

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: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000058790-7

Nr. da Autenticação 593B80F566A07D58

**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: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

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 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES** inscrito(a) no CPF sob o nº **763.371.542-15** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES** inscrito (a) no CPF sob nº **763.371.542-15**, 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 RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 21, 11, 19

Local e Data

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

Amarillo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarillo

Verde

Azul Ass.

1901124226

17/06/2019 17:24:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 33

Paciente

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data Nascimento

02/04/1985

Idade

34 A 2 M 15 D

CNS

704608660024321

CPF

76337154215

Prontuário

00067014

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO (ABRANCA)

Naturalidade

BRASILEIRA

Mãe

SONIA GUILHERME DE MORAES

Pai

CACILDO GARCIA DE MORAES

Contato

(95) 99111-3915

Endereço

RUA - JOAO PADILHA - 285 - CAIMBE - BOA VISTA - RR

Ocupação

AUXILIAR

ADMINIST

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:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Colisão moto x carro

Anamnese de Enfermagem

nega alergias

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente trazido pelo SAMU, em prancha rígida, com colar cervical, sem coxins laterais, vítima de colisão moto x carro. Paciente sl perda de consciência, apresentava-se agitado ao local de ocorrência, sem alterações nesta unidade hospitalar.

Exame Físico

REG, LOTE, aa, eupneico. Refere dor em antebraço e cotovelo (E) Imobiliz

Hipótese Diagnóstica

Fx de antebraço

SADI - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

1 Dipirona 2g (E)
2 Tenoxicam 40mg (E)

feto

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1 NOV. 2019

Shirley

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Ficha de observação presente

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revolu☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Segue

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Adelle Gai Costa

Carimbo e Assinatura do Médico

CRM-RR 1988

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 17/06/2019 17:25:14

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/F0E3831D-99E4-4D3F-8DBF-7F18FDC8031D.html



1901124226

BLOCO A

Exos 10/001



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 DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alexander Deuglo G. de Moraes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

67014

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71046086600243211

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/04/85

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Sônia Guilherme de Moraes

11 - TELEFONE DE CONTATO

9159811113911

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Rua João Padilha 285 Aumbe

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bea Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

PR

16 - CEP

69312220

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct. Vítima de acidente trânsito (SIC)

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Exame fis + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx calcâneo rot. E

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

Ort

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Patrício

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

15/06/18

32 - ASSINATURA DO CONSELHO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

15/06/18

0301060088
7039

Dr. Patrício

Pct vítima de acidente trânsito (STC)

RT lesi evidenciado FX coluna radi (E)

EF: dor à palpação em cotovul (E)

CD: Informação

- TALA gerada (osule palma)

Dr. Marcelo
Médico
CRM-PR 1996



A63 (corredor)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ANDERSON DOUGLAS GUILHERME

AGNÓSTICO FX RADIO E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

63

DATA

18/06/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

11

12

13

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 6/6 H

18 CURATIVO DIÁRIO COM ABRASIVO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06:30h não localizado no setor durante plantão noturno. Cade baixa por usação.

marcos
Enfermeiro
COREN-RR 185153

SINAIS VITAIS

ausente

6 H

PA

FC

FR

12 H

176X117

79

16

36,8

18 H

24 H

ausente

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES
IDADE: 34 DN 02/04/1985

PACIENTE DEU ENTRADA NO HGR NO DIA 17/06/2019, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA, COM COLAR CERVICAL, SEM COXIS LATERAIS, VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO CARRO X MOTO), SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, QUEIXANDO DOR NO COTOVELO E.

APÓS AVALIADO PELO TRAUMA, FOI ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, ONDE FOI AVALIADO O RX E TC DE COTOVELO E, SENDO EVIDENCIADO FRATURA NA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO, COLOCADO TALA GESSADA NO MESMO.

PACIENTE OPTA POR VONTADE PROPRIA, REALIZAR TRATAMENTO EM OUTRO ESTADO.

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, EUPNEICO, ORIENTADO, SEM SINTOMAS NEUROLÓGICOS.

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM/RR 1985



Boa Vista - RR, 18 de junho de 2019.



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

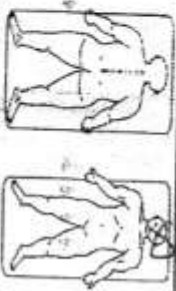
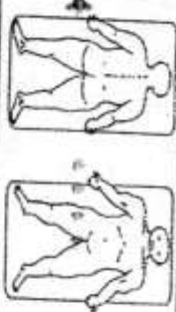
Paciente:

ANDERSON DOUGLAS

Leito:

63

Data: 28/06/19

Localização		Região: FACE Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Cobertura primária				
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Joana Paiva Loureiro COREN-RR 167.031 - TE		Bruno S. Pereira Téc. de Enfermagem COREN-RR 686.356	
Observações:				

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCIO PARAHYBA JR

CRM: 19339 UF: CE

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Prescrição: TRAMADOL 50 mg 1 cx

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 8/8H SE DOR INTENSA QUE NÃO CEDA COM
DIPIRONA

2)DIPIRONA 01G 02CX

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6H SE DOR

Assinatura e Carimbo: Dr. Márcio Parahyba Jr.
Médico
CRM: 19339 - Data: 22-08-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Org. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/07/2019 12:24:46	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704608660024321	NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES				Registro: 5625355		
CPF: 76337154215	RG: 213308	D. NASC: 02/04/1985	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: SONIA GUILHERME DE MORAES				NOME DO PAI: CASSILDO GARCIA MORAES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: C J 02		Nº: 285	BAIRRO: JOQUEI CLUB		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 36261747, 981213058	MUNICÍPIO: BOA VISTA		UF: RR	CEP: 69312288		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES		PARENTESCO:			TELEFONE: 36261747, 981213058		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada							
QUEIXAS: TRANSFERENCIA-FROTINHA							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
<p style="text-align: center;">SERVIÇO DE PROTOCOLO - 102</p> <p style="text-align: center;">PELO SISTEMA E-SUS</p> <p style="text-align: center;">DATA 20/07/2019</p> <p style="text-align: center;">MATRÍCULA 51022</p> <p style="text-align: center;"><i>Marcia Pereira</i></p>							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCIO PARAHYBA JR

CRM: 19339 UF: CE

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Endereço: R.BARAO DO RIO BRANCO 1816

Prescrição: TRAMADOL 50 mg 1 cx ▼

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 8/8H SE DOR INTENSA QUE NÃO CEDA COM
DIPIRONA

2)DIPIRONA 01G 02CX

TOMAR 01 COMP ATÉ DE 6/6H SE DOR

Assinatura e Carimbo: Dr. Márcio Parahyba Jr.
Médico
CRM: 19339 - Data: 22-08-2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

LEITO:

DATA DE 09/07/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 34

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
DECIDIDA TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
PARA CADA TRATAMENTO CIRURGICO COM TENICA DE TRANSPOSICAO DA
LESAO: CABECA DO RADIO PARA PROCESSO CORONOIDE POR
DR.CLODOALDO EM 20/8/19. RETORNAR COM 07 DIAS. RETORNAR
ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Dr. Márcio Paratyba Jr.
Médico
CRM 19334

Ass: _____

Retornar dia: 07 dias Hora: _____ para

Dr. Clodoaldo

Data: 22.8.19

Dispensa do trabalho por: 90 dias

Resumo de alta

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

LEITO: 1722

DATA DE 09/ 07/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 34

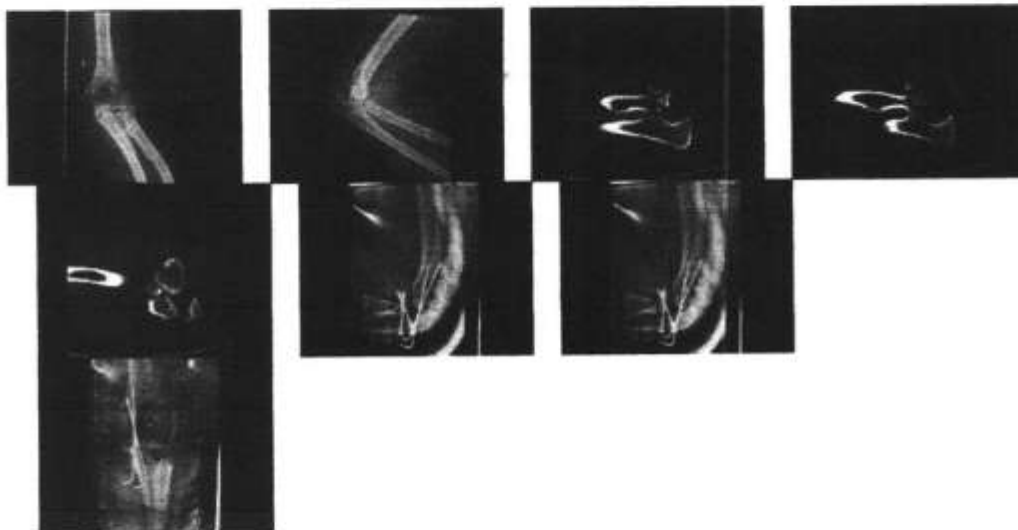
DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
 DECIDIDA TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
 PARA CADA TRATAMENTO CIRURGICO COM TENICA DE TRANSPOSICAO DA
 LESAO: CABECA DO RADIO PARA PROCESSO CORONOIDE POR
 DR.CLODOALDO EM 20/8/19. RETORNAR COM 07 DIAS. RETORNAR
 ANTES SE DOR INTENSA OU FEBRE

STAFF QUE
 OPEROU NA
 EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
 LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE
 DO LEITO: INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

MAPA DO DIA 20/08/2019 - Terça-Feira

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

NOME
 ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
 213308 SSP RR

CPF
 763.371.542-15

DATA NASCIMENTO
 02/04/1985

FUNÇÃO
 CACILDO GARCIA DE MORAES
 SONIA GUILHERME DE MORAES

PERMISSÃO
 2

ACC
 2

CAT. HAB.
 2A

N.º REGISTRO
 03037786436

VALIDADE
 13/11/2020

P.º HABILITAÇÃO
 28/03/2006

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Anderson Douglas Guilherme de Moraes

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 16/11/2015

LIVRO EMISSÃO DE CARTEIROS
 DIRETORIA DE CONTROLE INTERNO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ASSINATURA DO EMISSOR

12246877286
 RR208638490

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1090474193

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1090474193

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM LE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC: 3786 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294319382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83



[HOME](#)

REGULATING

GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DO ESTADO DA FAZENDA
PATRIMÔNIO DOS BIENES
COORDENAÇÃO GERAL DE ATIVIDADES

Cando Medeiros

O parente, Anderson Douglas Gullone de
 Moraes, Vitor de Azevedo de Mota et al 11/10/08
 2019
 Tranne a data de MTE et a Petição é nula
 e o resto (2) Rest. totomoto aimpia et tempo
 não de cada oração. Para petição de
 App. Comarca e Prefeitura de...
 de Umas e acent.

de l'union de accent.
Attribut que se deslize. Intense de
Bred. (E) (Re - externe) e centrale.
pour attributs Reo (Bred E)
Intensité Re-externe (Bred) : - 70 = 95
Intensité pour Re-externe e centrale.

Recato in pubblico e per intero il deficit

DATA 10.01.20
Pena em sinal de MTE
CLASSE ESPECIALIZADA CONDICI. MTA

Atestamos que o(a) Sr(a) **Adriana L. Geronzi**
 Coordenadora de C. Quântica
 Chiroprática / Trauma-Acupuntura
 CRATER 589

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

564049

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432088/19

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

CPF: 763.371.542-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDERSON DOUGLAS
GUILHERME DE MORAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES : 763.371.542-15

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: 04/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO COTOVELO ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTO DE PRONAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE PINOS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE COTOVELO ESQUERDO. JÁ INDENIZADA EM 75% DESSE SEGMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO COTOVELO ESQUERDO, COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTO DE PRONAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE PINOS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM DEZEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE COTOVELO ESQUERDO. JÁ INDENIZADA EM 75% DESSE SEGMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO(TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO, R\$2.531,25.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676095 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO (TRÍADE TERRÍVEL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO P.10,11
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO, R\$2.531,25.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Identidade: 213308 SSP/RR **CPF:** 763.371.542-15

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** AUTÔNOMO

Endereço: RUA GAL. PENHA BRASIL, 792 – SÃO FRANCISCO /CEP: 69.305-130

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 21 de outubro de 2019.



ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432088/19

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MC

CPF: 763.371.542-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDERSON DOUGLAS
GUILHERME DE MORAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES : 763.371.542-15

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: 04/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

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, contatos 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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **00000250-X**

Conta: **0000058790-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676095

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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:

76337154215

4 - Nome completo da vítima:

ANDERSON DOUGLAS G DE MORAES

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

5 - Nome completo:

ANDERSON DOUGLAS GUINHERME DE MORAES

6 - CPF:

76337154215

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. GAL DENHA BRASIL

9 - Número:

742

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO FRANCISCO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69305130

15 - E-mail:

NUANNA.SOUZ2A71@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

9599168367

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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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 (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, 22/11/19

Anderson Douglas Guinherme de Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Nuanna Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 146/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/11/2019

COMUNICANTE: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

RG: 213308

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 76337154215

ENDEREÇO: RUA – CJ2, CASA 285

BAIRRO: JOQUEI CLUBE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGENTE DE VIAGEM

NATURALIDADE: SÃO JOÃO DA BALIZA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1985 IDADE: 34 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 98121-3058

Nº REG. CNH: 03837786436

NOME DO PAI: CACILDO GARCIA DE MORAES

NOME DA MÃE: SONIA GUILHERME DE MORAES

Senhora Delegada, venho comunicar que aproximadamente às **16h55min do dia 17/06/2019, NA BOLA DO CENTRO CÍVICO - CENTRO.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que seguia no endereço acima citado na **MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, PLACA NAL-8842, DE COR AZUL, ANO 2005/2005, CHASSI 9C2JD20205R013647, RENAVAM 00848216059 DE PROPRIEDADE DO SENHOR PAULO ALEXANDRE PINTO**; Quando um veículo S-10 de cor Branca que estava na sua esquerda cruzou na sua frente, e como isso o comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local prestando os primeiros socorros e levando ela para o HGR; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver **FRATURA NA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO**; Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO

ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES
ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



<p><i>Givanildo da Silva Vieira</i></p> <p>DAT</p> <p>AGENTE CARACERÁRIO DE POLÍCIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855</p>	<p>•</p>	<p>•</p>
<p>AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR</p>		

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTO

2 - Nº do Enchimento API: 76337154215 3 - C.F. da vítima: ANDERSON DOUGLAS G DE MORAES 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ANDERSON DOUGLAS GUINHERME DE MORAES 6 - C.F.: 76337154215
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. GAL PENHA BRASIL 9 - Cidade: 492
10 - Bairro: SÃO FRANCISCO 11 - Estado: BOTA VISTA 12 - Cidade: RR 69305130
13 - E-mail: NUNNA.50022710@HOTMAIL.COM 14 - Data de nascimento: 45989168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 13 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\$2.500,00 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

☐ CONTA POUQUANÇA (Poupança com ou sem depósito Antecipado) ☒ CONTA CORRENTE (Termos bancários)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 150 X CONTA: 58790 7
(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com a avaliação, o valor da indenização de acordo com o Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, o não total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CASO DE MORTE DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito a prestação de assistência de 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, após verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do meu diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grupos 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 tiver filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos, informar: 33 - Vítima deixou ☐ 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 falsa porventura a partir de agora obrigará o reassuro e o valor recebido, sob a responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital
crystal
última ou
beneficiário
ou beneficiário

35 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a raga)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho

40 - Data e Hora:

BOTA VISTA, 22/11/19

Anderson Douglas Guimarães de Moraes
Assinatura do vítima/beneficiário (do beneficiário)

Assinatura do Procurador (se houver)