

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: 053.563.052-22 4 - Nome completo da vítima: Jhonatan Brito Silva

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

5 - Nome completo: Jhonatan Brito Silva 6 - CPF: 053.563.052-22
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Benjamin Pereira Melo 9 - Número: 1391 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rintelândia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316.735
15 - E-mail: jleuvre@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - 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
☐ 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

AGÊNCIA:

(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR, 23/07/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CRG. ESTADUAL
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. 01
AB

Nº REGISTRO
011019/2304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALOR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
R2207968020

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISOR

750009.000000001081.917005200055



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glair Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.912 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Henaton Brito Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.563.052-22

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Henaton Brito Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.563.052-22 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antônio J. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bea Vista</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>INOTERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.300-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 99404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

2001237366 21/04/2020 19:30:39 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 5

Paciente JHONATAN BRITO SILVA Data Nascimento 08/11/1999 Idade 20 A 5 M 13 D CNS 700506780785059 CPF 05356305222 Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil NAO Raca/Cor PARDA Naturalidade BOA VISTA - RR Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA Contato (95) 99118-8618
Endereço RUA - BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR Ocupação 991151475 imms 991192572 pai

Class. de Risco Plano Convênio 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 CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: ADAO

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

Anamnese de Enfermagem ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h)
Paciente vítima de acidente de veículo sobre faixa de
PIED, queda de 10m, ferimentos no coto da

Exame Físico
Sem outros ferimentos ECF 13:-

Hipótese Diagnóstica
Fratura de Rádio

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
- Dupl. foto 10/10/2020
- SSBs 500 100ml EV 10/10/2020
- Tromb 100mg + SSBs 500 100ml EV 10/10/2020
- Plac. 10mg EV 10/10/2020

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: ortopedista Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

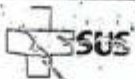
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 21/04/2020 19:31:53

Impresso por: adao
Data Hora: 21/04/2020 19:31:53



2001237366



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 1 0 0 5 0 6 7 8 0 7 8 5 0 5 9

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/99

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179956

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Luciene Roberto da Brito Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Benjamin Constant, 1391, Pântano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RIR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente Transitório e de curta duração
Feu

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIURGIA

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

Rx

Feu

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

5108404016

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos E. da Rosa

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Carlos Henrique da Rosa

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 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - Nº DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

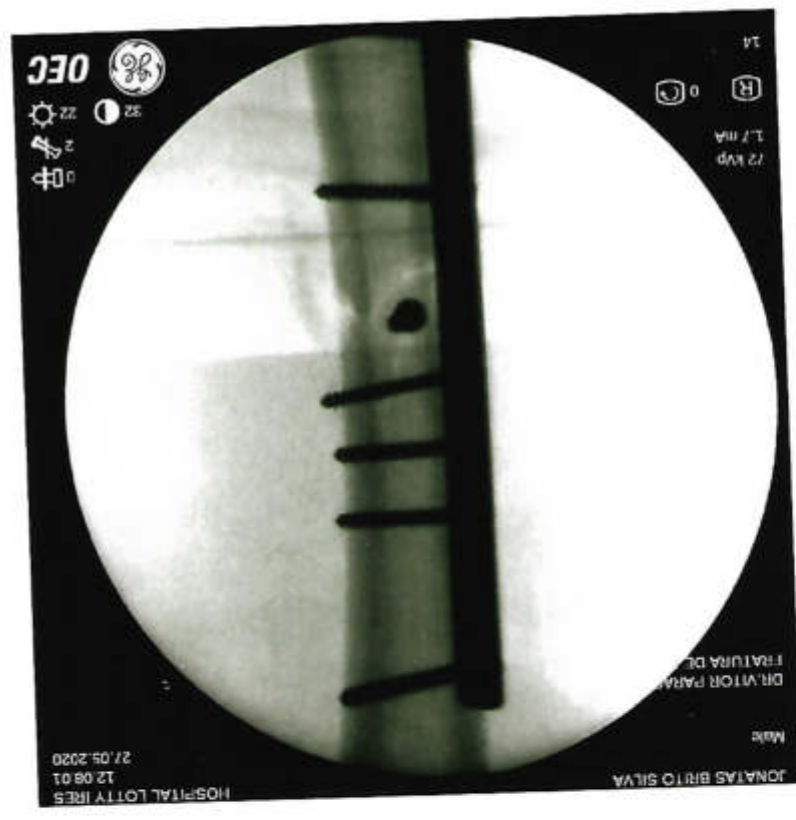
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/11/20

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

0508010019
5723
T068
V795

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC				2 - CNES 010316-0	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC				4 - CNES 010316-0	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JHONATAN BRITO SILVA					
6 - Nº. DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700506780785059		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/1999		9 - SEXO 1 - Masculino	
10 - RAÇA / COR PARDA		10.1 - ETNIA			
11 - NOME DA MÃE LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA				12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99118-8618	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL JHONATAN BRITO SILVA				14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99118-8618	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 -- PINTOLANDIA					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA					
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140010		18 - UF RR		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pac com tração do M.I.D. há 48h, presente do HGR.</i>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura perum D. e tração</i>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. físico Rx M.I.D</i>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura diáfise da perum D</i>					
24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO		31 - DOCUMENTO C. N. S.	
32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 700500368000052					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE PEDRO DI GIOVANNI				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/04/2020	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº. DO BILHETE	
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		41 - SÉRIE		42 - CNPJ DA EMPRESA	
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Alberto OLIVARES		47 - COD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Alberto Ignácio Olivares Oliveira</i> CRM 393-RR			
52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



LISTA DE MATERIAL DE OPME

PACIENTE: Thomaz Brito Silva
 CONVÊNIO: Particular DATA: 27 de / 2020
 MÉDICO: Dr. Vitor Paracat
 PROCEDIMENTO: Osteossíntese de fêmur
 FORNECEDOR: Amazon

LISTA DE MATERIAL AUTORIZADO

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
1	Placa OCP Grande fragmento 1,2 colares laterais
5	Parafuso cortical 4,5x36
2	Parafuso cortical 4,5x38
3	Parafuso cortical 4,5x40

Vitor Paracat Santiago
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-RR 1635
 RQE: 610

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

(Carimbo)
 Vitor Paracat Santiago
 Ortopedia
 CRM-RR 1635 ENT

2 tubos: Yank + Wiley

Ref 18142

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.488/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/

27 MAR 2017
Rogério M. de Melo
CRM: 001.137.259 - TE

Paciente: Jonathan Brito Silva Convênio: Particular Data: 27/05/20
Cirurgia: Fratura de Fêmur (D) Início: 9:50 Fim: 12:35 Acomodação: A-01
Cirurgião: Dr. Vitor Porcidi Anestesia: Rogério
Anestesista: Dr. Ana Paula 1º Auxiliar: Dr. Jonathan
Pediatra: Dr. Yang. Wesley Circulante: Rogério Melo

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
JELCO N°	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
CATETER NASAL	1	CLIP P/ VIDEO CARTUCHO (6UNID)	
CERA PARA OSSO		GEL CONDUTOR (GRAMAS)	100ml
BOLSA COLETORA SISTEMA FECHADO 200ML	1	TELA PROLENE (MARLEX) CM	
COMPRESSA CIRÚRGICA	10L	FIO VICRYL N°	1
CLIP UMBILICAL		FIO VICRYL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	10L	FIO VICRYL N°	
EQUIPO P/ SORO MACRO COM INJETOR LATERAL	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
TREE WAY	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
ESPARADRAPO (CM)	20 + 30CM	FIO CATGUT CROMADO N°	
EQUIPO PVC		FIO PROLENE N°	
EQUIPO P/ SANGUE		FIO PRONELE N°	
ESCOVA DESCATÁVEL COM CLOREXIDINA	1	FIO SEDA N°	
CAPA P/ VIDEO		FIO SEDA N°	
FORMOL 10%		FIO MONONYLON N°	3-0
GAZE (PACOTE COM 20UNID)	1L	FIO MONONYLON N°	
GELFOAM		FIO MONONYLON N°	
GESSO		FIO MONOCRYL N°	
LÂMINA DE BISTURI N°	22	FIO MONOCRYL N°	
FITA MICROPORE NÃO ESTÉRIL (CM)			
FITA MICROPORE ESTÉRIL 2,5X10CM (2UNID)		GASES MEDICINAIS	
FITA MICROPORE ESTÉRIL 5,0X15CM (2UNID)		OXIGÊNIO LITROS / MINUTOS	2L/min
POVIDENE DEGERMANTE (ML)		SEVOFLURANO ML	
POVIDINE TÓPICO (ML)		ÓXIDO NITROSO	
ÁGUA OXIGENADA (ML)		GÁS CARBÔNICO	
ÁLCOOL IODADO (ML)		NITROGÊNIO	100ml
CLOREXIDINA DEGERMANTE (ML)	150ml	AR COMPRIMIDO	
CLOREXIDINA ÁLCOOLICA (ML)	200ml	APARELHO ANESTESIA	sim
ÁLCOOL 70%	200ml	MONITOR CARDIACO	sim
SERINGAS 1 ML() 3ML() 5ML()		BISTURI ELÉTRICO	sim
SERINGAS 10ML () 20ML ()		OXIMETRO	sim
SERINGA 60ML COM BICO		CAPNOGRAFO	
SERINGA 60ML SEM BICO		ASPIRADOR	sim
SERINGA 60 ML		LIPOASPIRADOR	
FIO ALGODÃO (POLYCOT) SEM AGULHA N°		APARELHO VIDEOLAPAROSCOPIA	
FIO ALGODÃO (POLYCOT) COM AGULHA N°		ARCO CIRURGICO	Volpécia Rodrigues
FIO CATGUT SIMPLES N°		RX PORTÁTIL	
FIO CATGUT SIMPLES N°		BERÇO AQUECIDO	
FIO CATGUT SIMPLES N°		INCUBADORA	
FIO CATGUT CROMADO N°		APARELHO USG	
FIO CATGUT CROMADO N°		DEFIBRILADOR	
FIO CATGUT CROMADO N°		BOMBA INFUSÃO	
CLIP P/ VIDEO CARTUCHO (6UNID)		PERFURADOR/FURADORA	
GEL CONDUTOR (GRAMAS)		APARELHO DEXTRO	
TELA PROLENE (MARLEX) CM		RESPIRADOR	
FIO VICRYL N°		SALA	II
FIO VICRYL N°		RPA	
FIO VICRYL N°		MÁSCARA	
FIO CATGUT CROMADO N°		GORRO	

Reserva romique

sim

Anestesia	Quant.	Cont. material	Quant.	Quant.
TOT c/ cuff nº		Fio de steimann nº		Gentamicina mg
Agulha raqui nº 26	1	Fio de Kirshinner nº		Rocefin
Agulha peridural nº				Furosemida
Cateter epidural nº		Medicamentos		Aramin
Cânula de guedel		Soro fisiológico 0,9% 100ml		Ampicilina mg
Sonda aspiração traqueal		Soro fisiológico 0,9% 250ml		
Eletrodos unidade	1	Soro fisiológico 0,9% 500ml		Pomadas
Paramentação		Soro glicosado 5% 250ml		Kilagenase
Máscara	1	Soro glicosado 5% 500ml		Xylestesin gel 2%
Gorro	1	Soro ringer lactado 500ml	1	Sulfato neomicina
Propés	1	Manitol 250ml		Nistatina vaginal
Touca	1	Água destilada 10ml	1	
Luva estéril nº 7	1	Água destilada 1000ml		Medicamentos e Outros
Luva estéril nº 7,5	1	Atropina		
Luva estéril nº 8	1	Adrenalina		Sonda Foley N° 14
Luva estéril nº 8,5		Bicarbonato de sódio %		
Luva estéril hipoalérgica		Cloreto de potássio %		Soro Fisológico 0,9%
Material		Cloreto de sódio %		1000 ml
Gel condutor		Sulfato magnésio		1
Bolsa sistema fechado		Hidralazina		Morfina 0,2
Dreno biovac		Cedilanide		
Clip umbilical		Efedrin		Nitrogênio Posado
Clip ol/ vídeo		Dopamina		
Cateter duplo J		Verapamil		
Equipo pl/ sangue		Hidrocortisona 100mg		
Equipo Fotosensível		Hidrocortisona 500mg		
Surg cel		Glicose 25%		
Gase algodoad		Glicose 50%		
Tree way		Plasil		
Tela prolene cm		Dramin		
Fita cardíaca		Nausebron	1	
Atadura de algodão		Cimetidina		
Atadura de crepom 15cm	1	Decadron mg		
Atadura gessada		Fenergan		
Faixa de smach		Oxitocina		
Álcool a 70%		Buscopan		
Povidine tópico		Dipirona 1g	L	
Clorhexidina		Tilatil		
Fios		Aminofilina		
Seda c/ agulha nº		Tilatil 20mg	L	
Seda s/ agulha nº		Aminofilina		
Monocryl nº		Vit. K		
Fio de Kirchner nº		Styptanon		
		Metronidazol mh inj.		
		Clorafenicol 1g		
		Keflin 1g		
		Oxacilina mg		
		Leptotena 1g	L	
		Dexametazona	1	



HOSPITAL
LOTTY IRIIS

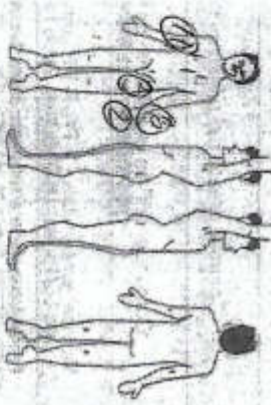
NOME: Floralda Bruto Silva

SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA
HLI - CENTRO CIRÚRGICO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

ANOTAÇÕES ENFERMAGEM

Data: <u>21.05.20</u> Reg: <u>18142</u> Idade: <u>20</u>		PROVENIENTE Chegada: _____ U.T.I. Emergência _____ Hospital Casa _____ Outros: _____		Qual: _____ Cirurgia Proposta: <u>Fratura</u> <u>Femur Direita</u>	
1. Informar: Adornos Relatados _____ SIM ☐ NÃO ☐ Esmaltes Relatados _____ ☐ Prótese Dentária Relatadas _____ ☐ Pré Anestésico _____ ☐ Reserva de Sangue _____ ☐ Cardiopata _____ ☐ Hipertensão _____ ☐ Diabetes _____ ☐ Asmático _____ ☐ Fumante _____ ☐ Alergia _____ ☐ Peso <u>35</u> _____ ☐ Jejum _____ ☐ Exames _____ ☐ RX _____ ☐ Hemograma _____ ☒ Risco Cirúrgico _____ ☐ Ressonância _____ ☐ Tomografia _____ ☐ Cartão do Pré-Natal _____ ☐		Entrada na Sala _____ Início Anestesia _____ Início da Cirurgia _____ Término Cirurgia _____ Saída S.O. _____ Cirurgia Realizada _____		Cirurgia Realizada _____ Anestesia _____ Posicionamento _____	
Fratura <u>D</u> <u>Requi</u> Hidratação <u>Antibiótico</u> Infundida <u>Terapia</u>		Nome: <u>Floralda</u> Dose: <u>100 mg</u> Outros: <u>100 mg</u>		CH: _____ Plasma _____ Plaquetas _____	
SF a 0.9%: _____ SG a 10%: _____ Ringer: _____ Nº de compressas oferecidas: _____ Nº de compressas recolhidas: _____		Sinais Vitais: T _____ °C P _____ Bpm SAT <u>100</u> % R _____ rpm FC <u>90</u> PA <u>120</u> mmHg		Análise Patológica ☒ Não ☐ Sim Nº peças: _____ ☐ Cultura ☐ Outros: _____	
2. Estado Emocional / Mental ☐ Chorooso ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Outros: <u>Calmo</u>		3. Condições da Pele: ☐ FAV ☐ Ferimento ☐ FAF ☐ Queimadura ☐ Dor ☐ Hematoma ☐ Frio ☐ Contusão ☐ Edema ☐ Deformidade		Legenda: 4. Eletrodos 5. Oxímetro 6. Placa de Bisturi 7. Incisão 8. Cateter 9. Venoclise 10. Dreno 11. SNG 12. Faixa Sinaich 13. Garrote Pneumático 14. Outros: <u>NEBP</u>	
Destino: ☒ SRPA ☐ APT. ☐ UTI ☐ Outros: _____					

Paciente Floralda Bruto Silva, luado orientado, comunicativo, consciente, acordado, devida a fratura de fêmur D deu entrada no CC/HLI por um preceps durante cirurgia de fratura femur direita com Dr. Vitor Paracet. Dr. Floralda Paracet Dr. Amara Paula, por cirurgia encaminhado para sala SRPA onde segue monitorado, acordado, respirando bem ambiente segue aos cuidados do enfermeiro.

Rogério M. de Melo
21/05/2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiiedade relacionada(a) procedimentos transoperatório(b) procedimentos pós-operatórios	2	1	1	Avaiilar preparo operatório	5	1	1	
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda	1	2	2	Orientar paciente sobre sua permanência no C.C	5	1	1	
Risco de aspiração relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	1		2	Encaminhar paciente a sala de cirurgia	5	1	1	
Desobstrução ineficaz relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	1	1	1	Cuidar para que a sala não esteja fria na recepção do paciente	1	5	1	
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão no centro respiratório (b) relaxamento muscular	1	1	1	Manter paciente coberto sem bata	1	5	1	
Risco de hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade	1	2		Instalar no paciente o monitor Multiparâmetros PA, SPO2 e ECG	5	1	1	
Risco de trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação © uso de bisturi elétrico	1	2	2	Auxiliar na colocação o paciente na posição cirúrgica	5	1	1	
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento perioperatório	2	2		Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico	5	1	1	
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura	1	1	1	Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 6/6horas ou SN	1	1	5	
Mobidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico	1	1	1	Controlar drenos nas primeiras horas de POI	1	1	1	
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica	1	1	1	Comunicar enf ^a se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres	1	1	5	
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema	1	1	1	Verificar sinais vitais (T, PA, P, FR, saturação e perfusão) de 15/15min, 1h, 30/30min, 2h, (1h hora em diante)	1	1	5	
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal	1	5	2	Anotar e comunicar a enfermagem elevações de pressão respiratória (epnola, apnéia, queda da saturação alveolar no nível de consciência)	1	1	5	
Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicação	1	1	1	Observar as condições da pele em região de placa da bisturi e eletrodos em vistas a queimaduras	1	1	1	
Evolução de enfermagem				Fazer controle da dor, conforme prescrição médica e proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito	1	1	1	
				Manter curativos	1	1	5	
				Manter grades da maca elevadas	5	1	5	
				Preparar pacientes para alta do C.C	1	1	5	

Jose de R. Pereira
JOSÉ DE R. PEREIRA
Coren-RB 248.248-ENF



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/RR

CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

PACIENTE: Jhenatas Brito Silva

CIRURGIA: Fratura de Femur ①

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

Anestesia: Dr. Ana Paula

Admissao na RPA: às 12 : 40 Horas

Data 27/05/20

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☐ NIBP

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ SNE ☒ SVD N° 14 ☐ Guedel N° _____
☐ Penrose N° _____ ☐ Tórax N° _____ ☐ Sucção N° _____ ☐ Kher N° _____
Outros: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

SINAIS VITAIS DE 15 em 15 minutos

Hora	12:40	13:05	13:20	13:35					
Sat O2 %	100	97%	97%	97%					
O2 Litros/min	-	-	-	-					
Respiração	Amb	Amb	Amb	Amb					
Tax	-	-	-	-					
P.A mmHg	-	-	-	-					
Pulso bpm	-	-	-	-					
Funcionário	Raposo	José	José	José					

Desligado Oxigênio às _____

Alta da RPA às 13:36

Anotações: _____

José de Ribamar Pereira da Silva
Coren-RR 349.348-ENF

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Rua José Coelho, n° 72 - Centro Tel.: (95) 3224-1790 - Email: lotty.iris@gmail.com Cep: 69.301-300 - Boa Vists-RR

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / CRG. ESTADUAL
114807 SSP RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. 01
AB

Nº REGISTRO
011019/2304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
R2207968020

980151096

750009.000000001081.917005200055



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262495

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do acidente: 21/04/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA DO FÊMUR

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LATERAL DIREITA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM ATROFIA EM PANTURRILHA DIREITA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO, INSTABILIDADE MOTORA E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: REALIZOU OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/08/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA EM MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**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:	3200262495
Nome do(a) Examinado(a):	JHONATAN BRITO SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BENJAMIN PEREIRA DE MELO, 1391, PINTOLÂNDIA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	053.563.052-22
Data e local do acidente:	21/04/2020 - BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 10/08/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO FEMUR D

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO - OSTEOSINTESE; FEZ FISIOTERAPIA (>12 SESSÕES); ALTA EM JULHO DE 2020

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

MID: PRESENÇA DE CICATRIZ EM FACE LATERAL DIREITA + ALTERAÇÃO ANATOMICA EM JOELHO/PANTURILHA SUGESTIVO DE ATROFIA + SINAIS DE ENCURTAMENTO DO MEMBRO + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO EM FLEXÃO + CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + INSTABILIDADE MOTORA AO SUSPTENTAR O CORPO SOMENTE COM O MID

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

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

MID: COMPROMETIMENTO EM GRAU MODERADO

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela 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.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIRETO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

VITIMA APRESENTOU DURANTE A PERICIA O BO + FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGENCIA + 'RONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO CLINICA E CIRURGICA+ LAUDO MÉDICO ORTOPEDISTA + LAUDO DE FISIOTERAPIA + IMAGENS RADIOLOGICAS.



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

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Thonaton Brito Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 3109712

ENDEREÇO: Benjamin Pereira Melo, 1391, Pindolândia

OUTORGADO

NOME: Ilson Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114804

ENDEREÇO: _____

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

referente ao SINISTRO ocorrido na data: 21 / 04 / 2020 cobertura Invalidez, vítima:

Thonaton Brito Silva

x Thonaton Brito Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 22 DE Julho /2020.

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262495

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATAN BRITO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262495

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JHONATAN BRITO SILVA

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

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262495

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JHONATAN BRITO SILVA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262495

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JHONATAN BRITO SILVA

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262495

Vítima: JHONATAN BRITO SILVA

Data do Acidente: 21/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATAN BRITO SILVA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JHONATAN BRITO SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003436

Conta: 000001096386-9

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, 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 20061 7

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 23/07/2020.

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
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013954/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/04/2020 21:36:01 Data/Hora Fim: 21/04/2020 21:36:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM-812119 Data: 21/04/2020
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/04/2020 18:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: RUA BENJAMIN PEREIRA DE MELO COM RUA ANTONIA FERREIRA DA SILVA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1215: CONDUZIR VEÍCULO COM CAPACIDADE PSICOMOTORA ALTERADA - ÁLCOOL OU DE OUTRA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA QUE DETERMINE DEPENDÊNCIA- SINAIS INDICADORES (ART. 306 § 1º INC. II DA LEI 9.503 /1997 -CTB)	Veículo
20204: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA DE NATUREZA GRAVE OU GRAVÍSSIMA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR COM A CAPACIDADE PSICOMOTORA ALTERADA EM RAZÃO DA INFLUÊNCIA DE ÁLCOOL OU DE OUTRA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA QUE DETERMINE DEPENDÊNCIA (ART. 303 § 2º DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PATRICIA LOPES DA SILVA (COMUNICANTE , CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 03/11/1979 Idade: 40
Profissão: Policial Militar

Naturalidade: Boa Vista

Nome da Mãe: Elenita Lopes da Silva
Em Serviço: Sim

Documento(s)

RG: 185777
CPF: 639.691.222-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Detson Mendes Nº: 971
Complemento: Ciptur
Bairro: Jardim Floresta CEP: 69.312-035

Nome Civil: MARCOS ANTONIO SANTOS DE SOUSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 12/02/1991 Idade: 29
Nome da Mãe: Marlene Alves Santos

Documento(s)

CPF: 429.219.938-80

Endereço





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013954/2020

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA MACEIO
Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 693

Nome Civil: JHONATAN BRITO SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Estudante

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Luciene Lobo de Brito Silva

Nome do Pai: Jose Valdo da Silva

Documento(s)

RG: 310971-2

CPF: 053.563.052-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA BENJAMIN PEREIRA DE MELO

Bairro: PINTOLANDIA

Nº: 1391

Razão Social: (ESTADO) (VÍTIMA)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 827.339.022-53

Renavam 01065209751

Número do Chassi 9C2JC4820ER570551

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista/RR

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 04/08/2014

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAY7697

Número do Motor JC48E2E570551

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado, Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Marcos Antonio Santos de Sousa

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 853.206.252-00

Renavam 00552665843

Número do Chassi 9C2NC4910DR020867

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista/RR

Modelo HONDA/CB 300R

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 26/07/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUJ8887

Número do Motor NC49E1D020867

Ano/Modelo Fabricação 2013/2013

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/CB 300R

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00013954/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Patricia Lopes da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) de Polícia Civil: Informo que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço acima descrito. Chegando ao local os envolvidos MARCOS ANTONIO SANTOS DE SOUSA e JHONATAN BRITO SILVA estavam sendo atendido pela Equipe do Corpo de Bombeiro e conduziu ambos para o pronto socorro para atendimento mais especializado. Os familiares de ambos retiraram as motocicletas do local dos fatos. O senhor MARCOS ANTONIO SANTOS DE SOUSA não lembra o acidente e está aparentemente apresentando visível estado de embriaguez alcoólica e química. O envolvido JHONATAN BRITO SILVA nos relata que conduzia sua motocicleta pela Rua Benjamin Pereira de Melo (sentido centro-bairro) quando ao cruzamento com a Rua Antônia Ferreira da Silva, foi colidido na lateral direita pelo item 01, que seguia na Rua Antônia Ferreira da Silva. Informo que o cruzamento não possui nenhum tipo de sinalização. O suspeito MARCOS ANTONIO SANTOS DE SOUSA recusou atendimento médico no Pronto Socorro sendo liberado pelo médico plantonista DR. Arnaldo J. H. Pérez, CRM 1554/RR. O JHONATAN BRITO SILVA é devidamente habilitado e motocicleta devidamente licenciada. O acusado não é habilitado e a motocicleta não está devidamente licenciada sendo feito notificação números 041464, 041463 e 041465 e termo de constatação de sinais de alteração da capacidade psicomotora número 004204. O outro envolvido ficou internado no Hospital Geral e irá passar por cirurgia.

Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Paulo Cesar Fernandes Bezerra

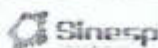
Agente de Polícia
Matrícula 42000504

Responsável pelo Atendimento

Ana Patricia Lopes da Silva

Comunicante, Condutor

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Jefferson Inácio Almeida
Data de Impressão: 15/08/2020 11:41:37



PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

No

812119

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/h	H/Fin
009	CIPTUR	21/04/2020	OESTE	18:40	18:40	18:50	21:45
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin			
1001	13008/13009/13023/13999	XXXXXX	43.462	43.475			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: RUA BENJAMIN PEREIRA DE MELO COM RUA ANTÔNIA
Bairro: PINTOLANDIA Ref.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 **ENVOLVIDO** Nome: MARCOS ANTONIO SANTOS DE SOUSA (NÃO HABILITADO) Idade: 29 A E. Civil: UNIAO ESTAVEL
Endereço: RUA MACEIO, 693, NOVA CIDADE.
Edt. R.G. ***** CPF 429.219.938-80 Profissão:
2 **ENVOLVIDO** Nome: JHONATAN BRITO SILVA (CNH: 07101516921/CAT AB) Idade: 21 A E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:
Edt. R.G. 3109712 SSP/RR CPF 053.563.052-22 Profissão: AUTONOMO
3 **XXXXXXX** Nome: XXXXXXXXXXXXXXXX Idade: XXX E. Civil: XXXXXX
Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXX
Edt. R.G. XXXXXXXXXXXXXXXX CPF XXXXXXXXXXXX Profissão: XXXXXXXX

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

V1: HONDA BIZ, COR VERMELHA, PLACA NAY7697: Moto retirada do local antes da chegada da Guarnição;
V2: HONDA CB 300 R, COR PRETA, PLACA NUJ8887: Moto retirada do local antes da chegada da Guarnição;

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): O item01 lesões na boca, nariz, ombro esquerdo braço esquerdo e tornozelo esquerdo

ASSINATURA:



CARGO:

APC

LOCAL:

CF

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) de Polícia Civil: Informo que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço acima descrito. Chegando ao local os item01 e item02 estavam sendo atendido pela Equipe do Corpo de Bombeiros e conduziu ambos para o pronto socorro para atendimento mais especializado. Os familiares de ambos retiraram as motocicletas do local dos fatos. O item01 não lembra o acidente e está aparentemente apresentando visível estado de embriaguez alcoólica e química. O item02 nos relata que conduzia sua motocicleta pela Rua Benjamim Pereira de Melo (sentido centro-bairro) quando ao cruzamento com a Rua Antônio Ferreira da Silva, foi colidido na lateral direita pelo item01, que seguia na Rua Antônio Ferreira da Silva. Informo que o cruzamento não possui nenhum tipo de sinalização. O item01 recusou atendimento médico no Pronto Socorro sendo liberado pelo médico plantonista DR. Arnaldo J. H. Pérez, CRM 1554/RR. O item02 é devidamente habilitado e motocicleta devidamente licenciada. O item01 não é habilitado e a motocicleta não está devidamente licenciada sendo feito notificação números 041464, 041463 e 041465 e termo de constatação de sinais de alteração da capacidade psicomotora número 004204. Informo que o item02 segue internado no pronto Socorro aguardando exames mais especializados para passar por cirurgia.

Era o que tinha a relatar.


Silva

40.861-1

Cadastro No

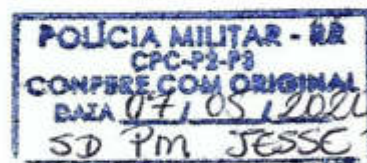
CB/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

RELATOR



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: 053.563.052-22 4 - Nome completo da vítima: Jhonatan Brito Silva

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

5 - Nome completo: Jhonatan Brito Silva 6 - CPF: 053.563.052-22
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Benjamin Pereira Melo 9 - Número: 1395 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pintelândia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316.735
15 - E-mail: jhonatan@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 1096386 9
(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, assim eu, titular direto, 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 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, nas condições 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 deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 20/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jhonatan Brito Silva

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: 26/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN BRITO SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001096386-9

Nr. da Autenticação C4FB8528384E7D8B