

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:
2956336320210120113334

Processo 0831842-21.2020.8.23.0010 - (36 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 500 por pág. 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 20/01/2021 11:33:34 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">9.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 10%; text-align: center;"> 2776480CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> 2776480CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: center;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table> | | | | | | 9.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2776480CONTESTACAO01.pdf | Público | 9.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2776480CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | KIT SEGURADORA LDER.pdf | Público |
| 9.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2776480CONTESTACAO01.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.2 Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2776480CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | KIT SEGURADORA LDER.pdf | Público | | | | | | | | | | | | | | |
| LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de WILLIAM DA SILVA XAVIER) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de WILLIAM DA SILVA XAVIER com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 15/12/2020 08:12:00 | CONCEDIDO O PEDIDO | BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 14/12/2020 16:07:29 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 14/12/2020 16:07:29 | RECEBIDOS OS AUTOS | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 14/12/2020 16:07:29 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 14/12/2020 16:07:29 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível | SISTEMA CNJ | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 14/12/2020 16:07:28 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL | Thiago Amorim Dos Santos Advogado | | | | | | | | | | | | | | |



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, 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

Carta nº 16139462





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, 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





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, 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, 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

263.114.058-88

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

7 - Profissão:

Entregador

8 - Endereço:

R. Galileia

11 - Bairro:

Lequei clube

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

R

14 - CEP:

69300-000

15 - Número:

223

16 - Complemento:

(85) 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

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3905

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 11587-

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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/váinascos? 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 áqueles 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)

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 17/10/2020

* William de Silva xavier

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: PJSDQH WHDBBB 5FXJZ 5CR5K



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGAÇÃO ONLINE DE RR
ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045. Fone. (95) 9 9168-7388

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

Loteradouro: NOSSA SENHORA DA CONSOLATA COM CORONEL PINTO N°: 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, N°: 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 TRÂNSITO-PRVAT |

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, RESIDE 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, QUEBRAU 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.

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

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

WILLIAM DA SILVA XAVIER
COMUNICANTE

Fls: 1
Visto:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 |
| Profissão: Entregador | Nasc: 04/07/1977 Idade: 43 |
| 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: Jóquei 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 RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-------------------------|---------------|
| William da Silva Xavier | Possuidor |



Fls: 2
Visto:



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 BRÚSCAMENTE, 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 poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: PJSQH WHDDBB 5FXJZ 5CR5K



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



Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1069170



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71





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 Inácia 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 Imóveis da Vítima William de Silva Xavier

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

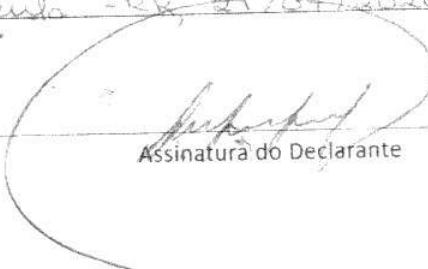
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

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>182</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Buritis</u> | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.360-000</u> |
| E-mail: | <u>ELDERRK@HOTMAIL.COM</u> | | | Tel.(DDD): <u>(65) 3622-2222</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 27/01/2020


Assinatura do Declarante



04/06/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...



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.:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

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

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

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|----------|-----------------|---------------|
| 2001247943 | 04/06/2020 22:04:00 | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | | | NOTURNO 19- 10 | | | |
| Paciente | | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF 07/ Prontuário | | | |
| WILLIAM DA SILVA XAVIER | | 04/07/1977 | 42 A 11 M 0 D | | 26111405888 | | | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade | Nacionalidade |
| Mãe | | | | M | SOLTEIRO(A) | PARD | | BRASILEIRA |
| ROSELI DA SILVA AZEVEDO | | | | | Pai | NI | Contato | |
| Endereço | RUA - GALILEIA - 228 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR | | | | | | | |
| 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 | | Procedimento Sol. | | | | Registrado por: | |
| Setor | | | | | | | ADAO | |
| GRANDE TRAUMA | | | | | | | | |
| 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 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) | <i>Acidente de moto</i> | | | | | | | |
| Exame Físico | <i>Febre 38, RR: 16, Aparecida, bala no abdômen</i> | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | <i>Abdômen febril, RR: 16, suspeita de bala</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: | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO | | | |
| <i>Rx de bala</i> | | | | <i>Ruben Vieira de Lima</i> | | | | |
| <i>CRM-RR 2041</i> | | | | | | | | |
| Conduta | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Adao</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : : | | | | | | | |
| Óbito | Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : : | | | | | | | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

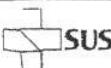
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 04/06/2020 22:13:29

Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente



Anexo I

| | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------|
|  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 - N° DO PRONTUÁRIO | | |
| William da Silva Xavier | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO | |
| 04/07/1977 | | Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | |
| Isabel da Silva Xavier | | Nº DO TELEFONE | Rua Galvão, 228 - Jardim das Flores | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 15 - UF | 16 - CEP |
| Boa Vista | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | |
| Rx catartico. | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| Hc coninga | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| Rx e Rx fraco. | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO-INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Rx catartico (e) | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| Intervenção higiénica | | | | |
| 26 - CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - DOCUMENTO | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| Onco | Eustico | () CNS () CPF | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 32-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | CRM-RR 1231 |
| Dr. Rogério | | / / | Dr. Bruno Vieira de Lima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - N° DO BILHETE | 38 - SÉRIE | |
| 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | | |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| () CNS () CPF | | | | |
| 45 - DOCUMENTO | | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| () CNS () CPF | | | | |
| 47-DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| / / | | CONFERE COM ORIGINAL | | |

Anexo I

2001253985

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| SUS 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 <i>Han</i> | | | 2 - CNES <i>1</i> | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>NIR</i> | | | 4 - CNES | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE <i>William da Silva Ramon</i> | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>180164</i> | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>70015108981148715153</i> | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>04/04/1997</i> | 9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Roseli da Silva Azevedo</i> | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO <i>DOD</i> | Nº DO TELEFONE |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fatigas e Cansice</i> | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ativo fumador</i> | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex fraco + Rx</i> | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FX Cansice</i> | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Instituto Hospitalar</i> | | | | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | |
| 26 - CLÍNICA <i>Onofrio</i> | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Plano</i> | 28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Vitor Ribeiro</i> | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>28/01/2020</i> | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Vitor Ribeiro CRM-SP</i> | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO BILHETE | 38 - SÉRIE | |
| 34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | | |
| 35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBOR | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR | <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO | <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO | <input type="checkbox"/> APOSENTADO | <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| 45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i> | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>/ /</i> | | | |

Anexo I

NIR

Transf: 05/06/2020

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---|--|---|--|------------------|--|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | Identificação do Paciente | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | | 2 - CNES | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | | | 4 - CNES | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | | | |
| 70095098981487553 | | | | 180164 | | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | | |
| Roseli da Silva Andrade | | | | 04/07/1977 | | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | | 9 - SEXO | | | |
| Rua Galvão, 228 - Joaquim Cunha | | | | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fam. <input type="checkbox"/> 3 | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | | | |
| Belo Jardim | | | | Nº DO TELEFONE | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | | | |
| Ex catarato (e). | | | | 15 - UF | | | |
| | | | | 16 - CEP | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | (3) | | | |
| Hto crônico | | | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | | | |
| Rx e Rx fraco. | | | | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO-INITIAL | | | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | | | |
| Ex Catarato (e) | | | | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | |
| Intervenção higienizante | | | | | | | |
| 26 - CLÍNICA | | | | 27 - CARÁTER DA INTENÇÃO | | | |
| Oncologica | | | | Electivo | | | |
| 28 - DOCUMENTO | | | | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | |
| () CNS | | | | () CPF | | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| Dr. Rosânia | | | | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| | | | | Dr. Bruno Vieira de Lima | | | |
| | | | | Médico Residente | | | |
| | | | | Ortopedia e Traumatologia | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | | | | |
| 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 | | () AUTÔNOMO | | () DESEMPREGADO | |
| () EMPREGADOR | | () AUTÔNOMO | | () DESEMPREGADO | | () APOSENTADO | |
| () NÃO SEGURADO | | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | | | |
| | | | | | | | |
| 45 - DOCUMENTO | | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | |
| () CNS | | () CPF | | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| 01/02 | | | | | | | |



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



RECEITUÁRIO

Nome: William de Silve Xavier, 42a

Avl. René Lins

- HDA: frct. vertebrae ♂
- HPP: nuge HHS em dm
- Ant. urinário: ♀
- HADM: ♀
- HPSico: TBV ♀
- alergias: ♀

• HAB (10/06/20): Hb 35,8 HC 461. Unha 7,260 PWT 930.000

Hb 95 Unha 47 Unet 3,0

• GMA (05/06/20): TAP 30° INZ 0,8

• Rx tóxica: ILT ♂

• Elg: RS, ST ♂

No exame: Imp. Nive.

• RL: DCR 46 BNF nl. Nefron.

PA = 120x70 mmHg.

FC = 86 bpm

DATA: 30 / 01 /2020

ASSINATURA E CARIMBO

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

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



C. 339

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 04/01/2020

PACIENTE: William da Silva Xavier

DN: 04/04/77

DIAGNÓSTICOS: fx coronário (2)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT

2- PACIENTE: () ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- 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:

desconhecido - Rx prf - ep.

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Bx lcr, s/ evolução.

Boa Vista, 4 de Junho de 2020. Hora: 23:07

Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1231

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM /
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 RORAIN

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 torac 70403 HGR (05/06/2020)

terça-feira, junho 09, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

GRATO.
Aloamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

Resposta:

Wérie

Luis Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM/RR 1550
Wan

30/06/2020

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/2020

Alta 10.06

| | | | | |
|---|---|--|--|------------------|
| SUS 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 | | |
| Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco | | | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - CNES | | |
| WILLIAM DA SILVA XAVIER | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO | 10 - RAÇA/COR |
| 04/07/77 | | MASCULINO | | |
| 11 - NOME DA MÃE | | 12 - FONE DE CONTATO DDD _____ N° DO FONE _____ | | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 14 - FONE DE CONTATO DDD _____ N° DO FONE _____ | | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | |
| BOA VISTA | | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 18 - UF | 19 - CEP |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | |
| PACIENTE COM HISTÓRIA FRATURA COTOVELO ESQUERDO | | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| AS ACIMA | | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO | | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| FRATURA COTOVELO ESQUERDO | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | |
| INTERNAÇÃO | | | | |
| 29 - CLÍNICA | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 31 - DOCUMENTO | 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| () CNS | () CPF | | | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| DON MARTINS | 05/06/20 | | | |
| 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 EMPRESA | 43 - CNAE DA EMPRESA | 44 - CBOR | |
| 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | () EMPREGADO | () AUTÔNOMO | () DESEMPREGADO | () APOSENTADO |
| | () EMPREGADOR | | | () NÃO SEGURADO |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| 48 - DOCUMENTO | 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| () CNS | () CPF | | | |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| / / | | | | |
| Data: 03/06/2021 | | | | |
| CONFERE COM ORIGINAL | | | | |
| Data: 03/06/2021 | | | | |



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

NAME:

Operat. Willer de S. L. Lacerda, visto os
acidentes nro (05/06/2021) q/ trem destruiu
MSE com fatura e anexo do cobro. (E)
Autó-trompe cinza com rodízio preto e
branca com placa e parafuso.
Após constatação e levantamento feito alto depoimento
de 5 meses do acidente. (07/10/2021)
Ocorreu quebra de dor (os dentes apesar da lentidão de
movimento).
Dentes: dentes temporários da classe (E): Dor
ocorreu. Lentidão de movimento classe (E): 0 - 90
Dentes de mao superior da classe (E): 0 - 95
H.V.: Saque de trem (conforme 113 Paulista 10/06/2021)

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil

CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 98404-9637

13/10/2020

~~Carlos Eduardo de C. Cuadra
Otopedia / Trauma-Acupuntura
CRN #11883~~

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1069170



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

1089170

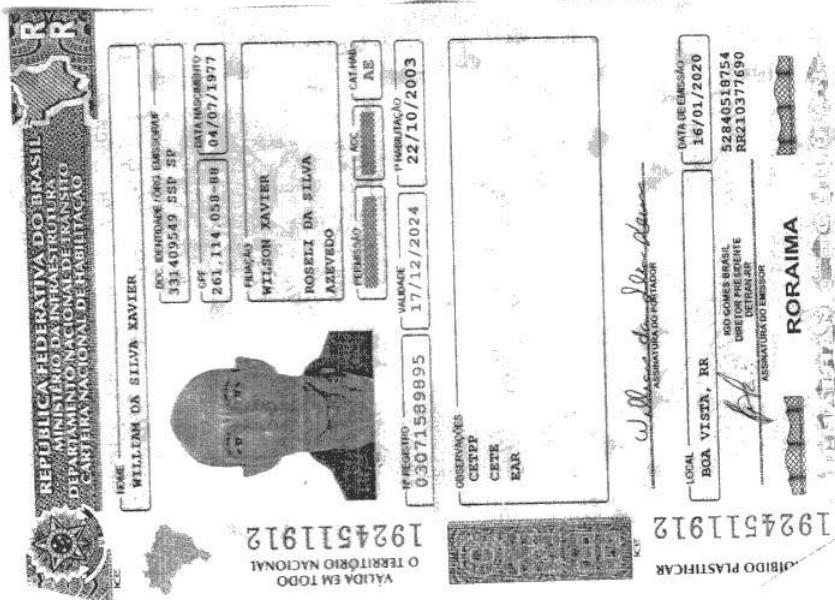
MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71





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 |
| ENDERECO: | Rua Galileia, N: 223 - Barro: Joquei Clube |

OUTORGADO

| | |
|----------------|--------------------------------------|
| NOME: | Iber Inacio de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 334807 |
| ENDERECO: | Rua: Antônio P. Galvão - 3832, Burel |

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, vitima: William da Silva Xavier.

Boa Vista - RR, 17/06/2020

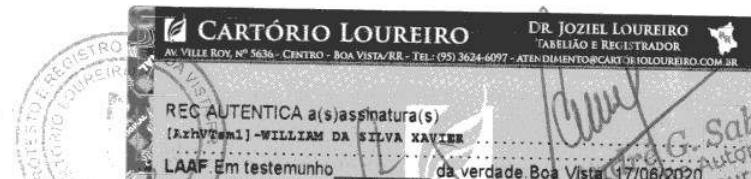
LOCAL E DATA

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 e reconhecimento. Dou fé.



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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/06/2020

Titular do CPF: WILLIAN DA SILVA XAVIER

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA