

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2958583820210122162419

Processo 0831363-28.2020.8.23.0010 ☆ - (44 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 10	22/01/2021 16:24:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775462CONTESTACAO01.pdf Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775462CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
<div>[+]</div> 9	13/01/2021 10:24:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8	04/01/2021 16:24:32	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>[+]</div> 7	28/12/2020 08:14:04	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	09/12/2020 15:45:33	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	08/12/2020 17:50:56	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	08/12/2020 17:50:56	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	08/12/2020 17:50:56	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	08/12/2020 17:50:56	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	08/12/2020 17:50:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		053.563.052-22	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:		6 - CPF:	7 - Profissão:
Jhonatan Brito Silva		053.563.052-22	Autônomo
8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:
Benjamin Pereira Melo		1391	
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:
Pintelandia		Boa Vista	RR
14 - E-mail:		15 - CEP:	16 - Tel.(DDD):
jblauve@hotmail.com		69.316.735	(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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Nubank			
AGÊNCIA:		CONTA:	
0003		13213920	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Se a vítima deixou filhos vivos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29 - Se a vítima deixou filhos falecidos?		30 - Se a vítima deixou irmãos vivos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Se a vítima deixou irmãos falecidos?		32 - Se a vítima deixou pais/avós vivos?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34		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:		39 - 2ª Nome:	
CPF:		CPF:	
Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 23/07/2020.		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
		Jhonatan Brito Silva	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1089170



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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG, ESTADUAL
114807 888 RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. JAV
AB

R. REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2021

HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDADE EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

DETRAN - RORAIMA

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/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 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 Imaciano de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 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 P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Pinheirópolis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>INOTERRA@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.305-210</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 24/01/2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde			<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE			<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308			<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
			<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
			<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.
2001237366	21/04/2020 19:30:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19- 5
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷
JHONATAN BRITO SILVA		08/11/1999	20 A 5 M 13 D	700506780785059	05356305222
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo
IDENTIDADE		3109712	M	NAO	PARDA
Mão		Estado Civil		Raça/Cor	Naturalidade
LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA		INFORMADO		BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Endereço		Contato		Ocupação	
RUA - BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		NI		(95) 99118-8618	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA			
Setor		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		ADAO	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL			
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)					
Paciente vítima de acidente de moto sobre faixa de					
rua, ferimentos de cu, dor na coxa d.					
Exame Físico					
Sem outros ferimentos ECG B: -					
Hipótese Diagnóstica					
Fratura de Bacia					
SADT - Exames Complementares					
<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APAZAMENTO OBSERVAÇÃO		
- Dupl. Auto 100mg			19/04/2020		
- SSBs 500 100mg			19/04/2020		
- Tramadol 100mg + SSBs 500 100mg			19/04/2020		
- Flac. 10mg			19/04/2020		
Conduta					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação					
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u> Data e Hora da Saída/Alta: / /					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / /					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: adao			2001237366		
Data Hora: 21/04/2020 19:31:53					

NIR

Transf: 23105/2020

SUS 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL GERAL DE KORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

Cópia e seu original presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Carlos E. La Rosa

03/08/2020

5723

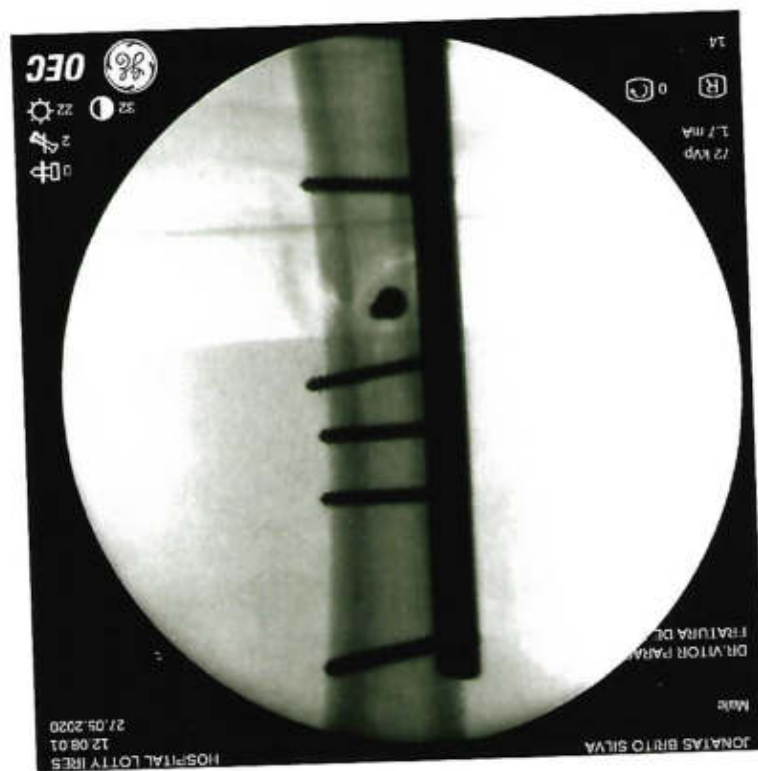
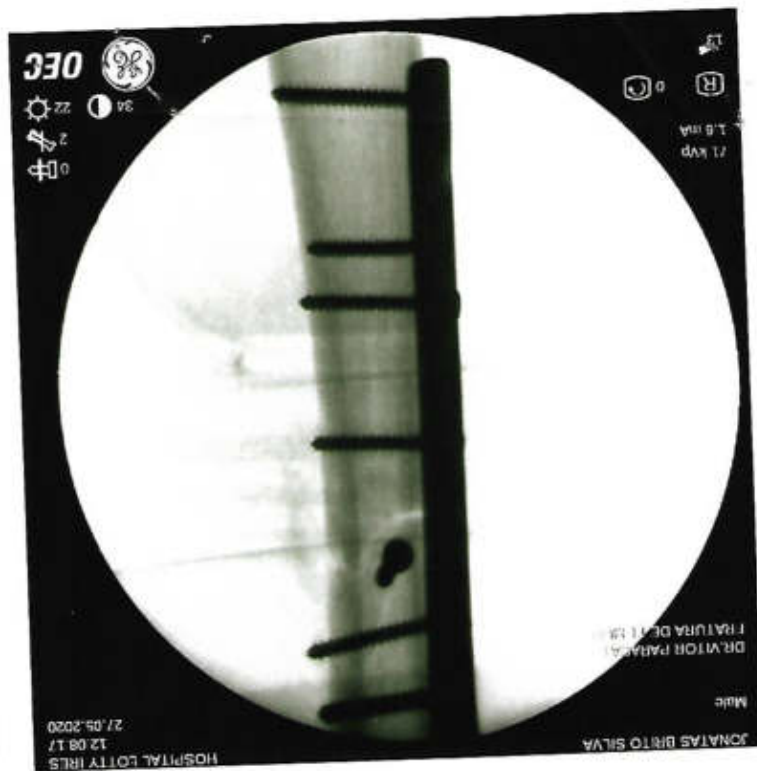
7068

V295

3/04/2020

... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				010316-0			
HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC				010316-0			
Identificação do Paciente				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE							
JHONATAN BRITO SILVA							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
700506780785059				08/11/1999			
9 - SEXO				10 - RAÇA / COR			
1 - Masculino				PARDA			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO			
LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA				(95) 99118-8618			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO			
JHONATAN BRITO SILVA				(95) 99118-8618			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
RUA: BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 - PINTOLANDIA				140010			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF			
BOA VISTA				RR			
19 - CEP							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
				Pac com fratura do M.I.D. há 48hr, proveniente do HGR.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
- Fratura perum D. e fratura				Ex. físico Rx M.I.D			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL			
Fratura diafisária perum (D)							
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO		C. N. S.		700500368000052	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PEDRO DI GIOVANNI				23/04/2020			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº. DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		46 - Nº. DO BILHETE		47 - SÉRIE	
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
() APOSENTADO		() NÃO SEGURADO					
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
Alberto OLIVARES							
48 - DOCUMENTO		49 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS		() CPF		/ /		Dr. Alberto Ignácio Olivares Oliveira MÉDICO CRM 393-RR	
52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				53 - Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO			
				CRM 393-RR			





LISTA DE MATERIAL DE OPME

PACIENTE: Thomaz Brito Silva
CONVÊNIO: Particular DATA: 27/01/2020
MÉDICO: Dr. Vitor Paracat
PROCEDIMENTO: Osteossíntese de fêmur
FORNECEDOR: Amazon

LISTA DE MATERIAL AUTORIZADO

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
1	Placa OCP Grande fragmento 12 parafusos auto
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

Inclusão: Yank + Wesley

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Rua José Coelho, Nº 72 - Centro Tel.: (95) 3224 1790 - Email: lotty.iris@gmail.com CEP: 69.301-300 - Boa Vista - RR

Exp 18142

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 8147

Rogério M. de Melo
OAB RJ 001.137.258 - TE

27 MAIO 2021

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 Porcari 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°	
CATÊTER 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	100	FIO VICRYL N°	1
CLIP UMBILICAL		FIO VICRYL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	100	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	1	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	1
GAZE (PACOTE COM 20UNID)	100	FIO MONONYLON N°	
GELFOAM		FIO MONONYLON N°	
GESEO		FIO MONOCRYL N°	
LÂMINA DE BISTURI N° 22	1	FIO MONOCRYL N°	
FITA MICROPORE NÃO ESTÉRIL (CM)		GASES MEDICINAIS	
FITA MICROPORE ESTÉRIL 2,5X10CM (2UNID)		OXIGÊNIO LITROS / MINUTOS	2L/min
FITA MICROPORE ESTÉRIL 5,0X15CM (2UNID)		SEVOFLURANO ML	
POVIDENE DEGERMANTE (ML)		ÓXIDO NITROSO	
POVIDINE TÓPICO (ML)		GÁS CARBÔNICO	
ÁGUA OXIGENADA (ML)		NITROGÊNIO	100ml
ÁLCOOL IODADO (ML)		AR COMPRIMIDO	
CLOREXIDINA DEGERMANTE (ML) 150ml	1	APARELHO ANESTESIA	Sim
CLOREXIDINA ÁLCOOLICA (ML) 300ml	1	MONITOR CARDIACO	Sim
ÁLCOOL 70% 200ml	1	BISTURI ELÉTRICO	Sim
SERINGAS 1 ML () 3ML () 5ML ()		OXIMETRO	Sim
SERINGAS 10ML () 20ML ()		CAPNOGRAFO	
SERINGA 60ML COM BICO		ASPIRADOR	Sim
SERINGA 60ML SEM BICO		LIPOASPIRADOR	
SERINGA 60 ML		APARELHO VIDEOLAPAROSCOPIA	
FIO ALGODÃO (POLYCOT) SEM AGULHA N°		ARCO CIRURGICO	Valdecir Rodrigues
FIO ALGODÃO (POLYCOT) COM AGULHA N°		RX PORTÁTIL	
FIO CATGUT SIMPLES N°		BERÇO AQUECIDO	
FIO CATGUT SIMPLES N°		INCUBADORA	
FIO CATGUT SIMPLES N°		APARELHO USG	
FIO CATGUT CROMADO N°		DESFIBRILADOR	
FIO CATGUT CROMADO N°		BOMBA INFUSÃO	
FIO CATGUT CROMADO N°		PERFURADOR/FURADORA	
CLIP P/ VIDEO CARTUCHO (6UNID)		APARELHO DEXTRO	
GEL CONDUTOR (GRAMAS)		RESPIRADOR	
TELA PROLENE (MARLEX) CM		SALA	II
FIO VICRYL N°		RPA	X
FIO VICRYL N°		MÁSCARA	
FIO VICRYL N°		GORRO	
FIO CATGUT CROMADO N°			

Reserva romique

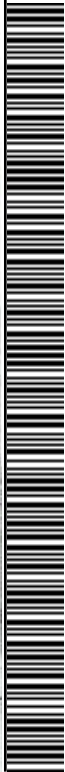
Sim

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%	1
Gorro	1	Soro ringer lactado 500ml	1	Sulfato neomicina	
Propôs	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 nº 14	1
Luva estéril nº 8,5		Bicarbonato de sódio %			
Luva estéril hipoalérgica		Cloreto de potássio %		Soro Fisiológico 0,9%	
Material		Cloreto de sódio %		1000 ml	1
Gel condutor		Sulfato magnésio			
Bolsa sistema fechado		Hidralazina		Morfina 0,2	1
Dreno biovac		Cedilanide		Nitrogênio Peróxido	1
Clip umbilical		Efedrin			
Clip p/ vídeo		Dopamina			
Cateter duplo J		Verapamil			
Equipo p/ sangue		Hidro cortisona 100mg			
Equipo Fotosensível		Hidro cortisona 500mg			
Surgicel		Glicose 25%			
Gase algodoad		Glicose 50%			
Tree way		Plasil			
Tela prolene cm		Dramin			
Fita cardíaca		Nauseudron	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	1		
Clorhexidina		Tilatil			
Fios		Aminofilina			
Seda c/ agulha nº		Tilatil 50mg	1		
Seda s/ agulha nº		Aminofilina			
Monocryl nº		Vit. K			
Fio de Kirchner nº		Styptanon			
		Metronidazol mh inj.			
		Clorafenicol 1g			
		Keflin 1g			
		Oxacilina mg			
		Cefalotina 1g	1		
		Dexametazona	1		



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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





NOME: Flonatas Bruto Silva

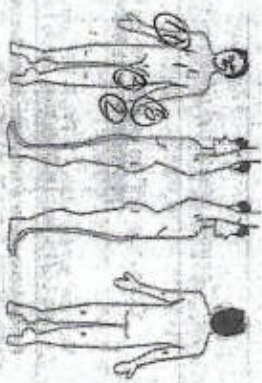
SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA
HLI - CENTRO CIRÚRGICO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

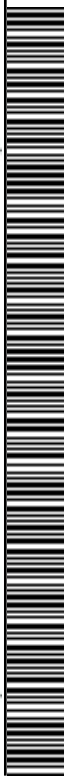
ANOTAÇÕES ENFERMAGEM

Data: <u>21.05.20</u>		Entrada na Sala	Início Anestesia	Início da Cirurgia	Término Cirurgia	Saída S.O	Cirurgia Realizada
Reg: <u>18142</u>		9:30	09:50	10:35	12:35	12:40	Sim
Idade: <u>20</u>							
PROVENIENTE							
Chegada: <u>Emergência</u>		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	
Emergência <u>U.T.I</u>		Fadure		Ragui		Dorsal	
Casa <u>Hospital</u>		Examen		Antibiótico-Infundida		Hemo derivados	
Outros: <u></u>		Qual: <u>Fadure</u>		Nome: <u>Ragui</u>		CH: <u></u>	
Cirurgia Proposta: <u>Fadure</u>		SF a 0,9%:		Dose: <u>100 ml</u>		Plasma	
Fimur <u>Dicuta</u>		SG a 10%:		Outros: <u>100 ml</u>		Plaquetas	
1. Informar:		Ringer:		Nº de compressas oferecidas:		Anatomo Patológico	
Adornos Retirados		Nº de compressas recolhidas:					
Esmaltes Retirados		Sinais Vitais:					
Prótese Dentária Retiradas		T: <u>36</u> °C		P: <u>70</u> Bpm		(X) Não	
Pré-Anestésico		SAT: <u>100</u> %		R: <u>100</u> rpm		() Sim	
Reserva de Sangue		FC: <u>90</u>		PA: <u>110/70</u> mmHg		Nº peças: <u></u>	
Cardiopatia						() Cultura	
Hipertensão						() Outros: <u></u>	
Diabetes							
Asmático							
Fumante							
Alergia							
Peso							
Jejum							
Exames							
RX							
Hemograma							
Risco Cirúrgico							
Ressonância							
Tomografia							
Cartão do Pré-Natal							
2. Estado Emocional / Mental							
() Choro							
() Agitado							
() Outros: <u>Calmo</u>							
3. Condições da Pele:							
() FAV							
() Ferimento							
() FAF							
() Queimadura							
() Dor							
() Hematoma							
() Frio							
() Confusão							
() Edema							
() Deformidade							



Flonatas Bruto Silva, muito orientado, comunicativo, consciente, acordado, devida a fratura de fêmur (5) deu entrada no CC/HLI para um procedimento cirúrgico de fratura fêmur com Dr. Vitor Barakat. Dr. Flonatas encaminhado para sala SRPA onde segue monitorado, acordado, repousa em ambiente após os cuidados de enfermagem.

Rogério M. de Melo
21/05/2020





SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA
HLI - CENTRO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiiedade relacionada(a) procedimentos transoperatorio(b) procedimentos pós-operatórios	2	1	1	Avaliar preparo operatorio	5	1	1	1
Risco para infecção relacionada (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda	1	2	2	Orientar paciente sobre sua permanência no C.C	5	1	1	1
Risco de aspiração relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	1		2	Encaminhar paciente a sala de cirurgia	5	1	1	1
Desequilíbrio hídrico relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	1	1	1	Cuidar para que a sala não esteja fria na recepção do paciente	5	1	1	1
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão no centro respiratório (b) relaxamento muscular	1	1	1	Manter paciente coberto sem tampa	1	5	1	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	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	1
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatorio	2	2		Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico	5	1	1	1
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura	1	1	1	Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 6 horas ou SN	1	1	1	1
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico	1	1	1	Controlar diurese nas primeiras horas de POI	1	1	1	1
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica	1	1	1	Comunicar enf. se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres	1	1	1	1
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, 1/1 hora em diante	1	1	1	1
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal	1	1	2	Angar e comunicar a enfermagem alterações da pele e mucosas (eritema, edema, queda da saturação periférica no nível de consciência)	1	1	1	1
Náuseas relacionadas (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicação	1	1	1	Observar as condições da pele em região da placa de bisturi e eletrodos em vistas a queimaduras	1	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	1
				Manter murfivos	1	1	1	1
				Manter grades da maca elevadas	1	1	1	1
				Preparar pacientes para alta do C.C	1	1	1	1

João Alves Barbosa Filho
Coordenador de Enfermagem





HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

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

CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

PACIENTE: Henatas Brito Silva

CIRURGIA: Fratura de Femur (D)

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	Regina Torres	Torres	Torres	Torres						

Desligado Oxigênio às _____

Alta da RPA às 13:36

Anotações: _____

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

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Rua José Coelho, nº 72 - Centro Tel.: (95) 3224-1790 - Email: lotty.iris@gmail.com Cep: 69.301-300 - Boa Vists-RR

05/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1089170



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

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG, ESTADUAL
114807 888 RR

CPF
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. JAV
AB

R. REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2021

HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

DETRAN - RORAIMA

750009.000000001081.917005200055



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1837034037

PROIBIDO PLASTIFICAR
1837034037

RORAIMA

NOME
JHONATAN BRITO SILVA

DOC IDENTIDADE FÓRM. TAREXORUF
3109712 SEST RR

CPF
053.563.052-22

DATA NASCIMENTO
08/11/1999

RELACÃO
JOSE VALDO DA SILVA
LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA

PERMISSÃO
CONDUZIR VEÍCULOS

ACC
CONDUZIR VEÍCULOS

CAT. HAB.
A/B

Nº REGISTRO
07101516921

VALIDADE
13/12/2022

HABILITAÇÃO
03/08/2018

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOCA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
07/08/2019

DO GOV. BRASIL
DIRETOR-PRÉSIDENTE
GUSTAVO SO

ASSINATURA DO EMISSOR

20991600451
RR210231750

RORAIMA

994 44-00 85

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 OSTEOSÍNTESE 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, PERMANECEU 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 EMEREGENCIA + 'RONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO CLINICA E CIRURGICA+ LAUDO MÉDICO ORTOPEDISTA + LAUDO DE FISIOTERAPIA + IMAGENS RADIOLOGICAS.


Dra. 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: Jonatan 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:

Jonatan Brito Silva

x Jonatan Brito Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 22 DE Julho /2020.





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15976286



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00507/00508 - carta_02 - INVALIDEZ

00060254



Carta nº 15996096

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS2A JRMKU 7EAQD 7MR9U





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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 02 de 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

Pag. 00321/00322 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS2A JRMKU 7EAQD 7MR9U

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
LÍDER		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 053.563.052-22 4 - Nome completo da vítima: Jilonatan 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: Jilonatan Brito Silva		6 - CPF: 053.563.052-22	
7 - Profissão: Autônomo		9 - Número: 1391	
8 - Endereço: Benjamin Pereira Melo		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Pintelândia		13 - Estado: RR	
12 - Cidade: Boa Vista		14 - CEP: 69.316.735	
15 - E-mail: jbloure@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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: 3906		CONTA: 20061 7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: CONTA:			
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
• 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
30 - Vítima deixou nascituro (vainascor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34			
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) Jilonatan Brito Silva			
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



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 15/06/2020 11:41:37

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 827.339.022-53

Placa NAY7697

Renavam 01065209751

Número do Motor JC48E2E570551

Número do Chassi 9C2JC4820ER570551

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado, Envolvido

Última Atualização Denatran 04/08/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Marcos Antonio Santos de Sousa

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 853.206.252-00

Placa NUJ8887

Renavam 00552665843

Número do Motor NC49E1D020867

Número do Chassi 9C2NC4910DR020867

Ano/Modelo Fabricação 2013/2013

Cor PRETA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo HONDA/CB 300R

Modelo HONDA/CB 300R

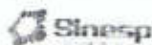
Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 26/07/2019

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 15/06/2020 11:41:37

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 Bombeiros 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 Benjamim 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 feita 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.

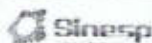
Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Paulo Cesar Fernandes Bezerra
Agente de Polícia
Matrícula 42000504
Responsável pelo Atendimento


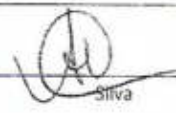
Ana Patricia Lopes da Silva
Comunicante, Condutor

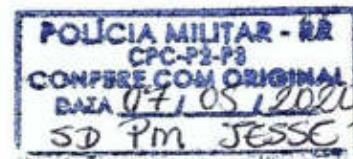
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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



Impresso por: Jefferson Inacio Almeida
Data de Impressão: 22/01/2021 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 FERREIRA DA SILVA				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	XXXXXXXXXXXXXX	CPF XXXXXXXXXX		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							
<p>Senhor (a) Delegado (a) de Policia 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 Bombeiro 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 medico no Pronto Socorro sendo liberado pelo medico plantonista DR Arnaldo J. H. Pérez, CRM 1554/RR. O item02 e 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.</p> <p>Era o que tinha a relatar.</p>							
 Silva		40.861-1 Cadastro Nº		CB/PM Posto/Graduação		CIPTUR SUOp	
RELATOR							



LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 053.563.052-22	
4 - Nome completo da vítima: Jhonatan Brito Silva		6 - CPF: 053.563.052-22	
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		7 - Profissão: Autônomo	
8 - Endereço: Benjamin Pereira Melo		9 - Número: 1395	
10 - Complemento: Bairro: Rintelândia		11 - Cidade: Boa Vista	
12 - Estado: RR		13 - CEP: 69.356.735	
14 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368		15 - 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Santander			
AGÊNCIA: 3436		CONTA: 1096386	
(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 tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
• 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 do Segurado Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - Vítima deixou outros parentes vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 a 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.			
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)		38 - 1ª Nome: CPF:	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)		Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)		39 - 2ª Nome: CPF:	
		Assinatura da testemunha	
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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS2A JRMKU 7EAQD 7MR9U

