
Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333778

Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIAN DA SILVA XAVIER

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333778

Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAN DA SILVA XAVIER

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333778

Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIAN DA SILVA XAVIER

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: WILLIAN DA SILVA XAVIER

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 0000011587-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 261.114.058-88 4 - Nome completo da vítima: William de Silva Xavier

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

5 - Nome completo: William de Silva Xavier 6 - CPF: 261.114.058-88
7 - Profissão: Entregador 8 - Endereço: R. Galileia 9 - Número: 223 10 - Complemento:
11 - Bairro: Joazeiro Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69300-000
15 - E-mail: leuwa@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98125.9538

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 11587-8
(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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 17/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045. Fone: (95) 9 9168-7200

Ocorrência Nº: 6493/2020 - Registrado em: 13/07/2020 às 12h 56min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 04/06/2020 às 21h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Lugradouro: NOSSA SENHORA DA CONSOLATA COM CORONEL PINTO Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

WILLIAM DA SILVA XAVIER(42), nascido(a) em 04/07/1977, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 261.114.058-88, País: BRASIL, natural de SAO PAULO-SP, filho(a) de ROSELI DA SILVA AZEVEDO e WILSON XAVIER261, endereço: GALILEIA, cep: 69300-000, Nº: 223, bairro: JOQUEI CLUBE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98401-6469.

OBJETOS

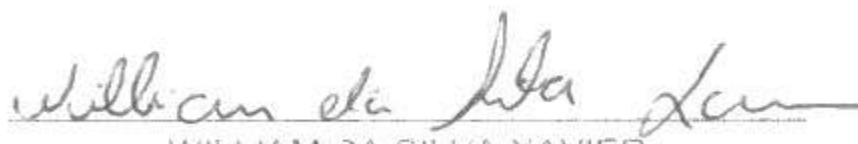
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPMAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA CG 125 KS, COR: PRATA, DE ANO 2001/2002, CHASSI: 9C2JC30101R198118, PLACA: NAL1246, DE PROPRIEDADE DE PAULO IGRESSA SILVA, ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO, UM CARRO QUE VINHA NA RUA CORONEL PINTO, INVADIU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O COMUNICANTE BRUSCAMENTE, QUANDO COM A QUEDA, O MESMO CAIU AO SOLO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMUAT E HOUVE FRATURA NO COTOVELO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE


WILLIAM DA SILVA XAVIER
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031636/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 11:41:31 Data/Hora Fim: 16/10/2020 11:54:47
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/06/2020 21:20 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Av Nossa Senhora da Consolata com rua Coronel Pinto

Tipo do Local: Via Pública

Descrição do Local: via

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: WILLIAM DA SILVA XAVIER (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/07/1977 Idade 43

Profissão: Entregador

Estado Civil: Sem Informação

Naturalidade: São Paulo - SP

Nome da Mãe: Roseli da Silva Azevedo

Documento(s)

CPF: 261.114.058-88

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Galiléia

Nº: 223

Bairro: Jôquei Clube

Telefone: (95) 98401-6469 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo** Veículo**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta**CPF/CNPJ do Proprietário** 112.051.992-68**Placa** NAL1246**Renavam** 00761212590**Número do Motor** JC30E11198118**Número do Chassi** 9C2JC30101R198118**Ano/Modelo Fabricação** 2001/2001**Cor** PRATA**UF Veículo** RR**Município Veículo** Boa Vista**Marca/Modelo** HONDA/CG 125 TITAN KS**Veículo Adulterado?** Não**Situação** Envolvido, Meio Empregado**Última Atualização Denatran** 21/01/2020**Situação do Veículo**RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
William da Silva Xavier	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031636/2020

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA CG 125 KS, COR: PRATA, DE ANO: 2001/2001, CHASSI: 9C2JC30101R198118, PLACA: NAL1246. DE PROPRIEDADE DE PAULO IGRESSA SILVA, NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO, UM CARRO QUE VINHA NA RUA CORONEL PINTO, INVADIU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O COMUNICANTE BRUSCAMENTE, QUE COM A QUEDA, O MESMO CAIU AO SOLO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO COTOVELO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

ASSINATURAS

Carlos Alberto Valerio da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 0712925
Responsável pelo Atendimento

William da Silva Xavier
Comunicante

"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."

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: 29/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAN DA SILVA XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000011587-8

Nr. da Autenticação 2EFD42DC96939F93

**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: 5640124

MELLEN BASTOS MATEUS

R. GALILEIA, 223 , 3

JOQUEI CLUBE

69313012 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1577778	07/2020	19-JUN-20 a 22-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
129	06-AUG-20	R\$ 131,24

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
1577778	07/2020	R\$ 131,24

836500000010.312400750005.000000001578.777807200053



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
2

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101952304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

PLASIFICAR
51096

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 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 Blair Inácio de Souza

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

William de Silva Xavier inscrito (a) no CPF sob o Nº 261.114.058 / 88

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima William de Silva Xavier

inscrito (a) no CPF sob o Nº 261.114.058 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

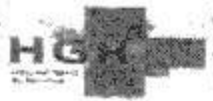
☒ Recuso informar

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 D. Galvão</u>	Número: <u>4872</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELDIRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.300-200</u>	Tel.(DDD): <u>(93) 300-2000</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 21/07/2020

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001247943

04/06/2020 22:04:00

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 10

Paciente

WILLIAM DA SILVA XAVIER

Data Nascimento

04/07/1977

Idade

42 A 11 M 0 D

CNS

CPF⁰⁷

26111405888

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO(APARDA

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

ROSELI DA SILVA AZEVEDO

Pai

NI

Contato

Endereço

RUA - GALILEIA - 228 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ADAO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Adoção

As He após
Adoção

☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao

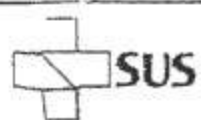
Data Hora: 04/06/2020 22:13:29

© 2020
BOTECH - Soluções em Tecnologia
04 - Implantação em Saúde
Vts. 42.50 - 01.06.42

Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente



2001247943



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

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

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx cotovelo (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fx cotovelo

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

Rx e fx fratura

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx cotovelo (E)

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)

Dr. Agostinho

Dr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CRM-RR 1231

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

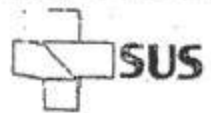
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

2001253985



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

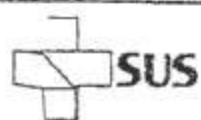
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

NIR

Anexo I

Transf: 05/06/2020



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WILLIAM DA SILVA XAVIER

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

180164

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700508981487553

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/07/1977

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ROSE DA SILVA ARAÚJO

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

915

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Galvão, 228 JARDIM CURS.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

14000

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx cotovelo (E)

(3)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fx cotovelo

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

Rx e fx fratura

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx cotovelo (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Agostinho

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

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

Dr. Bruno Vieira de Lima

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1231

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/06/20

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

Dr. Agostinho



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO



RECEITUÁRIO

NOME: William de Silve Xavier, 42a

Anal. René Linsingis

- HDA: prot. totales (E)
- HPP: tipo HAS em DM
- Ant. úrengio. p
- HFAA: p
- HPAW: TBH p

- alergias: p

• HMG (10/06/20): Hb 15.0 Ht 46%. Queda 7.260 PWT 230.000
glic 95 urica 47 creat 1.0

• SAG (05/06/20): TAP 30" INR 0.8

• Rx tórax: ILT (N)

• ECG: RS, ST (N)

Ato médico: sup. médico.

• At. RCR de BNF n.º. 10pm.

PA = 120 x 70 mmHg.

FC = 86 bpm

DATA: 10 / 06 / 2020

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 - Pintolândia

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM RR 1550



C. 339

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDADATA: 04/06/2020PACIENTE: William da Silva XavierDN: 04/07/77DIAGNÓSTICOS: fx corono (E)1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT2- PACIENTE: () ACAMADO (☒) DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: (☒) VIA ORAL () SNE () OUTRA _____4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO _____5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO _____6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO _____7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO _____8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____:_____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Insuficiência - Ex pró - eq.

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Bom leito, 27 pontos.Boa Vista, 4 de junho de 20 20. Hora: 23:07Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1231CRM 1231, 02

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RISCO CIRÚRGICO

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

NOME: WILLIAM DA SILVA XAVIER

IDADE: 42

LEITO: 339 0

PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO
SERÁ SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITO RISCO.

Rx de torax 70403 HGR (0510612020)

GRATO.

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

terça-feira, junho 09, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Resposta:

Wpne

20/06/2020.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM/RR 1550



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	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE WILLIAM DA SILVA XAVIER	8 - DATA DE NASCIMENTO 04/07/77	9 - SEXO MASCULINO	10 - RAÇA/COR
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA	16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF
18 - CEP	19 - DDD	20 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	21 - DDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM HISTORIA FRATURA COTOVELO ESQUERDO	23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA	24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO
25 - DIAGNÓSTICO FRATURA COTOVELO ESQUERDO	26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO
28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	29 - CID 10 PRINCIPAL	30 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO	32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	33 - CLÍNICA	34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	35 - DOCUMENTO () CNS () CPF	36 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DON MARTINS	38 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/06/20	39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
--	-----------------------------	--------------	----------------------------	--------------------------------	--	--	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	41 - CNPJ DA SEGURADORA	42 - Nº DO BILHETE	43 - SÉRIE
44 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	45 - CNPJ EMPRESA	46 - CNAE DA EMPRESA	47 - CBOR
48 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	50 - Nº DO BILHETE	51 - SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	53 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019
55 - DOCUMENTO () CNS () CPF	56 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
58 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	59 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	60 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CONFERE COM ORIGINAL



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Caio Medeiros

O paciente, Willen de São Lourenço, vítima de
acidente de trânsito (05/06/2020) com trauma direto no
MSE com fratura do m. do cotovelo (E)
fratura torácica (curvatura com redução curvatura e
fratura com placa e parafusos).
Após consolidação e fisioterapia teve alta depois
de 5 meses do acidente. (07/10/2021)
Atualmente possui dor no cotovelo e lentidão de
movimento. Curvatura torácica (E): 120°
Curvatura do M. do cotovelo (E): 0 - 90°
Curvatura do M. do pulso (E): 0 - 95°
HV. Sequela de fratura cominada 1/3 Prox. Ulna (06/21)

DATA: _____

ADP: 552 T92

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 98404-9631

Paciente encaminhado para tratamento e/ou tratamento
ortopedico e/ou fisioterapia para melhorar no MSE.

13/10/2021

Carlos Eduardo de C. Guedes
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM 111111

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
2

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101952304

VALIDADE
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

PLASIFICAR
51096

750009.000000001081.917005200055



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME WILLIAM DA SILVA XAVIER

DOC. IDENTIFIC. FORA EMISSOR 331409549 SSP SP

DATA NASCIMENTO 04/07/1977

CPF 261.114.058-88

FLUXO WILSON XAVIER

ROSELI DA SILVA AZEVEDO

PERMISSAO REC CAT HAB AB



1º REGISTRO 03071589895 VALIDADE 17/12/2024 1ª HABILITACAO 22/10/2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1924511912

OBSERVAÇÕES
CETPP
CETE
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA, RR DATA DE EMISSAO 16/01/2020

52840518754 RR210377690
IGD COMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETTRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

1924511912
OBTIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333778 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER **Data do acidente:** 04/06/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. P.1(ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.1 P.4(ANEXO 1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @P.1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333778 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER **Data do acidente:** 04/06/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. P.1(ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.1 P.4(ANEXO 1)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @P.1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	William da Silva Xavier
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	3314 09549
ENDEREÇO:	Rua: Galileia, N: 223 - Bairro: Joazeiro Clube

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão - 1832, B. Freitas

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: 04 / 06 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: William da Silva Xavier.

Boa Vista - RR, 17/06/2020

LOCAL E DATA

William da Silva Xavier

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

NOTA: Certifico que o presente documento foi apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

CARTÓRIO LOUREIRO

PROTESTO E REGISTRO

CARTÓRIO LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO

TABELIÃO E REGISTRADOR

AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)

[ArhVtem1]-WILLIAM DA SILVA XAVIER

LAAF Em testemunho da verdade Boa Vista, 17/06/2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263049/20

Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER

CPF: 261.114.058-88

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/06/2020

Titular do CPF: WILLIAN DA SILVA XAVIER

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

WILLIAN DA SILVA XAVIER : 261.114.058-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/09/2020
Nome: WILLIAN DA SILVA XAVIER
CPF: 261.114.058-88

WILLIAN DA SILVA XAVIER

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263049/20

Número do Sinistro: 3200333778

Vítima: WILLIAN DA SILVA XAVIER

CPF: 261.114.058-88

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAN DA SILVA XAVIER

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA