Av. Atalde Teive c/ Av. Imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CHARLES DIAS DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 41 anos
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Sem Informação Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JORGE FRAXE Nº: 1051
Bairro: Caimbé

Nome Civil: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/12/1966 Idade: 53 anos
Naturalidade:MA - Vitória do Profissão: Vigilante Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Manoela Braga de Oliveira
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.623.632-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Sabá Cunha Nº: 550
Bairro: Caranã

Nome Civil: CARLOS RIAN LIMA BRAGA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Profissão: Estudante



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 07/01/2020 12:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 122664

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Nº: 550

Bairro: Caranã

Nome Civil: JENESSIS FIGUERA JOSÉ GONZALEZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 311.623.632-15

Placa NAO5391

Renavam 01107511132

Número do Motor KD08E1H410845

Número do Chassi 9C2KD0810HR410839

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/01/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antonio Braga de Oliveira

Proprietário

Grupo Outros Meios de Transporte

Subgrupo Bicicleta

Fabricação Nacional

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jenessis Figuera José Gonzalez

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 0690012 SÉRIE J, relatando uma ocorrência de acidente de trânsito, conforme relato a seguir:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01 (Antônio), que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 (Carlos) na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 (Jenassis) que trafegava numa bicicleta no sentido contrário da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 (Antônio) e 03 (Jenassis) apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 (Antônio) ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 e Cinturão verde. A bicicleta do item 03 (Jenassis) ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis. Era o que tinha a relatar.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

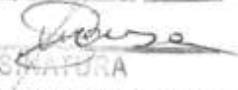
Nº: 037546/2019

ASSINATURAS

DAT

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 07/01/2020


ASSINATURA

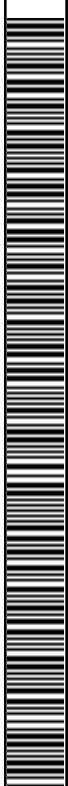
Eraldo Pereira Maia

Agente de Polícia

Matrícula 42000183

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá 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."



PMRR- 1º BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 0690012

Vtr 137	SUCP 1ºBPM	Data 27/10/2019	S/Sector LESTE	H/Transm 19:23	H/ini 19:29	CH/H 21:10
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13023/13999	Cód. Ser. Prest.	Km/ini. 139.570	Km/Fim 139.576		

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL **Avenida Ataíde Teive c/ Avenida Imigrantes.** Bairro: **Asa Branca** Refe.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: **Antônio Braga de Oliveira.** Idade: **53** E. Civil: **Casado**
Endereço: **Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.**
Edt. R.G **122.664-RR** CNH **04889791299** Profissão: **Porteiro**
CPF _____ TEL _____

2 Envolvido Nome: **Carlos Rian Lima Braga.** Idade: **18** E. Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.**
Edt. R.G **442368-2-RR** CNH _____ Profissão: **Estudante**
CPF _____ TEL _____

3 Envolvido Nome: **Jenessis Figuera José Gonzales.** Idade: **31** E. Civil: **Casada**
Endereço: **Avenida Princesa Isabel – Santa Tereza. (Não soube informar o numero da residência)**
Edt. R.G _____ CNH _____ Profissão: **Autônoma.**
CPF _____ TEL **95 98409-0697**

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA  CARGO **A - Policia** LOCAL **2º DP**

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) do 2º Dp:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01, que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 que trafegava numa bicicleta no sentido contrário da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 e 03 apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 – Cinturão verde. A bicicleta do item 03 ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis.

Era o que tinha a relatar.


CHARLES DIAS DOS SANTOS

41.150-7

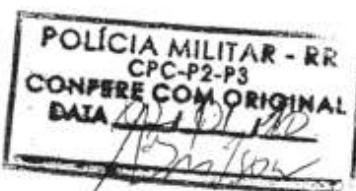
AL SGT PM

1º BPM/CPC

CADASTRO

Posto/Graduação

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
2 - Nº do sinistro ou ASL: 495 922.112-72		4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis S. Barbosa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	9 - Número:	10 - Complemento:
Francisco de Assis S. Barbosa	495.922.112-72	481	Casa
7 - Profissão:	8 - Endereço:	13 - Estado:	14 - CEP:
Motorista	R. São João Batista	RR	09.312-389
11 - Bairro:	12 - Cidade:	16 - Tel.(DDD):	15 - E-mail:
Cinturão Verde	Bon Vista	(95) 9176-5649	

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 73921	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:	<ul style="list-style-type: none">• 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.	
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.	

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou país/avós vivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Ni	

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

34 Impressão digital da víma/ben eficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista, 10/06/2020

Francisco de Assis S. Barbosa

Tomio H. S. da Mota

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Avaliação da Seguro DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012						
5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 7 - Profissão: Porteiro 11 - Bairro: Casarão 15 - E-mail:		6 - CPF: 311.623.632-15 8 - Endereço: Av. Jaba Cunha 12 - Cidade: Bon Vista 13 - Estado: RR 9 - Número: 550 10 - Complemento: Casa 14 - CEP: 69.313-618 16 - Tel. (DDD): (95) 99118-3505					
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: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
19 - Profissão do Representante Legal: 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div> </div>							
21 - DADOS BANCARIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 33%;"> AGÊNCIA: 3027 <input type="checkbox"/> CONTA: 33009 <input type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> </div> <div style="width: 33%;"> AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> </div> </div>							
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. </div> <div style="width: 45%;"> 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. </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 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. </div>							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		25 - Vítima deixou companheiro(a):		26 - Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____				Assinatura da testemunha			
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____				Assinatura da testemunha			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTJR 9WTU8 GZ2B7 A5SNY

A standard linear barcode is positioned vertically along the right edge of the page.

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Evar Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pelo BEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO**
0031302-5

Nº da Nota Fiscal: **003093169**
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\$)
OUTUBRO/2019	15/11/2019	335	252,15

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA
AV. SABA CUNHA 550 CABOINHA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	335
Anterior:	8
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1.600
Consumo médio:	335
Consumo Faturado:	335

DATAS DA LEITURA

Atual:	23/10/2019
Anterior:	20/09/2019
Próxima leitura:	23/11/2019
Emissão:	22/10/2019
Apresentação:	23/10/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESID.BA.RENDA
Ligação:	SL
Número Modificador:	TUB1738935
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENTIONAL

CPF: 00031162363215
CEP: 69.313-610 - BOA VISTA

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 = 7,86
	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
	115 A R\$ 0,748975 = 86,13
SUBVENCAO BAIXA RENDA -	49,81
RELIGACAO	10,82
CORRECÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,05
CORRECÃO MONETARIA IG 07/19-00	0,48
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00	1,53
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,42
MULTA POR ATRASO 07/19-00	0,95
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	25,28
ILUMINACAO PUBLICA	

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,217588
31 A 100 - 0,372990
101 A 220 - 0,559490
221 A 335 - 0,621650

Média 12 meses: **279**

HISTÓRICO DE MEDICÃO

Consumption values (kWh) over 12 months:

Mes/Ano	Valor
out/18	748
nov/18	710
dez/18	239
jane/19	212
fev/19	248
mar/19	261
abr/19	259
mai/19	270
jun/19	251
jul/19	249
ago/19	242
set/19	510
out/19	295

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

VALOR R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 163,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
IE.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/09/2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJJJR 9WTU8 GZ2B7 A5SNY





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 Tânia Heloisa Lacerda de meo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 451.026.772, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Braga da Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632-15,

do sinistro de DPVAT cobertura Livramento da Vítima Antônio Braga da Oliveira,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>R. Antônio Augusto martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>João Francisco</u>	Cidade: <u>Bon Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>69.905-270</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 99.39.8405</u>

Local e Data: Bon Vista, 10/09/2020

Tânia H. L. de meo
Assinatura do Declarante

27/10/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

HG

... Guia de Atendimento 17 ...

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amaral
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho Interno
Laranja
Amaral
Verde
Azul Ass.

NOTURNO 19- 26

1901179099 27/10/2019 20:16:52

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo
IDENTIDADE 122664 SSP / RR 03/11/1997 M
Mãe MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA
Endereço AVENIDA - SABA CUNHA - 664 - CARANA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento 10/12/1966 Idade 52 A 10 M 17 D CNS 705006411262751 CPF 07 31162363215
Estado Civil SOLTEIRO(APARDA) Naturalidade VITORIA DO MEARIM BRASILEIRA
Pai ND Contato (95) 99118-4505
Profissão ND Ocupação

Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validez Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada RESGATE Procedimento Sol. Registrado por:
QUEIXA PRINCIPAL Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue ELIENE

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Deante ur turr de acidente
20/10/2019 no horário (ao 1r sso motoxhicleto).
12/10/2019 no horário (ao 1r sso motoxhicleto).
Exame Físico Dor/edema/estrangulamento do membro
pruno/mão (E) e joelho (O).

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso

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

PREScrição

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Dis. contuso (O) 2900.
2) Tumor contuso (O)
3) Choquinho (O)

RORAIMA
05.9/121-06
CARIMBO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: Octo se C.

- Ambulatório Reprod. n/na
 Observação (Até 24h) n/na
 Internação Data e Hora da Saída/Alta: 11

Óbito Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IMI. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: eliene
Data Hora: 27/10/2019 20:17:54

J. Ferreira FRANCA
Anestesiologista
Iden. MIL 0108601378

Carimbo e Assinatura do Médico



1901179099

Cx 29

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027
SAO VICENTE , 99999-999 , BOA VISTA , RR
Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93
HomePage www.unimedfama.com.br

Fatura Hospitalar - 00032539

Nome do Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		Data de Nascimento 10/12/1966	Sexo Masculino
Endereço SABA CUNHA		Número 550	
Complemento CASA	Bairro CARANÃ		
CEP 69313-618	Município BOA VISTA	UF RR	
Telefone 9591184505	CPF 31162363215	Identidade 122664	Orgão Emissor SSP
Responsável		Prontuário 00008126	UF RR

Convênio UNIMED INTERCAMBIO	Promoção UNIMED INTERCAMBIO ENF			
Guia 4024385	Matrícula	Senha 4154264	Dt. Início 06/11/2019	Dt. Fim 07/11/2019

Observação						
Atendimento 00015785	CID	Leito 000041	Dt. Entrada 06/11/2019	Hr. Entrada 17:42	Dt. Saída 07/11/2019	Hr. Saída 16:00

Procedimento						
Equipe MÉDICO RESPONSÁVEL						

Descrição		Total R\$
DIARIAS	- BLOCO E	450,00
		450,00
GASES MEDICINAIS	- CENTRO CIRURGICO	46,08
		46,08
TAXAS DIVERSAS	- CENTRO CIRURGICO	765,55
		765,55
MEDICAMENTOS	- BLOCO E CENTRO CIRURGICO	113,99 445,48
		559,47
MATERIAIS	- BLOCO E CENTRO CIRURGICO	46,27 110,22
		156,49
Total da Fatura:		1.977,59

Ray Saraiwa
Enfermeiro Auditor
COREN-RR 470426
UNIMED/FAMA

CONFERE COM ORIGINAL

ex 29

Hospital Unimed

www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3198-8400

Unimed 
Boa Vista

TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/11/2019

HORA: 17:42

USUÁRIO: LEVY BRITO

Atendimento: 00015785

PRONTUÁRIO: 00008126

LEITO: E03

DADOS DO PACIENTE:

NOME: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA
SEXO: Masculino

DATA DE NASC.: 10/12/1966 52 a 11 m 1 d

DOCUMENTO:

CPF: 31162363215

PAI:

NACIONALIDADE:

RELIGIÃO:

MÃE: MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

CELULAR: 95991184505

PROFISSÃO: OUTROS

TELEFONE: 9591184505

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO I

ENDERECO: SABA CUNHA , 550

MATRÍCULA: 8650001129356004

BAIRRO: CARANÁ

GUIA:

CIDADE: BOA VISTA

SENHA:

RESPONSÁVEL:

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO

CPF DO RESP.:

CRM: 1047

RG DO RESP.:

ESPECIALIDADE:

TEL. DO RESP.:

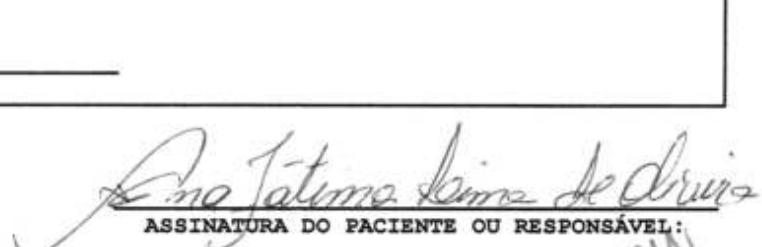
TIPO DE INTERNAÇÃO:

Descrição do procedimento: FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALA

OBSERVAÇÃO: N TINHA Apt Disponivel.

ATESTO QUE NO ATO DA INTERNAÇÃO RECEBI ORIENTAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIMED PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES. E QUE DAREI CIÊNCIA ÀS NORMATIVAS NELE CONTIDAS, ME COMPROMETENDO A LER E A CUMPRIR A TODAS AS NORMAS QUE O HOSPITAL ESTABELECE.

ACOMPANHANTE:


ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE COM ORIGINAL



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº Guia no Prestador
122025144

Nº do protocolo:

Status: RESPONDIDA

1-Registro ANS 313971	3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385	4-Data da Autorização 07-11-2019	5-Senha 4154264	6-Data Validação Senha 06-01-2020
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 865 0001129356004	8-Validade da Carteira 31/10/2021	9-Atendimento de RN N	11-Número Cartão Nacional de Saúde	
10-Nome ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA				
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora / CNPJ 1360082	13-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERAT			
14-Nome do Profissional Solicitante BRUNO FIGUEIREDO	15-Conselho Profissional CRM	16-Número Conselho 1047	17-UF 14	18-Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora/CNPJ 1360082	20-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS	21-Data Sugerida 06/11/19		
22-Caráter do Atendimento 2 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência	23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			
24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar	25-Qtd. Diárias 1	26-Previsão Uso N	27-Previsão Uso de Quimioterápico N	
28-Indicação Clínica Paciente com luxação no pelegra esquerdo com muita dor necessitando internar para procedimento de emergência.				
29-CID 10 Principal	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Cód do Procedimento	36-Descrição	37-Qtd	38-Qtd.
22	30722438	Fraturas e/ou luxações de falanges	1	
22	30722551	Plastica ungueal	1	
18	60000635	DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO	1	
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão 06/11/2019	40-Qtd. Diárias Autorizadas	41-Tipo da Acomodação Autorizada		
42-Código na Operadora/CNPJ	43-Nome do Prestador Autorizado	44-Código CNES		
45-Observação				
46-Data Solicitação 06/11/19	47-Assinatura Profissional Solicitante 	48-Assinatura Beneficiário/Responsável 	49-Assinatura Responsável Autorização	

Unimed



Boa Vista

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

122 025144

URGÊNCIA

1 - Registro ANS 30415-8	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <i>4024375</i>	6 - Data da Validade da Senha* <i>06/01/2020</i>						
4 - Data da Autorização <i>07/11/2019</i>	5 - Senha* <i>4154264</i>							
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira <i>865 000 1129356 007</i>	8 - Validade da Carteira* <i>31/10/2021</i>	9 - Atendimento de RN <input checked="" type="checkbox"/>						
10 - Nome <i>Antônio Braga de Souza</i>	11 - Carteira Nacional de Saúde*							
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Nome do Contratado <i>HOSPITAL UNIMED</i>	13 - Nome do Contratado <i>HOSPITAL UNIMED</i>	14 - Conselho Profissional <i>COPM</i>	15 - Número do Conselho <i>WUR</i>	16 - UF <i>MS</i>	17 - Código CBO <i>44</i>	18 - Código CBQ <i>1</i>		
Dados do Hospital/Local solicitado/ Dados da Internação			21 - Data Suposta para Internação <i>01/12/2019</i>					
19 - Código na Operadora/ CNPJ <i>11.111.111/0001-00</i>	20 - Nome do Hospital/ Local solicitado <i>Unimed</i>	21 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/>	22 - Caráter do Atendimento <i>União</i>	23 - Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/>	24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input checked="" type="checkbox"/>	26 - Previsão de uso de OPME <input checked="" type="checkbox"/>	27 - Previsão de uso Quimioterápico <input checked="" type="checkbox"/>
28 - Indicação Clínica <i>Intervenção cirúrgica fechada por polpa e cura-maria pri hemicômodo</i>								

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
/validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Identificador: PJTJR 9WTUB GZ2B7 A5SNY

A standard linear barcode is positioned vertically along the right edge of the page.

Hospital Unimed

Unimed 
Boa Vista

Laudo Médico

PARA SOLICITAÇÃO DE:

- DIÁRIAS DE UTI
- USO DE OXIGENADOR
- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- NUTRIÇÃO PARENTERAL
- PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
- PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO
- OUTROS

NOME DO PACIENTE (USUÁRIO): Antônio Brega de Oliveira Nº GICH: _____

CÓDIGO DO USUÁRIO: 865-000129356004 HOSPITAL: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: _____ / _____ / _____ PREVISÃO DE ALTA: _____ / _____ / _____

JUSTIFICATIVA:

paciente com lesão luxação ulnar fratura

polym ④ clavus ulnar

rim dentes

boné removido

luxação de ulna

DATA: 08 / 12 / 18

Dr. **BRUNO F. SANTOS**
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10469
SPOT. TEOT 10469
FONE 5031 CRM 1047

ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: _____ / _____ / _____

ASS. DO AUDITOR

ANS N° 30415-8

Hospital Unimed

Unimed

Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Antônio Ribeiro da Cunha Idade: _____

Data: 06/11/115 S.O.: 2 Sexo: M

Diagnóstico Pré-Operatório	<u>hurto em unha</u>
Indicação Terapêutica	<u>remoção</u>
Tipo de Internação	
Medicações e Acidentes	
Diagnóstico Operatório	

Cirurgião	<u>Dr. Bruno</u>		
1º auxiliar	<u>Dr. Bruno</u>		
2º auxiliar	<u>Yuri</u>		
3º auxiliar			
Anestesia	<u>Dr. Bruno</u>		
Inicio		Fim	Duração

Hospital Unimed

Unimed

Boa Vista

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① houve - am
- ② caps que estavam
- ③ houve um (2) fôr 2 e 11
- ④ corte de uma pedra
- ⑤ ambo - unha

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SBOT: TEOT 10488
RQE 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

[ANS - nº 304168]

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027
SAO VICENTE - 99999-999 - BOA VISTA - RR
Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93
HomePage www.unimedfama.com.br

BOLETIM DE SALA

Paciente	Prontuário
ANTONIO BRAGA OLIVEIRA	00008126
Plano	Matricula
UNIMED INTERCAMBIO ENF	8650001129356004
Tipo de Anestesia	Porte de Sala
GERAL EV+LOCAL	GRANDE
Inicio da Anestesia	Término Procedimento
18:00	18:25

Procedimento

FRATURA DE FALANGES - TRATAMEN

Equipe

MÉDICO RESPONSÁVEL MEDICO HOSPITAL CRM 999 Qtd.

Medicamentos

000047	AGUA PARA INJECAO 10 ML CX, 200 AMP, PLAST,	AMPOLA	1
000167	CLORETO SODIO 9MG/ML SOL.INJ.IV BOLS.PP SIST.FECH.5C	FRASCO	3
000389	DIMORF (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 E	AMPOLA	1
000382	DORMIRE (RESTRITO HOSP,) 5 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 AM	AMPOLA	1
000259	FENTANEST (RESTRITO HOSP,) 0,05 MG/ML 25 AMPS, 5 ML	FRASCO AMPOLA	1
000269	FLUMAZIL (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML 10 AMPS, 5 ML	AMPOLA	2
000460	PROPOVAN (RESTRITO HOSP,) 10 MG/ML CX, 5 FA VD, X 2C	FRASCO AMPOLA	1
000471	RINGER DE LACTATO - BOLSAS SISTEMA FECHADO (RESTRITO	FRASCO	3
000514	TRAMADON 100 MG, FR, 10 ML GTS,	FRASCO	1
000329	XYLESTESIN (*) (RESTRITO HOSP,) 2% S/V 10 FR, 20 ML	FRASCO AMPOLA	1

Qtd.

Materiais

000036	AGULHA HIPODERMICA 40GAX12MM 1000UNID.	UNIDADE	1
000054	ALCOOL 70% QUALITY FR 1000ML	MILILITRO	50
000586	ATADURA CREPE 10CMX1,2MT 13FIOS	UNIDADE	1
001508	CAMPO CIRURGICO 4 CAMADA ESTERIL 45X50 C/RAIO X 5UNID	UNIDADE	5
000647	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	UNIDADE	1
000657	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML C-17	MILILITRO	100
001502	COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 09FIOS 500UNID C22009	UNIDADE	20
001517	ELETRODO P/ECG ADU.MEDITRACE 1000UNID	UNIDADE	5
000709	ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% A-33	UNIDADE	2
000711	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	CENTIMETRO	15
000847	SERINGA DESC.03ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1
000851	SERINGA DESC.10ML AG.25X7 LS UNIJET	UNIDADE	4
000853	SERINGA DESC.20ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1

Assinatura do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Unimed

www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
(95) 3198-8400

Unimed 
Boa Vista

TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente Antônio Bioga de Oliveira

será submetido(a), do qual, eu Ana Fátima Lira de Oliveira grau de parentesco:

Esposa sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomo-patológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: (X) Não () Sim

Boa Vista - RR, 06 de novembro de 2019.

Ana Fátima Lira de Oliveira
ASSINATURA

692 256 302 - 63

CPF

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Unimed

Unimed 

Boa Vista

Ficha Anestésica

Boa Vista, 6 nov 2019

Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito				Nome _____				Prontuário _____				
AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	N2O											
	02											
	LÍQUIDO VENESOS											
	PA	1730										
PULM												
● ANES												
X OP												
O TEMP												
<input type="checkbox"/> ASPIR.												
A RESP.												
O												
Expon. Assist. Contro												
SÍMBOLOS												
AGENTES	A	Dosis	TÉCNICA	ANOTAÇÕES								
B												
C												
D												
E												
F												
G												
GLUCOSE	LIQUIDOS	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/ORTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB MÁSCARA										
NOCD		DIFÍCULDADE TÉCNICA										
SANGUE		TEMPO DE ANESTESIA										
TOTAL	OPERAÇÃO											
FMS / MSE				LARIANGO - ESPASMO - EXCESSO SECRE DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA BUCKING - VÔMITO				HEMORRAGIA - ARR/TMIA BRADI - TAQUICARDIA - CHOQUE				
ANESTESES				CIRURGIÃO				PERDA SANGUÍNEA				
Dr. <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i> Médico Anestesiologista CRM-RR 059 RQE 44				<i>[Signature]</i>								

CONFERE COM ORIGINAL





GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

248

172 022622

CX 29 0629

FAMA

Emissão Descritiva da Fatura

Atendimento: 00015785

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Entrada: 06/11/2019 17:42

**Item
Médico**

06/11/2019

Paciente: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

Plano: UNIMED INTERCAMBIO ENF

Matrícula: 8650001129356004

Dt.Início: 06/11/2019 **Dt.Fim:** 07/11/2019

Data	Qtd.	Unitário	Tx.Serviço	Total
-------------	-------------	-----------------	-------------------	--------------

**BLOCO E
DIARIAS**

60000635 DIARIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUN' 06/11/2019 1 450,00 0,00 450,00

SubTotal 0,00 450,00

MEDICAMENTOS

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML 5 0,72 0,00 3,60
90008332 CEFAZOLINA 1 G 1 16,60 0,00 16,60
90309952 CLORETO SODIO 0,9% 100ML 2 6,91 0,00 13,82
90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML 1 6,91 0,00 6,91
90137485 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML 2 0,72 0,00 1,44
90293851 OMEPRAZOL 40 MG PO 1 49,16 0,00 49,16
90071271 TENOXICAM 20MG FA 2 7,35 0,00 14,70

SubTotal 0,00 106,23

MATERIAIS

00223166 AGULHA DESCARTAVEL 40X12 5 0,96 0,00 4,80
00113760 EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL SIMPLES 1 12,60 0,00 12,60
00146218 SERINGA DESCARTAVEL 10ML C/ AG. 5 3,30 0,00 16,50

SubTotal 0,00 33,90

0,00 590,13

CENTRO CIRURGICO

GASES MEDICINAIS

60034335 GASOTERAPIA OXIGENIO P/ HORA 1 46,08 0,00 46,08

SubTotal 0,00 46,08

TAXAS DIVERSAS

60023180 TX DE RECUPERACAO POS-ANESTES 1 126,12 0,00 126,12
60023112 TX DE SALA PORTE 2 1 639,43 0,00 639,43

SubTotal 0,00 765,55

0,00 811,63

07/11/2019

BLOCO E

MEDICAMENTOS

90008375 CEFALOTINA 1 G 1 7,76 0,00 7,76

SubTotal 0,00 7,76

MATERIAIS

70705330 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/AG. 1 2,16 0,00 2,16

00146757 LUVA ESTERIL TAM.7,0 (PAR) 1 1,50 0,00 1,50

00488402 TORNEIRINHA 3VIAS 1 2,80 0,00 2,80

70034028 ATADURA CREPE 10CMX1,25MT 1 5,91 0,00 5,91

SubTotal 0,00 12,37

0,00 20,13

CENTRO CIRURGICO

MEDICAMENTOS

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML 1 0,72 0,00 0,72

90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML 3 6,91 0,00 20,73

90046161 FENTANILA 0,05 MG/ML 5 ML FENTANEST 1 8,91 0,00 8,91

90302265 FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML 2 126,91 0,00 253,82

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA



www.unimedfama.com.br
Rua Coronel Mota, 1668 - Centro
Boa Vista - RR - CEP: 69301-120
T. 95 3198-2618

NAME: Aeronic B. Odeon

Bloco: 6
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)

Leito: 03 Data: 06/01/2019

卷之三

OBS: → A utilização de ecografias é duplamente recomendada no caso de suspeita de displasia da articulação temporomandibular, quando se observa a existência de alguma lesão óssea ou degenerativa.

Nome: Antônio Braga

Bloco-E Leito: E03 Data: 07/11/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

10H- Paciente com ressurgimento de sintomas de infarto agudo do miocárdio, suspeita de instalação de infarto agudo de miocárdio, AVP NISD HU 5000 + medicação de suporte CPN. Deseja nativo em MS e sedativo. Juntar + Eletrocardiograma. Alergia a medicamentos: óxido nitroso 15H.

08H- Omeprazol 40 mg E.V. + Tenoquinol 400 mg + Sefixiga 3ml + Sf971 40 ml + Sf0,9% 100ml E.V. + Agulha 10 ml + Agulha 40x12.
12H- Tilitar 20mg E.V. + Sefixiga 10 ml + Agulha 40x12

Sandy

Sandy Kathusia Aguiar Morais
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 651.099-TE

CONFIRMADO ORIGINAL

NOME:

Antônio Braga Oliveira

SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 16/11/19

Reg: 15755

Idade: 52

PROVENIENTE

Chegada: _____

() Emergência () UTI

() Casa () Hospital

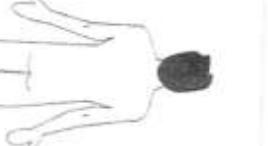
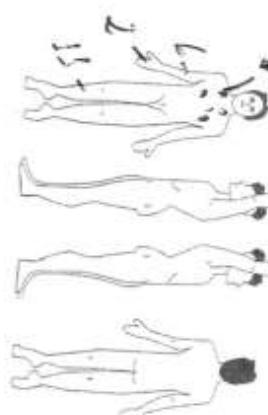
() Outros: _____

Qual: _____

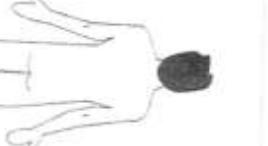
Cirurgia Proposta: _____

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		Anestesia		Posicionamento		Sinais Vitais			Assinatura
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	PA	P	SPO2	
<u>17:30</u>	<u>18:05</u>	<u>18:05</u>	<u>18:25</u>	<u>18:35</u>	<u>Sur</u>				
<u>Fáteno / Luxacafugal</u>	<u>Local</u>	<u>EV</u>	<u>Dorsal</u>						
<u>Hidratação</u>	<u>Infundida</u>	<u>Antibiótico</u>	<u>Hemoderivados</u>						
<u>SF a 0,9%:</u>	<u>SG a 10%</u>	<u>Nome:</u>	<u>CH:</u>						
<u>Ringer:</u>	<u>Outros:</u>	<u>Dose:</u>	<u>Plasma</u>						
<u>Nº de compressas oferecidas:</u>		<u>Terapia</u>	<u>Plaquetas</u>						
<u>Pré-Anestésico</u>		<u>Anátono Patalógico</u>	<u>Anátono Patalógico</u>						
<u>Reserva de Sangue</u>		<u>() Não</u>	<u>1h30</u>						
<u>Cardiopata</u>		<u>() Sim</u>	<u>2h</u>						
<u>Hipertensão</u>		<u>Nº peças:</u>	<u>3h</u>						
<u>Diabetes</u>		<u>() Cultura</u>	<u>1h</u>						
<u>Astmático</u>		<u>() Outros:</u>	<u>2h</u>						
<u>Fumante</u>			<u>3h</u>						
<u>Alergia</u>			<u>4h</u>						
<u>Peso:</u>			<u>5h</u>						

Legenda:



Localização



3. Condições da Pele:

() FAB () Ferimento

() FAF () Queimando

() Dor () Hematoma

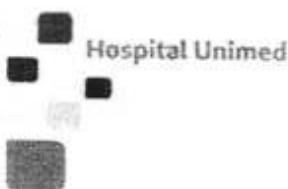
() Frio () Contusão

() Edema () Deformidade

() Avulso () Amputação

() Abraçado () Frat. Exposta

() Outros: _____



www.unimedbv.com.br
Av. Glacyon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, São Paulo - SP
T: (95) 3198-8400



CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antônio Braga Oliveira PRONTUÁRIO 15785
CIRURGIA:

- ANESTESIA: Geral Venosa Peridural com cateter Geral
 Geral Inalatória Peridural sem cateter Sedação
 Geral combinada Raquianestesia Local

Anestesista: DR Uberajara

Admissão na RPA: às 18:35 HORAS

Data 06/11/19

MONITORIZAÇÃO

- ECG OXIMETRIA PANI PA INVASIVA

DRENOS/CÂNLAS

- Sonda gástrica SNE SVD Nº _____ Guedel nº _____
 Penrose nº _____ Tórax Nº _____ Sucção Nº _____ kher Nº _____

OUTROS:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- Acordado Sonolento Calmo Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	18:35	18:50	19:00	20:00	20:30		
Sat O2 %	98%	98%	95%	100%	97%		
O2 Litros/min	3L	3L	3L	1L	AMBULANTE		
Respiração	—	—	—	—			
Tax	—	—	—	—			
P.A. mmHg	162x86	130x91	138x89	131x91			
Pulso bpm	74	70	67	67			
Funcionário	Lay	Lay	Lay	VIST			

Desligado Oxigênio às 20:10hs

Alta da RPA às 20:30hs

19h ANOTAÇÕES: Admitido Transt EV comum setor de Fresta, algas presentes, mordida EV, conforme relatório da Anestesia.

Assinatura:

Reg. 15785

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

Hospital Unimed
Unimed 
Boa Vista

Av Gladson de Paiva, 1027 - São Vicente
Boa Vista - Roraima
Fone: (95) 3198-8400

Paciente: Antonio Braga Oliveira Convênio: Unimed Internam Data: 06/11/19
Cirurgia: Fratura luxação de Palma Início: 18:05 Fim: 18:25 Acomodação:
Cirurgião: D.R. Bruno F. Anestesia: Geral E + Local Início: 18:00
Anestesista: D.R. Ubirajara 1º Auxiliar:
Pedreiro: Yanque Circulante: Adalton

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		AZUL DE METILENO	
CATÉTER DE 02	1	SONDA NASOGÁSTRICA	
CERA PARA OSSO		SONDA DE FOLLEY N°	
ELETRODO BIS		SONDA URETRAL	
COMPRESSA CIRÚRGICA	C/5 ⑪	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO		VERDE BRILHANTE	
SORO		SONDA RETAL N°	
DRENO PENROSE		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
DRENO P/ TORAX		DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO P/ SORO		<i>Xylo s/v</i>	
EQUIPO DE P.V.C		<i>Propofol</i>	
ESCOVA DESCARTÁVEL	5	<i>Pentam</i>	
ESPARADRAPO	(15cm)	<i>midazolam</i>	
FORMOL		<i>Fluconazol</i>	
GAZE	C/20 ①	<i>Tramal</i>	
GELFOAM		<i>morfina 50mg</i>	
ATADURA GESSADA			
LÂMINA DE BISTURÍ N°			
MICROPORE			
POVIDENE			
PULSEIRA			
SERINGAS DESCARTÁVEIS	10 ② 30 ① 20 ①	GASES MEDICINAIS	
SERINGA DE INSULINA		OXIGÉNIO	5 litros
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		ÓXIDO NITROSO	
ALGODÃO		GÁS CARBÔNICO	
CATGUT SIMPLES		MEDICAMENTOS E OUTROS	
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PRONELE		EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	
PRONELE		CARRO ANESTÉSICO	
SEDA		MONITOR CARDIÁCO	X
VICRYL		BISTURI	X
AGULHA 90x12	①	LIPO ASPIRADOR	
AGULHA OXIGENADA		OXÍMETRO	
ALCOOL IODADO		DEFRIBRILADOR	X
MONONYLON		RX	
MONONYLON		CAPINÓGRAFO	
MONONYLON		VIDEO	
		BIS	

CONFERE COM ORIGINAL



www.unimedfama.com.br
Rua Coronel Mota, 1668 - Centro
Boa Vista - RR - CEP: 69301-120
T. 95 3198-2618

NOME DO PACIENTE: <i>Antônio Braga Oliveira</i>			APARTO: E08		
DATA DA ADMISSÃO: <i>06/11/2019</i>		DATA DA ALTA: <i>07/11/19</i>			
HORAS: <i>18:16</i>		HORAS: <i>15:15</i>			
STATUS DO QUARTO:		STATUS DO QUARTO:			
CHEK IN			CHEK OUT		
ITENS	APTO	NÃO APTO	ITENS	APTO	NÃO APTO
TELEVISÃO COM CONTROLE	X		TELEVISÃO COM CONTROLE	X	
FRIGOBAR	X		FRIGOBAR	X	
CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X		CENTRAL DE AR COM CONTROLE	X	
CAMA	X		CAMA	X	
SOFÁ CAMA	X		SOFÁ CAMA	X	
ARMÁRIO	X		ARMÁRIO	X	
MESA DE CABECEIRA CI/BANDEJA	X		MESA DE CABECEIRA CI/BANDEJA	X	
APARELHO TELEFÔNICO	X	-	APARELHO TELEFÔNICO	X	
POLTRONA	-	-	POLTRONA	-	
SUPORTE DE SORO	X		SUPORTE DE SORO	X	
ESCADINHA	X		ESCADINHA	X	
KIT DE ENXOVAL	X		KIT DE ENXOVAL	X	
OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).			OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).		
<i>Ano fáltimo leme de Oliveira</i>			<i>Ano fáltimo leme de Oliveira</i>		
Assinatura do responsável pela verificação			Assinatura do responsável pela verificação		



Dr. Bruno Figueiredo dos Santos

Diretor Técnico - CRM RR - 1047

RQE 503

ANTONIO BRAGA DE OLVEIRA

LAUDO MÉDICO

CID 10: S 62.5

PACIENTE ENCONTRA-SE INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA EXERCER SUA FUNÇÃO LABORAL POIS ESTÁ EM PÓS OPERATÓRIO DO POLEGAR ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSHNER.
SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS.

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

BOA VISTA, 14 de NOVEMBRO de 2019.