

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: 2928711420201204173029

Processo 0829737-71.2020.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1



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, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393594

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00197/00198 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16287743





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, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393594

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEVERTON LIMA COLARES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: CLEVERTON LIMA COLARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000653

Conta: 0000047021-2

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: 020.039.692-76 4 - Nome completo da vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

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

5 - Nome completo: CLEVERTON LIMA COLARES 6 - CPF: 020.039.692-76

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: RUA, s/n de TABALASCADA RURAL 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.390.000

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00047021 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 - Imprescindível

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 19/8/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

04/12/2020



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: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: DANO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CANTA

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Bairro: BAIRRO NOVO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

UF: RR

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Tipo de local: DESCONHECIDO

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACOLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORAIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

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

Cleverton Lima Colares

CLEVERTON LIMA COLARES
COMUNICANTE



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: 8602/2020 - Registrado em: 11/08/2020 às 11h 27min

FATO(S) COMUNICADO: DANO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 19h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CANTA

UF: RR

Logradouro: VICINAL SERRA GRANDE I

Nº: 6934000

CEP: 69340-000

Bairro: BAIRRO NOVO

Tipo de local: DESCONHECIDO

Referência: PRÓXIMO A VILA SERRA GRANDE

Complemento: VILA DO SERRA GRANDE

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CLEVERTON LIMA COLARES(28), nascido(a) em 05/02/1992, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 020.039.692-76, País: BRASIL, natural de CANTA-RR, filho(a) de MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO e FRANCISCO PEREIRA COLARES, endereço: TABA LASCADA, cep: 69340-000, Nº: S/N, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, complemento: ZONA RURAL, referência: BALNEÁRIO SACOLEJO, Telefone: (95) 99118-0950.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, SEGUIA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS MIX ES, CHASSI 9C2KD0520AR050866, PLACA NAO-6309 DE COR LARANJA, DE SUA PROPRIEDADE. QUANDO EM DADO MOMENTO ACABOU COLIDINDO EM UM VEICULO, DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, POIS NO MOMENTO DO ACIDENTE CHOVIA MUITO, DIFICULTANDO SUA VISIBILIDADE, O MESMO VEIO AO CHÃO, SOFREU LESÕES CORPORAIS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E, ENCAMINHADO, PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MEDICO NO HGR, HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO, SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

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

Cleverton Lima Colares

CLEVERTON LIMA COLARES
COMUNICANTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



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: 020.039.692-76 4 - Nome completo da vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

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

5 - Nome completo: CLEVERTON LIMA COLARES 6 - CPF: 020.039.692-76

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: RUA, s/n de TABALASCADA RURAL 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.390.000

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00047021 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 - Imprescindível

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 19/8/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

04/12/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393594 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal direita e escápula direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.
Não foram identificadas alterações das funções do ombro direito decorrentes do trauma.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2020

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em tornozelo direito em grau moderado.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200393594

Nome do(a) Examinado(a): CLEVERTON LIMA COLARES

Endereço do(a) Examinado(a): comunidade indigena tabalascada, 0, zona rural, Cantá/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 4062043

Data e local do acidente: 19/06/2020 - Cantá/RR

Data e local do exame: 11/11/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de colisão moto/carro com consequente fratura da Fibula distal D e escápula D

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima fez tratamento cirúrgico com fixador externo por quase dois meses, posterior tala gessada por quase 30 dias; fez fisioterapia e alta em outubro de 2020

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Tornozelo D: alteração anatômica sugestiva de pseudoartrose com limitação dos movimentos de flexão/extensão Ombro D: sem alteração anatômica funcional

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

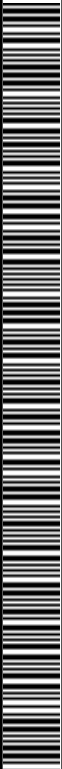
() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177





Para contato com a Roraima Energia, informe este número: **0151251-0**

Nº da Nota Fiscal: **4990582**

A Tarifa segue de acordo com a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ABRIL/2020 **01/05/2020** **88** **43,38**

MOSANA NASCIMENTO DE SOUZA - COMUNIDADE INDÍGENA DE TABALASCADA - RURAL

CEP: 69.390-000 - CANTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	204	Atual:	15/04/2020	Grupo/Subgrupo:	2.591
Anterior:	247	Anterior:	14/05/2020	Classificação:	RURAL
Diário de consumo:	50	Anterior leitura:	14/04/2020	Ligação:	1111900012
Constante de multiplicação:	1.000	Emissão:	15/04/2020	Número Medidor:	1111900012
Consumo médio:	00	Aprovação:		Forma de Pagamento:	PREPAG
Consumo faturado:	00			Modalidade:	

CONSUMO

88 A R\$ 0,479987 = 42,23

CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/20-00 0,10

MULTA POR ATRASO 02/20-00 0,82

JUROS DE MORA DE IMPO 02/20-00 0,23

OUTRAS INFORMAÇÕES:

TRÊS SEM TENDÊNCIA: 04 - 08 - 1.469,00

Média 12 meses: 147

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês/Ano	Consumo (KWh)
ABR/19	111
MAY/19	112
JUN/19	116
JUL/19	122
AGO/19	101
SET/19	99
OCT/19	99
NOV/19	92
DEZ/19	88
JAN/20	96
FEB/20	66
MAR/20	110
ABR/20	88

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 30/04/2020. O não pagamento devida a ser efetuada a inclusão do nome do consumidor no sistema. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta mensagem.

Mes-Ano Valor R\$

03/2020 54,00

LIGUE 0800701510 E FAÇA O PAGAMENTO 16 11 11 11

RESERVADO AO FISCO D308.86C7.8A59.17D8.3A01.9065.1CCE.52EC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Item	Valor	Item	Valor
Energia:	27,64	Encargos:	1,55
Distribuição:	12,12	Tributos:	0,51
Transmissão:	0,00		

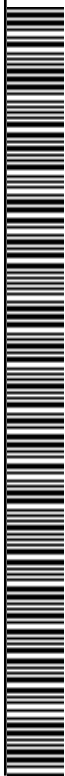
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Item	Valor	Item	Valor
Base de Cálculo:		ICMS:	
		PS:	0,30
		COFINS:	1,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DCE			DCE			DCE	DCE
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Composto							0,00	

Período de observação: 02/2020 (R\$) 0,00



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520	
MÊS/ANO: 01/2020	VENCIMENTO: 15/02/2020	MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO MONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16167194
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
05/12/2019	07/01/2020	33	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
12/2019	0	11/2019	0	10/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,62
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		6,82

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR 43,74
---	--------------------------------------

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10261809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	01/2020	17	43,74	05.1970

82610000000-7 43740004001-4 00099358101-6 01202040003-7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLEVERTON LIMA COARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLEVERTON LIMA COARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.039.692 / 76 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista RR de Agosto de 20
Local e Data

Raimundo NONATO SILVA
Assinatura do Declarante

19/06/2020

... Guia de Atendimento 17 ...



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.

2001250929 19/06/2020 21:30:40 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

Paciente **CLEVERTON LIMA COLARES** Data Nascimento **05/02/1992** Idade **28 A 4 M 14 D** CNS **02003969276** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **MARIA FRANCISCA DE LIMA RAPOSO** Pai **NI** Contato **(95) 99118-0950**
Endereço **RUA - COMUN. TABUA LASCADA - SN - - CANTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° 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 REGIONAL** Procedimento Sol. **Registrado por: SILAS SILVA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL 25**
AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 4 h)
Paciente vítima de acidente de motocicleta e trauma no membro superior direito e

Exame Físico **em bom D**

Hipótese Diagnóstica **nao**

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
titol e dipirona no SAMU		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
Transferência para: **Observação** Data e Hora da Saída/Alta: **19/06/2020 21:31:28**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: **silas.silva**
Data Hora: 19/06/2020 21:31:28



2001250929

NIR

Anexo I

Transf: 20106120

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF	
16 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



BOLETIM OPERATÓRIO

CLEVENTON LIMA COLARES

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/06/2020 OS _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx EXPOSTA TNZ (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: FIXAÇÃO EXTERNA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR. LEONARDO

1º AUXILIAR: DR. PEDRO (R2)

2º AUXILIAR: DR. LAEL (R1)

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① PCE em ODH + SEDOANESTESIA;

② AA + CCE;

③ COLOCAÇÃO DE FIXAÇÃO EXTERNA (OBSERVADO PERDA DE PCE em REGIÃO POSTERIOR DA PERNA.)

④ CONTRAUE RADIOLOGIO;

⑤ EMC P/ S.F 0,37. 10L.

⑥ SUTURA;

⑦ CURATIVO;

⑧ NPA

Dr. Leonardo Roberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 / RQE 814

Dr. Lael da Santos da Silva
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

Oswaldo Lima Colares

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

23:00

00:00

Nº Boa Vista - RR
19.06.2020

AGENTES	HORA															
	15	20	25	30	35	40	45	50	55	00	05	10	15	20	25	30
LIQUIDOS VENOSOS	500ml 500ml 500ml 500ml 500ml 500ml															
DA	240															
X	38															
USO	36															
ANES	34															
X	32															
OP	30															
Q	120															
TEMP	100															
ASPIR.	80															
A	80															
RESP	60															
D	20															
Expir																
Asist																
Contro																
SÍMBOLOS	X 123 8															

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl		daqui anestesia com	check list + monitorização (SpO2 + FC + ECG + PA + I) 2 Anestesia e Antitétano da região com acesso à 70% + colocação de campos esterais. 3 Função combar 12/1/3 com agulha 25G (Amniot) saída de líquido claro
B Cetarizina		hipertensiva, simples	
C Propofol		com lentificação	
D		espontânea	
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Dácula - Naso / Oro Faríngea	Não
NDGO		Naso / Orelhas - Cega	
SANGUE		Sel - Tempo - Calibre do Tubo	
		Sem Moxone	
	500ml 1500ml	Diluição Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura exposta		Largura - Esterno - Braço Seio Depressão Respiratória - Hósteis "Swing" - Vómito Hemorragia - Antena Brilho Tegumentar - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURIAIS	PERDA SANGÜÍNEA
Oswaldo Lima Colares		Dr. Leonardo	

Residente Andrezza

Residentes Pedro, Joel

Normatização + Cipe com

propofol (P)

bloqueio satisfatório

3 Cetarizina 1 + 6

4 Propofol 100 mg 60

5 Encaminhado paciente para

Dr. Thiago C. P. P.
MÉDICO
CRM-RR 1098



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAIXA/ELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Otorrinolaringologia			Procedimento Realizado: Ligadura de Tonsiloides			
Nome do Paciente: Cristian Henrique Calvo			IDADE: 28a	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário		Data 19/06/2020		
Bloco:	Enfermaria:		Leito:	Nº da Sala 01		Circulante de Sala: Waldemar + Wesley			
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:									

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

P Cirurgia e Perfuração

[illegible]

OPITOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55/11/39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350
Ref. 4747/00 Lote 198002927
Registro ANVISA: 10226710095

Dr. Ariel do Santos da Silva
Juiz de Direito em Direito e Transição
CMA-RR 2015

[illegible]

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil



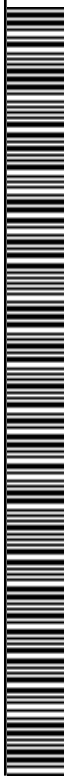


CLEVERTON LIMA COLAPES
HOSPITAL CORONEL MOTA

4915
30/07/2020

Fabíola Castro

65.6%



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO OUBILIO CRUZ

Posicao Direita

Assinado *Raimundo Nonato Silva*

ADMINISTRACAO DO REGISTRO CIVIL

CARTERIA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

357/635-5

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

RAIMUNDO NONATO SILVA

RELACAO

YARELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

YACEN GRANDE - RA

CERTIDAO N. 2540 FLS 2 LIV A 43

YACEN GRANDE - RA

EST. 628. 463-91

ASSINADO NONATO SILVA

3 YEA

LEI Nº 7.116 DE 2008/RS

[illegible][illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242450/20

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

CPF: 020.039.692-76

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVERTON LIMA COLARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

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: 27/08/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312597/20

Vítima: CLEVERTON LIMA COLARES

CPF: 020.039.692-76

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVERTON LIMA COLARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

CLEVERTON LIMA COLARES : 020.039.692-76

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: 03/11/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO