
Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

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: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira

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

5 - Nome completo: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jid@marista.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9999-175398

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (se houver)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Lugar: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - São Luiz

Sexo: Masculino

Nasc: 27/12/1998

Profissão: Estoqueiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rejane de Jesus

Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14

RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugar: Rua: Pedro Praça

Nº: 1882

Complemento: Apartamento 01

Bairro: Asa Branca

Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15	Placa NAK-0285
Renavam 00804454850	Número do Motor JC30E13242660
Número do Chassi 9C2JC30103R242660	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devolvemente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DE VIT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42900905

Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

(Comunicante / Vítima)

*Dedarei para os devidos fins de ciência que esta é a única responsável pelo fato ocorrido e que não posso responder civil e criminalmente pelo presente não sendo que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Denúncia Falsa - Crime contra a Honra e a Dignidade da Pessoa - Código Penal Brasileiro.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira

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

5 - Nome completo: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jid@marista.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9999-175398

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 31290

☐ 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, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (se houver)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - PE 28 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576

**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: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882, CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticado mecânico

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
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031:563300750004.000000001131.425611190058



13/01/2020

RORAIMA ENERGIAAVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

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 ENERGIAAVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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 022 81 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 SUSEP 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 COAP.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Denilze Correia Pontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.132 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.243.832 / 14 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Ataíde Turve</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>62</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.304-000</u>
E-mail: <u>ludibonista_residencia@hotmail.com</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 16 de janeiro 2020

Denilze Correia Pontas

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1142



UNIDADE:

EQUIPE: *Paulo Delfino* *Leandro*

Paciente: *MAYSON DEYVID DE SESA OLIVEIRA* Idade: *23* Sexo: *M*

Nacionalidade: *Brasileira* Rapa: Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: *Av. das Urupione* Bairro: *Pureza*

Nº *10125* DATA *17/06/19* HORA J9: *14:47* BASE ☒ VIA ☒ RADIO ☒
Médico (a) Regulador (a): *Dr. Anderson* HORA J10: *15:00* CELULAR ☒

MOTIVO: *Colúmbio com a urso* 9.15.124 10.15.124

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência pediátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física - FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física - FAB | ☐ Afogamento | ☐ Urgência clínica | ☒ Outros <i>Acidente op</i> |

- | VITIMA | MEIO DE LOCOMOÇÃO | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | ITENS DE SEGURANÇA |
|--|---|---|---|
| ☐ Pedestre | ☐ A pé | ☒ Automóvel | ☐ Capacete |
| ☒ Condutor | ☐ Automóvel | ☐ Motocicleta | ☐ Cinto de segurança |
| ☐ Passageiro | ☒ Motocicleta | ☐ Ônibus | ☐ Airbag |
| ☐ Ignorado | ☐ Bicicleta | ☐ Micro-ônibus | ☐ Assento para criança |

- | VIAS AÉREAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AV. NEUROLÓGICA |
|--|-------------------------------------|--|---|
| ☒ Livre | ☐ Apnéia | ☐ Bradicardia | ☐ Miose |
| ☐ Obstrução Parcial | ☐ Dispnéia | ☒ Enchimento capilar acima de 2" | ☐ Midríase |
| ☐ Obstrução Total | ☐ Bradipnéia | ☐ Pulso radial ausente | ☐ Anisocoria <i>10 1/2</i> |
| ☐ Corpo estranho | ☐ Taquipnéia | ☐ Pulso central ausente | ☐ Aparelho Alcoolizado |
| ☐ Outro: | | ☐ Cianose central | ☐ Agitação psicomotora |
| | | ☒ Extremidade | |

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>22</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	<i>-</i>	<i>08</i>	<i>15</i>
Fim <i>15:14</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	<i>-</i>	<i>06</i>	<i>11</i>

LESÃO IDENTIFICADA

- ☒ Dor
- ☐ Hematoma
- ☒ Contusão
- ☒ Escoriação
- ☐ Laceração
- ☐ Luxação
- ☐ Fratura fechada
- ☐ Fratura exposta
- ☐ Amputação
- ☐ Evisceração
- ☐ Afundamento de crânio
- ☐ Ferimento penetrante
- ☐ Tórax instável
- ☐ Enfisema subcutâneo
- ☐ Ferida aspirativa
- ☐ Empalamento
- ☐ Outros

ABERTURA OCULAR

- ☒ Espontânea
- ☐ Ao comando
- ☐ À dor
- ☐ Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- ☒ Orientado
- ☐ Confuso
- ☐ Palavras Inapropriadas
- ☐ Palavras incompreensíveis
- ☐ Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- ☒ Obedece a comandos
- ☐ Localiza a dor
- ☐ Movimento de retirada
- ☐ Flexão anormal
- ☐ Extensão anormal
- ☐ Sem resposta

AV. CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	AV. CARDÍACA ☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assístolia	AV. GASTROINTESTINAL ☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	AV. GASTROINTESTINAL ☐ Metabólica ☐ Infecçiosa	AV. GASTROINTESTINAL ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	AV. GASTROINTESTINAL ☐ Alergias ☐ Outros
--	---	---	---	---	---

AV. GASTROINTESTINAL

☐ Iliso ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa

SAMU 192

CONFERE

ORIGEM

Em *26/07/19*

Anaís

RUI

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|---|-----------------------------------|--|
| ☐ Cancelamento | ☐ Recusa de Atendimento | ☐ Hospitalização | ☐ Polícia Militar | ☐ Guarda Municipal | ☐ Bombeiro | ☒ Outros |
|---------------------------------------|--|---|--|---|-----------------------------------|--|

Problemas a P. caso não resolver 11/04 Agend. da Coordenadora.

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

RG:

GOVERNO DO ESTADO DE MORMAIA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Mormaia - MAR / PSE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300

Classificação
Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1001124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07 19	24
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	27/12/1998		22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO	APARDA
Mão	Pai		Contato			
REFJANE DE JESUS	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		(95) 99116-5634			
Endereço	RUA - MONTEIRO LOBAO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR					Entregador
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autenticação	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Atividade de Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Selo:	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA, SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

DOR EM PEXNA E TORNOSZEL

Anamnese de Enfermagem

GSC
RD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

PAUENTE VITIA DE ACIDENTE MOTOCARRO. TRAIHO PULO SAMU PRA PRANCHA LONGA COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico

A: VIAS AERIAS PERENES B: MVE PROTEGIDAS C: ABDOMEN FLACCO D: GCS XV E: EDMA E TORAX ZERO INCHADO E COM ESCURAGHOS

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA CONTUSO DE TORNOSZEL

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

TILATIL 40mg EV

DIPIRONA 5g EV

Recebido A Cruz
CORRETORES 01/06/19

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Patrick Rubelo Juss
Ortopedista - Traumatologista
CRM 111111 100

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pacico
☐ Alta a Revolta
☒ Transferência para:

ORTOPEDIA

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IM: Analise

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressa por: antonia,soares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33



1001124155

B BLOCO B

ALTA: 09/07/2019

**SUS**Sistema
União de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECATORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Maycon Devidor Jesus Oliveira

6 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

16/10/1972

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

6 - Nº DO HONTEÁRIO

173134

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Regina de Jesus

12 - ENDEREÇO (C/PA, Nº BAIRRO)

Rua Monticini, Jardim - Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São João do Rio Preto

14 - COD. REG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente referido por familiares com motivo
cólica x vômito (SVU) com colônoscopia realizada
colônoscopia no T12 (E).

HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO
AV. Brás, Edifício São Paulo
Novo Planalto, Tel (11) 2182-0622

AUTENTICAÇÃO

1 - RUA 259

Carimbo e Assinatura do profissional
responsável pelo laudo original
para a emissão do laudo.

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

História clínica, exame físico e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fístula de Fournier (E).

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - DATA DO ACIDENTE

34 - CID 10 DA SEGURADORA

37 - Nº DO ROLANTE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORIGEM EMISSOR

45 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03080/0019

5818 T068

V799

até 3.7



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

R.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXAMINADOR

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Maryem Davyda De Jesus Oliveira

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

27/12/96

7 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

8 - ENDEREÇO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

10 - PRINCIPAIS DOENÇAS ATUAIS

11 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

Fratura da falange de dedo anelar

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Entorsement de dedo anelar

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

14 - DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de dedo anelar

21 - CID 10 PRIMÁRIA 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 NENHUMA DAS ANTERIORES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Entorsement de dedo anelar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (ENSIDPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA

31 - LOP

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Roberto

03107179

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

34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - DATA DO ACIDENTE

36 - LOCAL DO ACIDENTE

37 - Causa do acidente

38 - CNAP DA EMPRESA

39 - CBO

40 - VINCULO COM A PREVIDENCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADO

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

47 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

48 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

49 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

50 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

51 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

52 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

53 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

54 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

55 - DATA DO PRÓXIMO VENCIMENTO

AUTORIZAÇÃO

56 - CDD, ORDEMADOR

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050578

5826

V299

3-7

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 03.07.19

O.S.

Mayron Vassil De Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia
- 2) Repara e Antroposia
- 3) colocação de campos estocados
- 4) incisão inter-lateral + drenagem por furos
- 5) 2da drenagem de fôr do fúto
- 6) Redução de fúto + fixação com placa de
- 7) tecido de caro. 07 furos, com parafusos
- 8) + parafusos longos e curtos com anéis
- 9) de drenagem de líquidos
- 10) Sutura por fúto 2 pos L.D.C.
- 11) Lavagem
- 12) RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

222

NOME DO PACIENTE		APT OU LFTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maycon Cayard de Jesus Oliveira		212-3		03/02/17
TIPO		CIRURGIA	INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteotomia Fratura #1/2 esquerda			16:26	17:10
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA:		
TIPO DE ANESTESIA:		INSTRUMENTADOR		
QUANT.		CIRCULANTE		
MATERIAIS		TEMPO DE DURAÇÃO:		
VALOR		QUANT.		
PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		MEDICAMENTOS		
PACOTES GAZE		FRASCOS SORO FISIOLÓGICO		
LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS SORO RINGER LACTADO		
LUVA ESTÉRIL 7.5		FRASCOS SORO GLICOSADO		
LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO VICRYL Nº 3-0		
LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO MONONYLON Nº 3-0		
LUVAS P/PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT SIMPLES Nº		
DRENO DE TORAX Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº		
DRENO DE PENROSE Nº		FIO PROLENE Nº		
SERINGA 01ML		FIO SEDA Nº		
SERINGA 03ML		SURGICEI Coleter 021		
SERINGA 05 ML		CERA PROSSO gelo 10 C		
SERINGA 10ML		KIT GALABATA		
SERINGA 20ML		GEOFOAM		
Alcool 300ml		FITA CARDIACA		
Cloroxidina 300ml		OUTROS:		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS		
ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL		
FUNÇÃO/CALCULOS		TAXA DE SALA		
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

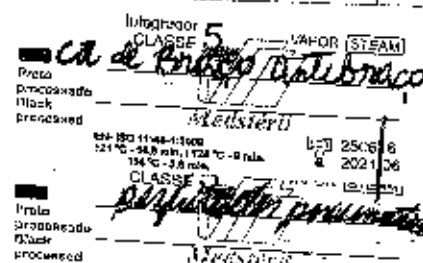
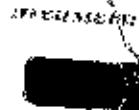
Medstéril



Medstéril



Medstéril





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomítese Intertubo Tm2	
Nome do Paciente: Raycon Depuid de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário: S/nº	Data: 08/07/19	
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala: 05	Circulante de Sala: João / Robson
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço		Dados Adicionais:	
Hospital Geral de Roraima ()	Empresa (X)	Pro - Saúde	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
	Placa Tm2 / 3 Furos	01	
	parafuso cortical N: 34	02	
	" " N: 16	01	
	" " N: 45	01	
	parafuso espinal Tm2 R/100 N: 22	01	
	parafuso espinal R/100 N: 24	01	

[Handwritten signature and stamp over the table]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério / Dr. Paulo B. 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo A.

INSTRUMENTADOR: YANK

VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/06/2019 DN 27/12/1996

PACIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

AGNÓSTICO: FX DE TORNOZELO E

ALERGIAS:

HAS

DM2

LEITO

212-3

DATA

03/07/2019

PRESCRIÇÃO

IDADE	22	HORÁRIO
ITEM		
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE	SW 2
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	Su
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	Su
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Su
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Su
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN	ob
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	curado
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM
QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA
BOTA.

SINAIS VITAIS	FC	FR
6H PA		
12H PA	73	36
18H PA		
24H PA		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Nelson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:15 Paciente no leito
curativo de - luani
PA
06:00

12:15 Paciente no leito
curativo de - luani
PA
06:00

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO GRIZ

Posição Direita

Maycon Deyvid J. Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 391317-1 DATA DE EMISSÃO 15/02/2018

NOME MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

FILHO(A) ANTÔNIO PEREIRA DE OLIVEIRA

RENOME DE JESUS

NATURALIDADE SÃO JUIZ - RR

DOC. ORIGEM CERTID. NASC. 5485 PLS 43 LIV. A-B

SÃO JUIZ - RR

CPF 021.273.832-14

DATA DE NASCIMENTO 27/12/1996

AMARDEU ROCHA TRIANI
1ª Diretoria de Registro Geral do Estado de Roraima
PO Box 12.100

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maycon Denilda de Jesus Oliveira
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ENTREPREHESSOR RG: 391317-J SSP/RR
CPF: 023.273.832-14
ENDEREÇO: R. Pedro Praça, 1882, Asa Branca.
VITIMA: Maycon Denilda de Jesus Oliveira
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

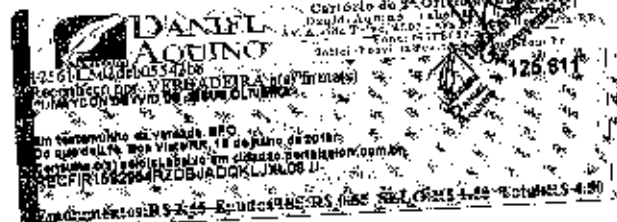
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDAÇÃO a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

BOA Vista RR, 16 de JULHO de 20 19



Maycon Denilda de Jesus Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF: 021.273.832-14

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO