

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
	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	
	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 da 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		
	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 Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado		
	6 09/12/2020 15:45:33	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	SISTEMA CNJ		
	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		
	1 08/12/2020 17:50:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado		



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:	4 - Nome completo da vítima: <i>JHonatan Brito Silva</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	<i>JHonatan Brito Silva</i>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Autônomo</i>	<i>Benjamin Pereira Melo</i>	<i>RR</i>	<i>69.336.735</i>
9 - Número:	10 - Complemento:	<i>1395</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	<i>Bacuri</i>	
15 - E-mail:	<i>slavore@hotmail.com</i>		
16 - Tel.(DDD): <i>(95)98404-5368</i>			

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		R\$1.00 A R\$1.000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	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)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
Nome do BANCO: <i>Nubank</i>			
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(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.			

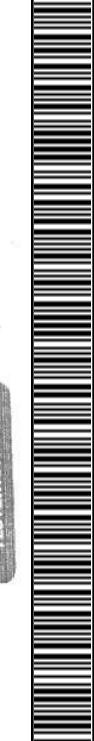
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <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 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> 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)	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		

40 - Local e Data, <i>Bacuri - RR, 23/07/2020</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>JHonatan Brito Silva</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		



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



020

Via de Pagamento para o mês/anو 05/2020 referente à 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

ILOR 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

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:¹

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Jhenifer Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário .

Jhenifer Brito Silve inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.563.052-22

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Jhenifer Brito Silve

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

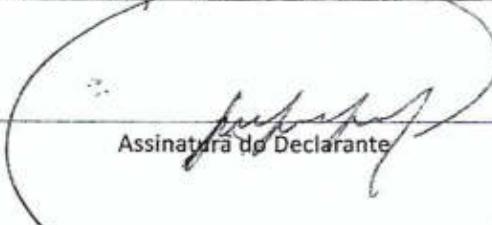
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 D. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Brumado</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.308-210</u>
E-mail:	<u>ENOTERRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98464-5368</u>

Local e Data: Bonito - RR, 24/01/2020

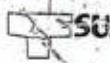

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação Reclassificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho Vermelho Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja Laranja Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo Amarelo Amarelo
Azul Ass.: Verde Verde Verde
Azul Ass.: Azul Ass.: Azul Ass.

34X

2001237366	21/04/2020 19:30:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
JHONATAN BRITO SILVA		08/11/1999	20 A 5 M 13 D	700506780785059	05356305222			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3109712			M	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe	LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA				INFORMADO	NI	Contato	(95) 99118-8618
Endereço	RUA - BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR						Ocupação	<i>991151475 inma</i>
								<i>991192572 pai</i>
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>- Acidente de moto -</i>								
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL						
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente vítima de acidente de moto sobre duas faixas de via, ferido no coxão -</i>							
Exame Físico								
	<i>ECG</i>	<i>BS:</i>						
Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura de Pónter</i>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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:							
	<i>APRAZERMENTO</i>							
	<i>OBSERVAÇÃO</i>							
Conduta	<i>Outro tipo de fratura</i>							
	<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:	<i>crb/pdm</i>							
Óbito	Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
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 Data/Hora: 21/04/2020 19:31:53			 2001237366					

NIR

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<i>Transf: 23105/2020</i>			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Identidade Boa Vista		2 - CNES <input type="text"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Identidade Boa Vista		4 - CNES <input type="text"/>	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Thaeran Bento		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 179956	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7100150617180171851059		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/99	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Luciene Bento da Silva		10 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 11-2222-0000		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. Benjamim Constant, 1391, Pirituba	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF KIR	
16 - CEP CEP			
17 - PRINCIPAIS SINÁSIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente Transito Identidade Boa Vista			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO Acidente Transito Identidade Boa Vista			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Cirurgia			
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Progresso - Tel (55) 2221-0420			
AUTENTICACAO  Carlos Enrique Rosa é seu representante Cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Px.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Identidade Boa Vista			
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Identidade Boa Vista			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO () CNS		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 5108409008	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Carlos Enrique Rosa			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Carlos Enrique Rosa	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR		42 - () DESEMPREGADO	
43 - () AUTÔNOMO		44 - () APOSENTADO	
45 - () NÃO SEGURO		46 - () DESPROTEGIDO	
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista		48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11/20	
51 - DOCUMENTO () CNS () CPF		52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista	
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista	
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista	
57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
101 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
102 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
103 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
104 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
105 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
106 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
107 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
108 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
109 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
111 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
112 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
113 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
114 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
115 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
116 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
117 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
118 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
119 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
121 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
122 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
123 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
124 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
125 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
126 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
127 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
128 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
129 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
131 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
132 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
133 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
134 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
135 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
136 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
137 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
138 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
139 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
141 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
142 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
143 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
144 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
145 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
146 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
147 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
148 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
149 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
151 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
152 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
153 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
154 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
156 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
157 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
158 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
159 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
161 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
162 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
163 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
164 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
165 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
166 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
167 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
168 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
169 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
171 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
172 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
173 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
174 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
175 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
176 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
177 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
178 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
179 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
181 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
182 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
183 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
184 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
185 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
186 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
187 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
188 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
189 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
190 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
191 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
192 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
193 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
194 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
195 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
196 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
197 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
198 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
199 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
200 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
201 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
202 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
203 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
204 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
205 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
206 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
207 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
208 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
209 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
210 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
211 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
212 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
213 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
214 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
215 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
216 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
217 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
218 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
219 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
220 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
221 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
222 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
223 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
224 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
225 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
226 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
227 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
228 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
229 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
230 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
231 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
232 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
233 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
234 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
235 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
236 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
237 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
238 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
239 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
240 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
241 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
242 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
243 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			
244 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO Identidade Boa Vista			

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
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 - N°. DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700506780785059

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/11/1999

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RACA / COR
PARDA

11 - NOME DA MÃE
LUCIENE LOBO DE BRITO SILVA

12 - FONE DE CONTATO
(95) 99118-8618

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JHONATAN BRITO SILVA

14 - FONE DE CONTATO
(95) 99118-8618

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA: BEJAMIN PEREIRA DE MELO - 1391 -- PINTOLANDIA

16 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - CEP
RR

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pac com fracção do M.I.D. há 48hr, procedente do HGR.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

— Fratura peronr D. c/ fracção

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

Ex. fisiico
RP M.I.D

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diafisaria peronr (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N°. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

C. N. S.

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 - N°. 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

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Alberto Oliveira

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N°. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N°. DOCUMENTO (CCNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

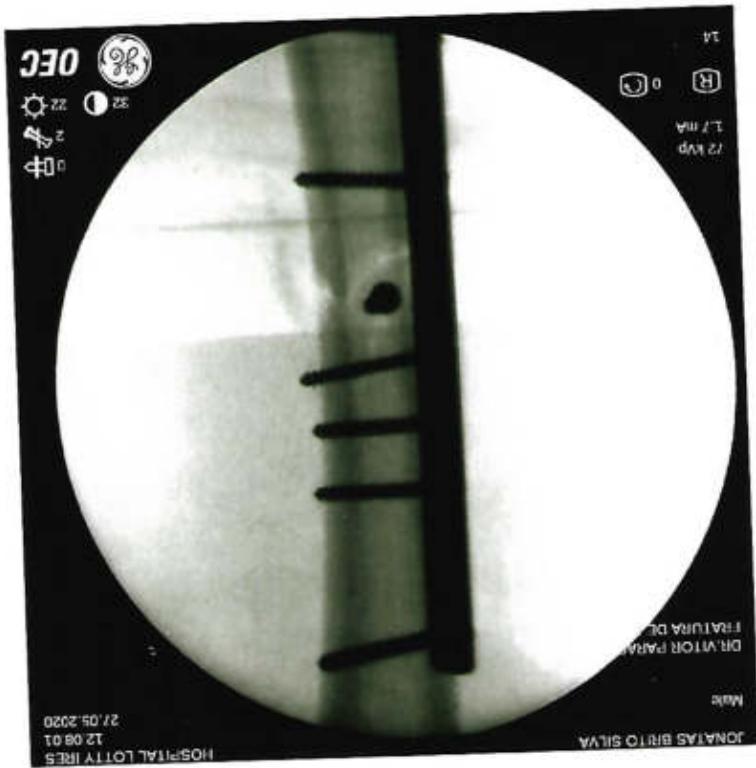
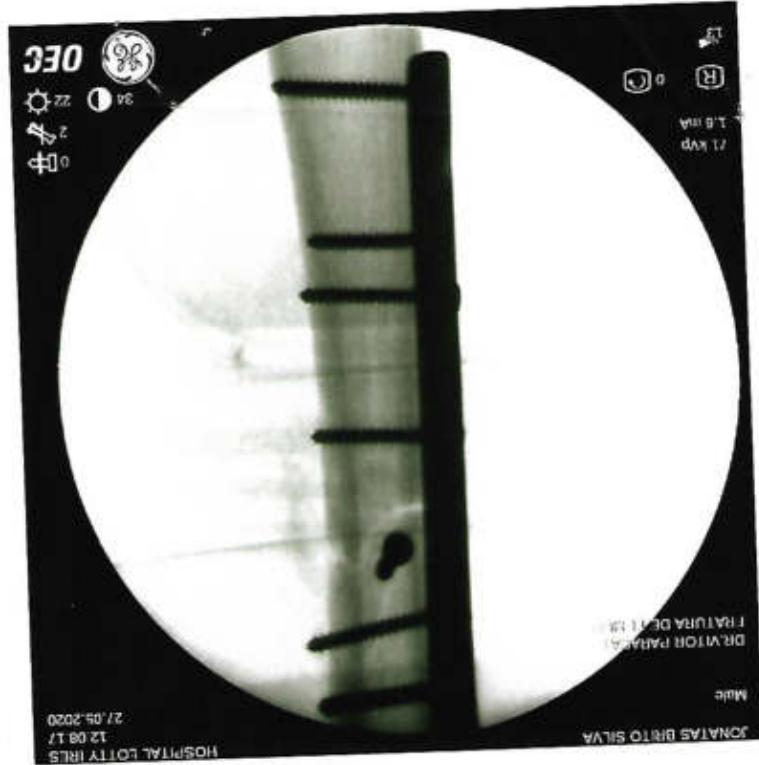
CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

D. Alberto Oliveira
MEDICO
CRM 393-RR

Dr. Alberto Oliveira
MEDICO
CRM 393-RR





LISTA DE MATERIAL DE OPME

PACIENTE: Jhenotis Brito Silver
CONVÊNIO: Particular DATA 27/03/2020
MÉDICO: Dr. Vitor Pavaçot
PROCEDIMENTO: Curação de ferida
FORNECEDOR: Amazon

LISTA DE MATERIAL AUTORIZADO

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia/Traumatologia

Otopenediatraumatologia

~~CRM-RR 1635~~

RQE: 610

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Tutor: York + Winkley

Alvarez
Vigor
Clemente
201-PR 240045 ENF

CNRI-11-509-468/nm001-22

Loy 18142

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

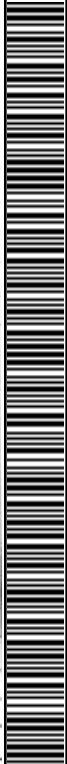
Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/...

Rogério M. de Melo
0849800115729 - RE

27 JAN 2020

Paciente: Ghonatas Bruto Sifus Convênio: Particular Data: 27/05/20
Cirurgia: Fratura de Femur (1) Início: 9:50 Fim: 12:35 Acomodação: A-01
Cirurgião: Dr. Vitor Parocci Anestesia: Rogério
Anestesista: Dr. Ana Paula 1º Auxiliar: Dr. Ghonatas
Pediatra: José Yang. Winkley Circulante: Rogério Melo

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
JELCO N°	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
CATÉTER NASAL	1	CLIP P/ VÍDEO CARTUCHO (6UNID)	
CERA PARA OSSO		GEL CONDUTOR (GRAMAS)	<u>100ml</u> 1
BOLSA COLETORA SISTEMA FECHADO 200ML	<u>1L</u>	TELA PROLENE (MARLEX) CM	
COMPRESSA CIRÚRGICA	<u>BL</u>	FIO VICRYL N°	<u>1</u>
CLIP UMBILICAL		FIO VICRYL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	<u>BL</u>	FIO VICRYL N°	
EQUIPO P/ SORO MACRO COM INJETOR LATERAL	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
TREE WAY	1	FIO CATGUT CROMADO N°	
ESPARADRAPO (CM)	<u>20 + 30cm</u>	FIO CATGUT CROMADO N°	
EQUIPO PVC		FIO PROLENE N°	
EQUIPO P/ SANGUE		FIO SEDA N°	
ESCOVA DESCATÁVEL COM CLOREXIDINA	<u>BL</u>	FIO SEDA N°	
CAPA P/ VÍDEO		FIO MONONYLON N° <u>3-0</u>	<u>LL</u>
FORMOL 10%		FIO MONONYLON N°	
GAZE (PACOTE COM 20UNID)	<u>BL</u>	FIO MONONYLON N°	
GELFOAM		FIO MONOCRYL N°	
GESSO		FIO MONOCRYL N°	
LÂMINA DE BISTURI N°	<u>22</u>	GASES MEDICINAIS	
FITA MICROPORE NÃO ESTÉRIL (CM)	1	OXIGÊNIO LITROS / MINUTOS	<u>2L/min</u> 1
FITA MICROPORE ESTÉRIL 2,5X10CM (2UNID)		SEVOFLURANO ML	
FITA MICROPORE ESTÉRIL 5,0X15CM (2UNID)		ÓXIDO NITROSO	
POVIDENE DEGERMANTE (ML)		GÁS CARBÔNICO	
POVIDINE TÓPICO (ML)		NITROGÊNIO	<u>100ml</u> 1
ÁGUA OXIGENADA (ML)		AR COMPRIMIDO	
ÁLCOOL IODADO (ML)		APARELHO ANESTESIA	
CLOREXIDINA DEGERMANTE (ML)	<u>150ml</u>	MONITOR CARDIACO	
CLOREXIDINA ÁLCOOLICA (ML)	<u>300ml</u>	BISTURI ELÉTRICO	
ÁLCOOL 70%	<u>200 ml</u>	OXIMETRO	
SERINGAS 1 ML () 3ML(1/5ML(1)	<u>1</u>	CAPNOGRAFO	
SERINGAS 10ML () 20ML(1)		ASPIRADOR	
SERINGA 60ML COM BICO		LIPOASPIRADOR	
SERINGA 60ML SEM BICO		APARELHO VIDEOLAPAROSCOPIA	
SERINGA 60 ML		ARCO CIRÚRGICO <u>Valdecir Rodrigues</u>	1
FIO ALGODÃO (POLYCOT) SEM AGULHA N°		RX PORTÁTIL	
FIO ALGODÃO (POLYCOT) COM AGULHA N°		BERÇO AQUECIDO	
FIO CATGUT SIMPLES N°		INCUBADORA	
FIO CATGUT SIMPLES N°		APARELHO USG	
FIO CATGUT SIMPLES N°		DEFIBRILADOR	
FIO CATGUT CROMADO N°		BOMBA INFUSÃO	
FIO CATGUT CROMADO N°		PERFURADOR/FURADORA	
FIO CATGUT CROMADO N°		APARELHO DEXTRO	
CLIP P/ VÍDEO CARTUCHO (6UNID)		RESPIRADOR	
GEL CONDUTOR (GRAMAS)		SALA <u>II</u>	X
TELA PROLENE (MARLEX) CM		RPA	X
FIO VICRYL N°		MÁSCARA	
FIO VICRYL N°		GORRO	
FIO CATGUT CROMADO N°			



Anestesia	Quant.	Cont. material	Quant.	Quant.
TOT c/ cuff nº		Fio de steimann nº		Gentamicina mg
Aguilha raqui nº	26	/		Rocefin
Aguilha peridural nº				Furosemida
Cateter epidural nº				Aramin
Câmla de guedel		Medicamentos		Ampicilina mg
Sonda aspiração traqueal		Soro fisiológico 0,9% 100ml		
Eletrodos unidade	11	Soro fisiológico 0,9% 250ml		
Paramentação		Soro fisiológico 0,9% 500ml		Pomadas
Máscara	10	Soro glicosado 5% 250ml		Kilagenase
GORRO	00	Soro glicosado 5% 500ml		Xylestesin gel 2%
Propés	11	Soro ringer lactado 500ml	1	Sulfato neomicina
Touca	11	Manitol 250ml		Nistatina vaginal
Luva estéril nº 7	1	Água destilada 10ml	1	
Luva estéril nº 7,5	1	Água destilada 1000ml		Medicamentos e Outros
Luva estéril nº 8	11	Atropina		1
Luva estéril nº 8,5		Adrenalina		1
Luva estéril hipoalérgica		Bicarbonato de sódio %		
Material		Cloreto de potássio %		
Gel condutor		Cloreto de sódio %		
Bolsa sistema fechado		Sulfato magnésio		
Dreno biovac		Hidralazina		
Clip umbilical		Cedilanide		
Clip p/ video		Efedrin		
Cateter duplo J		Dopamina		
Equipo p/ sangue		Verapamil		
Equipo Fotosensível		Hidrocortisona 100mg		
Surg cel		Hidrocortisona 500mg		
Gase algodoada		Glicose 25%		
Tree way		Glicose 50%		
Tela prolene cm		Plasil		
Fita cardíaca		Dramin		
Atadura de algodão		Nausedron		
Atadura de crepom 15cm	1	Cimetidina		
Atadura gessada		Decadron mg		
Faixa de smach		Fenergan		
Álcool a 70%		Oxitocina		
Povidone tópico		Buscopan		
Clorhexidina		Dipirona 18	L	
Fios		Tilitil		
Seda c/ agulha nº		Aminofilina		
Seda s/ agulha nº		Tilitil 20mg	L	
Monocryl nº		Aminofilina		
Fio de Kirchner nº		Vit. K		
		Styptanon		
		Metronidazol mh inj.		
		Clorafenicol 1g		
		Keflin 1g		
		Oxacilina mg		
		Levofloxacina 1g	L	
		Dexametasona	1	



FICHA ANESTÉSICA



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

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

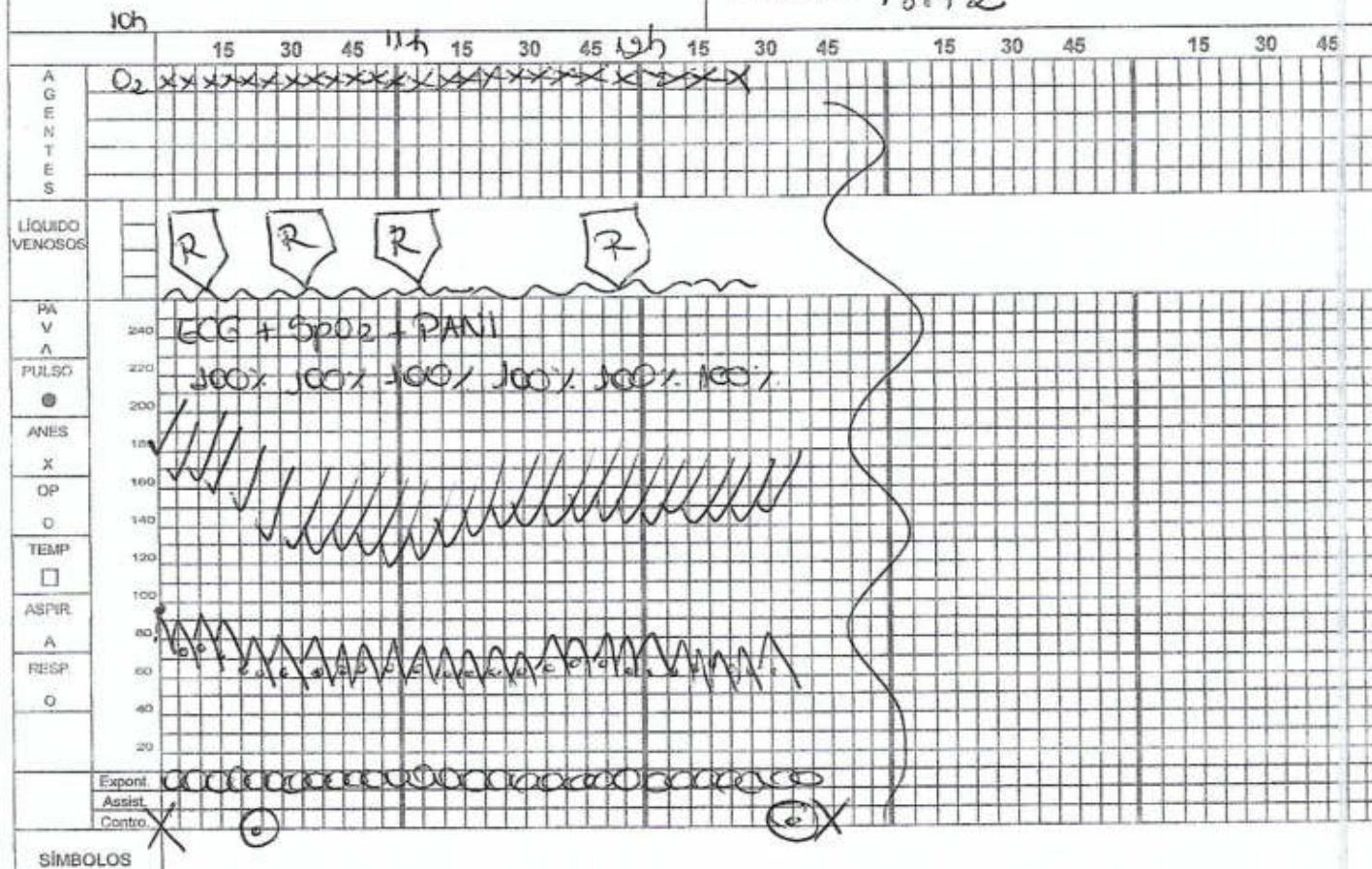
Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito

Tentoxil 100 mg + midazolam 5mg

10h

Nome: Jhonatas Brito Silva, 20a.

Prontuário: 18142



AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A) Procainamida 0,5% p 20mg			1) Exalação de gases, drogas e xipraventil
B) Midazolam 60mg +		BSA + sedação	2) ECG + SpO2 + PANI
C) Alflobutina 3g			3) Revisão de venoclise msc & ss
D) Dexometomidina 10mg			4) O2 sob cateter nasal
E) Temoxiclam 40mg			
F) Diprecazina 2g			
G) Endovenoxina 8mg			
H) Midazolam 5mg			
LÍQUIDOS		cateder de O ₂ CÂNULA - NASO/ÓRIO FARÍNGEA NASO/ORTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB MÁSCARA	
INOD			
SANGUE		DIFÍCULDADE TÉCNICA	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Osteosíntese de fratura de femur direito	LARIANGO - ESPASMOS - EXCESSO SECRE DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA - HIPOXIA BUCKING - VÔMITO	HEMORRAGIA - ARRITIMIA BRADI - TAQUICARDIA - CHOQUE

ANESTESIAS
Ana Paula Thomé
CRM 1408

CIRURGIAO
Oribe Torcasat + Jhonatas

PERDA SANGUÍNEA

卷之三

HOLYPICT

**SAE - CENTRO CIRÚRGICO / SRPA
HLI - CENTRO CIRÚRGICO**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatorios(b) procedimentos pós-operatórios	a	-	-	-	Avaliar preparo operatório	5	-	-	-	-
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda	c	c	c	o	Orientar paciente sobre sua permanência no C.C	5	-	-	-	-
Risco de aspiração relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	-	-	-	a	Encaminhar paciente a sala de cirurgia	5	-	-	-	-
Desobstrução ineficaz relacionado (a) estado pós anestésico (b) imobilidade	-	-	-	-	Cuidar para que a sonda não esteja firta na recuperação do paciente	5	-	-	-	-
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) dispneia no centro respiratório (b) relaxamento muscular	-	-	-	-	Mantener paciente coberto sem brata	5	-	-	-	-
Risco de hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiente e idade	-	a	-	-	Instalar no paciente o monitor Multiparâmetros PA, SPO2 e ECG	5	-	-	-	-
Risco de trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação @ uso de bisturi elétrico	-	c	a	-	Auxiliar na colocação o paciente na posição cirúrgica	5	-	-	-	-
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento pereoperatório	a	a	-	-	Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico	5	-	-	-	-
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura	-	-	-	-	Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 6/6 horas ou SG	5	-	-	-	-
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico	-	-	-	-	Controlar diâmetros nas primeiras horas de POI	-	-	-	-	-
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do fônus da bexiga pós anestésica	-	-	-	-	Comunicar enfermeiro se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres	-	-	-	-	-
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema	-	-	-	-	Verificar sinais vitais (T°PA, P, FR, saturação e perfusão) de 15/15min, 1H, 10/30min, 2H, 1/1 hora em diante. Ajudar e comunicar a enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispneia, quedas da saturação, alterações no nível de consciência).	-	-	-	5	5
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotróquel	-	b	a	-	Observar as condições da pele em região de placa da bisturi e elásticos em vias de queimaduras	-	-	-	5	5
Náuseas relacionada (a) estado pós-cirúrgico- anestésico (b) efeito medicação	-	-	-	-	Fazer controle da dor, conforme prescrição médica e proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito	-	-	-	5	5
Evolução de enfermagem					Mantener curativos	-	-	-	5	5
José de Ribamar Pereira - 349.348-BEN					Preparar pacientes para alta do C.C.	-	-	-	5	5

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
/Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS2A.JRMKU7EAQD7MR9U



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: B14/RR

CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

PACIENTE: Jhenatas Bruto Sifuo

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 Nº 14 Guedel Nº _____
 Penrose Nº _____ Tórax Nº _____ Sucção Nº _____ Kher Nº _____
Outros: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- Acordado Sonolento Calmo Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	12:40	13:05	13:20	13:35	SINAIS VITAIS DE 15 em 15 minutos
Sat O2 %	100	97%	97%	97%	
O2 Litros/min	-	-	-	-	
Respiração	Amb.	Amb.	Amb.	Amb.	
Tax	-	-	-	-	
P.A mmHg	-	-	-	-	
Pulso bpm					
Funcionário	<u>Leandro Tomé</u>	<u>Tomé</u>	<u>Tomé</u>	<u>Tomé</u>	

Desligado Oxigênio às _____

Alta da RPA às 13:36

Anotações: _____

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

020

Via de Pagamento para o mês/anو 05/2020 referente à 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

ILOR 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

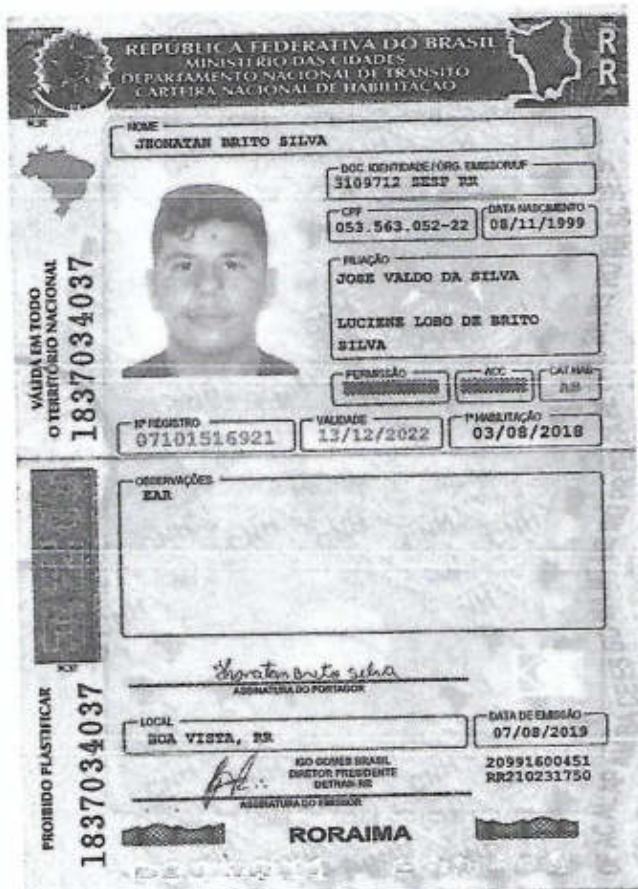
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

750009.000000001081.917005200055





99144-0085

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 FÉMUR

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 CIRÚRGICO - OSTEOSSINTESE; 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 SUSPENTAR 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 transito 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 + TRIPTONÚARIO 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: JHonaten Britto silve

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 3309712

ENDEREÇO: benjamin Pereira Melo, 1395, Pintolândia
OUTORGADO

NOME: Igor Snacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 334804

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:
95 / 04 / 2020 cobertura invalidez, vítima:

JHonaten Britto silve.

x JHonaten Britto silve.

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: PJ52A JRMKU7EAQD7MR9U



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: II OIB INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Sesbor(a) JONATHAN 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%

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 Jhonatan Brito Silva

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Jhonatan Brito Silva

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Benjamim Pereira Melo

Bairro:

Rintelândia

12 - Cidade:

Boa Vista

15 - E-mail:

jhonrro@hotmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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

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, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas): 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 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR 23/07/2020

* Jhonatan Brito Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ52A.JRMKU7EAQD7MRQ9U



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: Pitolândia

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 Não Houve 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)	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA PATRICIA LOPES DA SILVA (COMUNICANTE , CONDUTOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino
Profissão: Policial Militar	Nasc: 03/11/1979 Idade: 40

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
Nome da Mãe: Marlene Alves Santos	Nasc: 12/02/1991 Idade: 29

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

Nº: 693

Bairro: NOVA CIDADE

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

Nº: 1391

Bairro: PINTOLANDIA

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



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 Benjamim Pereira de Melo (sentido centro-bairro) quando ao cruzamento com a Rua Antônia Ferreira da Silva, foi colidido na lateral direita pelo item01, 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 e devidamente habilitado e motocicleta devidamente licenciada. O acusado v não é habilitado e a motocicleta não esta devidamente licenciada sendo feito notificação números 041464, 041463 e 041465 e termo de constatação de sinais de alteração da capacidade psicomotora numero 004204. O outro envolvido ficou internado no Hospital Geral e irá passar por cirurgia.

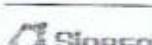
Era o que tinha a relatar.

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 empenho, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DAT
Impresso por: Jefferson Matheus Araújo
Data de impressão: 25/01/2021 11:41:37
AGENTE DE POLÍCIA
CONFIDENCIAL

PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

812119

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

LOCAL DE OCORRÊNCIA

RUA BENJAMIN PEREIRA DE MELO COM RUA ANTÔNIA
Av./Rua: 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 XXXXXX Nome: XXXXXXXXXXXXXXXX Idade: XXX E. Civil: XXXXXX

Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXX

Edt. R.G XXXXXXXXXXXXXXXX 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:

AMC

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 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 Antônia Ferreira da Silva, foi colidido na lateral direita pelo item01, que seguia na Rua Antônia 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 feita notificação números 041464, 041463 e 041465 e termo de constatação de sinais de alteração da capacidade psicomotora numero 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 N°

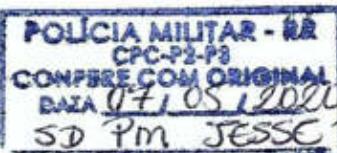
CB/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

RELATOR





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:

1053.563.052-22

4 - Nome completo da vítima:

Jhonatan Brito Silvero

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

5 - Nome completo:

Jhonatan Brito Silvero

6 - Profissão:

Autônomo

7 - Endereço:

Benjamim Pereira Melo

Bairro:

Raintelândia

12 - Cidade:

Bacuriá

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.356.735

15 - E-mail:

silvero@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95)98404-5368

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 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: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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 a mim eventualmente 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, não concorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 (varascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua 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 rogo)

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

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

40 - Local e Data,

Bacuriá - RR, 20/08/2020

* Jhonatan Brito Silvero

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

