

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031540-6

Autenticação:

8D6815C71EE0F4621F0473A2E9F4F0F391B03FBD09D103A745EF28BF5A53D5C1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390312 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200390312

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000031540-6**

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:

709.161.672-32

4 - Nome completo da vítima:

Luís Guillermo Jesus R. Maiz

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

8526

CONTA:

31540

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Estado civil do representante legal:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 14 de outubro

x Luís Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00031244/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/10/2020 15:49:21 Data/Hora Fim: 13/10/2020 16:10:20
 Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/06/2020 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Av. Surumu

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB) | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA (VÍTIMA, COMUNICANTE) | | | |
|--|-----------------|--|-----------|
| Nacionalidade: Venezuelana | Sexo: Masculino | Nasc: 11/05/1999 | Idade: 21 |
| Profissão: Empresário | | Escolaridade: Ensino Médio Incompleto | |
| Estado Civil: Solteiro(a) | | Naturalidade: Puerto la Cruz | |
| Nome da Mãe: Danubis Lismar Maíta de Rodriguez | | Nome do Pai: Carlos Guillermo Rodriguez Vargas | |

Documento(s)

CPF: 709.161.672-32

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R dos Buritis

Bairro: Treze de Setembro

Nº: 198 AP 01

CEP: 69.308-070

| Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR) |
|---|
| Nacionalidade: Brasileira |

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão |
| Descrição Não identificado pela vítima | Veículo Adulterado? Não |
| Situação Envolvido, Meio Empregado | |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
| Desconhecido 1 | Proprietário |

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855 entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: QUE no dia 01/06/2020, por volta das 07h:00min da manhã, o comunicante saia de sua residência situada no bairro 13 de setembro em direção ao seu local de trabalho e estava



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00031244/2020

conduzindo sua bicicleta; QUE o comunicante trafegava pela Av. Surumu, no bairro: São Vicente/BV/RR, e ao chegar no cruzamento da Av. Benjamin Constant, um veículo automotor, vindo em alta velocidade, não deu sinal para adentrar em outra avenida, nesse momento ele adentra bruscamente na avenida que o comunicante estava e atingi-o pelo lado esquerdo; QUE o comunicante é arremessado juntamente com sua bicicleta, e perde a lucidez por alguns minutos; QUE ao recobrar a consciência percebe que havia alguns transeuntes em volta e a emergência já estava no local realizando os procedimentos médicos no comunicante; QUE o condutor do veículo havia evadido do local sem prestar socorro ou assistência ao comunicante; QUE ao chegar no Hospital Geral de Roraima o comunicante passou por diversas cirurgias e tratamentos médicos para que voltasse a sua vida normal, que teve sequelas permanentes em seus membros esquerdos (perna e braço); QUE PERGUNTADO para o comunicante se ele consegue identificar o condutor do veículo automotor ou o veículo que estava conduzindo, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar características do veículo ou do condutor que atingiu-lhe.
(Documentação médica em Anexo)

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (13/10/2020) devido o tempo de seu tratamento e para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maita

Vítima, 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."

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 703494 | MÊS 03/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20 |
| CONSUMO (kWh) 675 | VENCIMENTO 06-APR-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |

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**

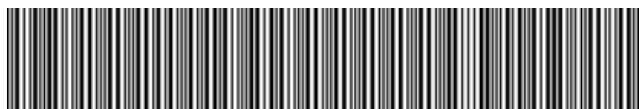
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| | | |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 703494 | MÊS 03/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 552,25 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luís Guilherme Jesus Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672, 32
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Luís Guilherme Jesus Rodrigues
inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.161.672, 32, 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 CC 11</u> | Número: <u>294</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u> | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69.318-050</u> | Tel. (DDD): <u>99113-3855</u> |

Local e Data: Boa Vista RR 14 de outubro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

LUIS GUILHERMO JESUS RODRIGUES MAITA

codigo 2001246804

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

02

| FICHA DE ATENDIMENTO | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------|------------------------|-------------|---|--|--------------|----------------|--|
| Paciente | Luis Guillermo Jesus Rodriguez Maíta | | | | | | | | |
| Tipo Doc | Documento | Orgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade | DN: 11/05/1999 | |
| Mae | Danubris Lismar Maíta de Rodriguez | | | | | | | | |
| Endereço | H H H Rua: Adolfo Riller 189/Buritiz | | | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Frenxial | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | | |
| Seior | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | Registrado por: | | | | |
| Queixa Principal | "acidente de bicicleta - moto" | | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | GSC | TOTAL | | 15 | |
| | | | | | AQ: 12 | RV: 123 | MRV: 1234 | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | | | | | | | | | |
| Paciente trazido pelos Bombeiros, em mancha rígida e com edas cervical. A) Vias aéreas patentiar, verbalizar B) MV+, SRA, tônax | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | |
| C) Abdomen flácido, indolor a palpação, sem sangramentos ativos | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | |
| D) ECG 15, sem déficits isemológicos | | | | | | | | | |
| E) Imobilização em NIE, exortações em MSD | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | | |
| X RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | APRAZAMENTO | | | OBSERVAÇÃO | | | |
| TE abdome: ausência de líquido livre em abdome, ausência de pneumoperitôneo. Aparente | | | | | | mente ausência de lesões de órgãos maiores | | | |
| TE tórax: Ausência de hemotórax e pneumotórax. | | | | | | | | | |
| Paciente estável hemodinamicamente. | | | | | | | | | |
| Condução | | | | | | | | | |
| <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 | | | | |
| X Transferência para: Ortopedia | | | | | 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"/> M. Anatomia Patológica | | | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | | |
| JULHO FLUTUANTE A (CSA) | | | | | Thais S. L. Ferreira Médica CRM-RR 2061 | | | | |

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1224/RR





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Leus G. J. R. Mello

Data: 05/06/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx fêmur (E) + tíbia (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixador externo em fêmur E e tíbia (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Leonardo

1º AUXILIAR: MA

2º AUXILIAR: Marcus A R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURA: _____

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 / RQE 814

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em ODA sob plano cuneiforme
- 2) Anestesia + antiseptico
- 3) Colocação de fixador externo 350 em tíbia e 400 em fêmur - transosteal
- 4) Recorte radiológico
- 5) LMC + curativo
- 6) RPA

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 / RQE 814



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2001264088

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LUIZ GUILLERMO JESUS RODRIGUES MAITA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00180356

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
703201681681096

8 - DATA DE NASCIMENTO
11/05/1999

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
DANUBIS LISMAR MAITA DE RODRIGUES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
LUIZ GUILLERMO JESUS RODRIGUES MAITA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: MMM - SN - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fx fêmur @

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fx unguis

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

fractura de fx fêmur @

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

C. N. S.

980016283079194

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

ALBERTO FERREIRA DE SOUZA

08/07/2020

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1 / 1



BOLETIM OPERATÓRIO

Data

08/07/20

O.S.

Luis Guilherme
Silva Rodrigues

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx fmr (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

RMS + tração transesquelética

TIPO DE INTERVENÇÃO:

=

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

=

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Alberto

1º aUXILIAR:

Dr. Pedro de S.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

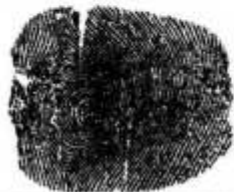
- 1- Prevenir com DDA aos anestésicos
- 2- Antepsia + Antiseptia + colocação de campos estéril
- 3- RMS de fixador externo
- 4- tração transesquelética
- 5- curativo
- 6- RPA

Dr. Alberto Figueiredo de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1917
Título Especialista TEOT - 12603Dr. Pedro de S. Faustino
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
709.161.672-32

Nome
LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

Nascimento
11/05/1999

CÓDIGO DE CONTROLE
B976.2E30.B3D6.C4CF



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:39:57 do dia 22/01/2020 (hora e data de Brasília)
Dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAI

CPF: 709.161.672-32

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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: 29/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200390312 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA. P.2/4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Luís Guillermo Jesus Rodriguez Maite
NACIONALIDADE: Venezuelano ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 709.161.672-32 ENDEREÇO: Rua dos Buxifos 198
BAIRRO: 13 de Setembro CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.308-070

VÍTIMA: Luís Guillermo Jesus Rodriguez Maite
CPF: 709.161.672-32 DATA DO ACIDENTE: 01.06.20
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 29 de julho de 20 20

x Luís Guillermo Jesus Rodriguez Maite
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309857/20

Vítima: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAI

CPF: 709.161.672-32

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LUIS GUILLERMO JESUS RODRIGUEZ MAITA : 709.161.672-32

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: 29/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO