

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: 00000058790-7

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





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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.

Entendo que a falsidade da presente declaração implicará na sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souzza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) 		Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RB 21, 11, 19

Local & Data

Local e Data
Reuniao S/
Assinatura do Declarante

Data 18/06/19

VISTO
JU
TAT

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

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1901124226 17/06/2019 17:24:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 33

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES	02/04/1985	34 A 2 M 15 D	704608660024321	76337154215	00067014		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	213308	SESP/RR		M	SOLTEIRO(A)	BRANCA	
Mãe					Pai		BRASILEIRA
SONIA GUILHERME DE MORAES					CACILDO GARCIA DE MORAES		Contato
Endereço							(95) 99111-3915
RUA - JOAO PADILHA - 285 - CAIMBE - BOA VISTA - RR							Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão		
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				Registrado por:		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					ANTONIA.SOARES	

Colisão moto x carro

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

nega alergias

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente trazido pelo SAMU, sem prancha rígida, com colar cervical, sem coxins laterais, vítima de colisão moto x carro. Paciente já perde de consciência, apresentava-se agitado ao local de ocorrência, sem alterações nesta unidade hospitalar. Exame Físico: REG, LOTE, aaa, eupneico. Refere dor em antebraço e cotovelo (E) Imobili

Hipótese Diagnóstica

Fractura de antebraço

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON T.C SANGUE URINA ECG OUTROS:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Br. Eduardo Gomes, 5/11
Tel: (95) 99111-0620

PRESCRIÇÃO

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

APRAZAMENTO

1 NOV 2019

Shleu

Este é o original
desta Unidade de Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Infermox (to blood)

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para: *Ortopedia*

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Segue

Data e Hora da Saída/Alta: / / :

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

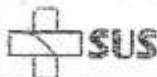
Adéle Oliveira Costa

Carimbo e Assinatura do Médico
CRM-RR 1988

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



BLOCO A



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Eurover 10/06/11

A

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DA CLÍNICA E N.º DE SÉRIE DA SOLICITAÇÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Cenderon Deegulo, G. do mera

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
67014

7 - CAPTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (UNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
104160816610082431211

9 - DATA DE NASCIMENTO

02/04/85

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Sônia Guilherme de meraes

11 - TELEFONE DE CONTATO

91598111113911

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua joão Padilha 285 Caimbe

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bea Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RJ

16 - CEP

23069312,220

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pct Vélvico de acidente trânsito (sic)

Clínica



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

Exams + R+

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx calaus rade E

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Ort

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr Patrício

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/06/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N.º 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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1301060088
Z03

46 - DOCUMENTO

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/06/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr Patrick

Pct vítima de acidente trânsito (SJC)

Rx feli evidenciado Ft coluna radio (E)

EF. dor à suspeita em cotoar (E)

CD. F. Internos

- TALA gerada (osso de palma)

Dr. Marcelo Aguiar
Médico
Ortopedista
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

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	MAVOR
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SE
5		18/06/2019
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	> 6X
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	16:24 08
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5/12
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Kocia
18	CURATIVO DIÁRIO COM ABRASIVO	S.T.F
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. Dado baixar por morro.

Autópsia Kogon
Enfermeiro
COREN-RR 185153

SINAIS VITAIS				
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 RÁDIO ESQUERDO, COLOCADO TALA GESSADA NO MESMO.

PACIENTE OPTA POR VONTADE PRÓPRIA, REALIZAR TRATAMENTO EM OUTRO ESTADO.
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, EUPNEICO, ORIENTADO, SEM SINTOMAS NEUROLOGICOS.



Boa Vista - RR, 18 de junho de 2019.

Protocolo 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
Paciente: Anderson Douglas | **Leito:** 63 | **Data:** 18 / 06 /19

Localização		Região: Face	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Região:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma : _____ Traction _____ Fixador Externo _____ Orthopedia () Outro: _____					
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____					
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____					
Tipo de Exsudato	() Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco () Molhado () Úmido () Seco					
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% () Álcool 70% () Outro: _____					
Cobertura primária	() Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____					
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	José Ruy Lourenço COKENRRA48fb31 - TE	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COKENRRA48fb36				
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.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE SUS
HOSPITALAR

Emitido em: 20/09/2019 10:34:43

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

Registro de Atendimento Emergencial

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	RACA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SONIA GUILHERME DE MORAES		NOME DO PAI: CASSILDO GARCIA MORAES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: CJ 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:		CÓDIGO DO CNAE:	
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:					
SERVIÇO DE PROTOCOLO - IOR					
Exame Físico:	PELA TÉCNICA PELO SISTEMA E-SUS DATA: 20/07/2019 MATRÍCULA: 51022 <i>pacus iporéis</i>				
Conducta:					
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

1^a VIA FARMÁCIA

2^a 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	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	_____
Ident: _____ Org. Emissor: _____	_____
End: _____	_____
Cidade: _____ UF: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____ / ____ / ____
Telefone: _____	_____

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
INTERNACAO: 09/07/2019

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE
ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 34

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA
DECIDIDA
PARA CADA
LESAO: RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
TERRIVEL DE COTOVELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
TRATAMENTO CIRURGICO COM TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO DA
CABECA DO RÁDIO 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
LEITO: STAFF
INDEFINIDO
RESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
INDEFINIDO

Ass: Dr. Martinho Parathiyabhan

Médico
CRM: 19321

Retornar dia: 22/08/19 Hora: _____ para
Dr. Anderson

Data: 22/08/19

Dispensa do trabalho por: 90 dias

Resumo de alta

NOME: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

LEITO: 1727

DATA DE 09/07/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 22/08/2019

BE/PRONT: 5625355

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

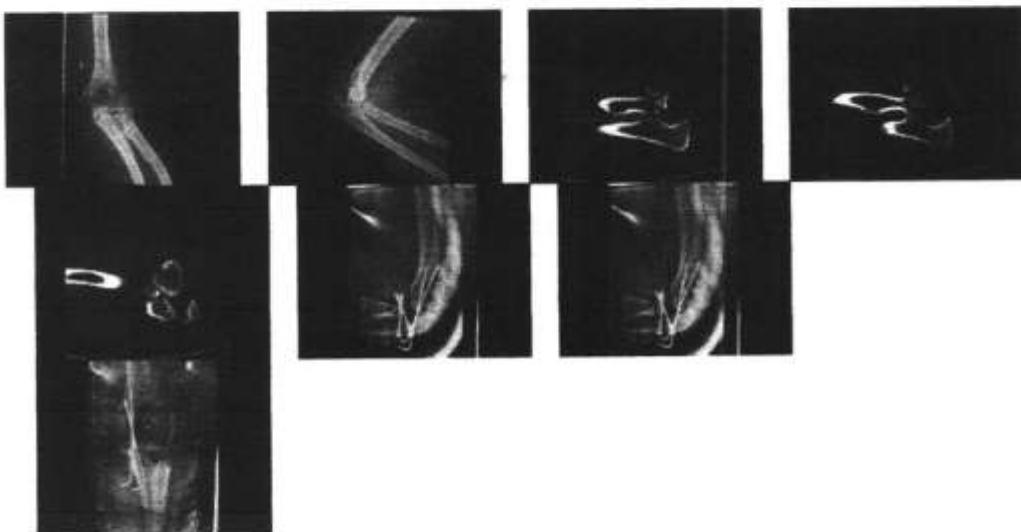
IDADE: 34

DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade superior do rádio (OPERADA)

CONDUTA RELATO DE QUEDA DE MOTO EM 4/7/19 APRESENTANDO TRIADE
DECIDIDA TERRÍVEL DE COTOVelo ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A
PARA CADA TRATAMENTO CIRURGICO COM TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO DA
LESAO: CABECA DO RÁDIO 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	Residents	Material	Observação	Status da marcação
								MAPA DO DIA 20/08/2019 - Terça-Feira	





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

PLACÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

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

DOC ORIGEM CC: 3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294316282 - 13

Ramiro Francisco da Silveira ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



GOVERNO DO AMAZONAS
MÍNISTÉRIO: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Audiência

RECUPERAÇÃO

O paciente, Anderson Douglas Ferreira de
Noronha, vitimado acidentalmente no dia 11/10/01
porem bateu de MSK e sentiu dor no lado
esquerdo. Foi tratado com analgésicos e franco
descanso da coluna cervical. Naquele momento
após remoção e fixação com alça de
um mês de acidente.

Até o dia 01/01/2002 o paciente
estava (MSK - cervical) e ambulante.
Ocorreu atitude (MSK - cervical) e
ambulante (MSK - cervical) : - 20-95

Paciente apresentou dor intensa no lado esquerdo

Data: 10/01/2002
Paciente levantado do MSK (E)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
569049

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432088/19

Vítima: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

CPF: 763.371.542-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

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

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAES

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

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

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valorização 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 **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valorização 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 **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valorização 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 **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valorização 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 MORAES

CPF: 763.371.542-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDERSON DOUGLAS GUILHERME DE MORAES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

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, 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



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, 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, 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



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 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.

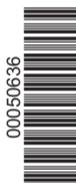
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 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

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ANDERSON DOUGLAS G DE MORAES			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo:	ANDERSON DOUGLAS GUINHERME DE MORAES			6 - CPF:	76337154215
7 - Profissão:	AUTÔNOMO	8 - Endereço:	R. GAL DENTHA BRASIL	9 - Número:	742
11 - Bairro:	SÃO FRANCISCO	12 - Cidade:	BOA VISTA	13 - Estado:	RK
15 - E-mail:	LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM			14 - CPF:	64305130
16 - Tel.(DDD): 95991168367					

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **250**

CONTA: **58790**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 (vá nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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)

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 22/11/19

Anderson Douglas Guinherme de Moraes

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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-denúncia 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 OCORRENCIA



<p>Q Givanildo DAT</p> <p>AGENTE CARACERARIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855</p> <p>AGENTE DE POLICIA CONFERIDOR</p>	.	.
--	---	---

