

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2948667720210108163018

### Processo 0831160-66.2020.8.23.0010 ☆ - (35 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais    Informações Adicionais    Partes    Movimentações    Apensamentos (0)    Vínculos (0)

#### Realces

Realçar Movimentos de:  Magistrado     Servidor     Advogado     Membro MP     Defensor     Procurador     Outros     Audiência

Ocultar Movimentos:  Inválidos     Sem Arquivo     Hab. Provisória

#### Filtros

Movimentado Por:  Advogado     Advogado NPJ     Entidades Remessa     Magistrado     Procurador     Servidor

Sequencial(Intervalo): \_\_\_\_\_ ao \_\_\_\_\_    Data do Movimento(Período): \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	9	08/01/2021 16:30:18	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO    2775438CONTESTACAO01.pdf    Público	
	9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO    2775438CONTESTACAOAnexo02.pdf    Público	
	9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO    KIT SEGURADORA LDER.pdf    Público	
	8	04/01/2021 09:52:22	<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
<input type="checkbox"/>	7	28/12/2020 08:12:54	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>
<input type="checkbox"/>	6	07/12/2020 09:23:36	<b>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado <b>Magistrado</b>
	5	04/12/2020 15:39:38	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
	4	04/12/2020 15:39:38	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
	3	04/12/2020 15:39:38	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	04/12/2020 15:39:38	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	04/12/2020 15:39:37	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190491557**      **Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

Carta nº 14752417

Pag. 00537/00538 - carta\_02 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491557

Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000071829-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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](http://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 Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190491557**

**Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

Carta nº 14911622



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190491557 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON CORDEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO BRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** APRESENTA BRAÇO ESQUERDO AMPUTADO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO BRAÇO ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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 anatômica completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 010.169.062-26 Nome completo da vítima: Anderson Cedeiro da Silva

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

Nome completo: Anderson Cedeiro da Silva CPF: 010.169.062-26  
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Sebastião Franca Souza Número: 105 Complemento: Casa  
Bairro: Smendes H. Campos Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69.316-416  
E-mail: LOIPRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS CADASTRAIS

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 71829 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou herdeiros (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data: Bea Vista - RR,  
Nome: Anderson Cedeiro da Silva  
CPF: 010.169.062-26  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Cedeiro da Silva

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar este formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se e dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 AGO 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19027805B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat)  
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CE#05831EF5686C7DC2E.

191

21 AGO, 2019





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/05/2019 Hora: 14:14 Município: RORAINÓPOLIS/RR  
BR: 174 KM: 173,0 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: PAULO SILVEIRA, 2323878

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 26/05/2019, por volta das 14h12, no Km 173 da BR-174, em Rorainópolis-RR, ocorreu um acidente, do tipo colisão frontal, com vítimas. Os veículos envolvidos foram: HONDA/NXR 150 BROS ESD, de cor preta (V1); e um suposto caminhão baú que fugiu do local sem prestar devido socorro as vítimas (V2). Entre as vítimas, encontravam-se: Anderson Cordeiro da Silva (estado grave), condutor de V1; Jennifer Jones Fernandes Marques (lesões graves), passageira de V1. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 seguia no sentido Nova Colina - RR / Rorainópolis-RR (sentido crescente) trafegando em sua via de circulação quando colidiu frontalmente com V2 (veículo não identificado), que seguia no sentido Rorainópolis-RR / Nova Colina-RR (sentido decrescente). A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido crescente, conforme marca de frenagem de V2 (18 metros de extensão) e fragmentos desprendidos dos veículos, além de 09 metros de marca de arrastamento e fricção. Após o impacto, V1 foi arrastado por uma distância de 12 metros saindo do sentido crescente para a faixa decrescente de circulação (conforme marcas de atrito de 12 metros de extensão) e parou sobre a faixa do sentido decrescente. O seu condutor foi projetado próximo ao ponto onde ocorrera a colisão conforme vestígios biológicos contidos no local. Após a colisão, V2 seguiu em direção ao acostamento do sentido decrescente arrastando por 09 metros V1, onde parou, trajetória essa constatada a partir da análise de marcas de atrito (8 metros de extensão). O condutor de V2, após tirar a motocicleta debaixo do veículo V2, fugiu



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEAD5931EF5686C7DC2E.

191



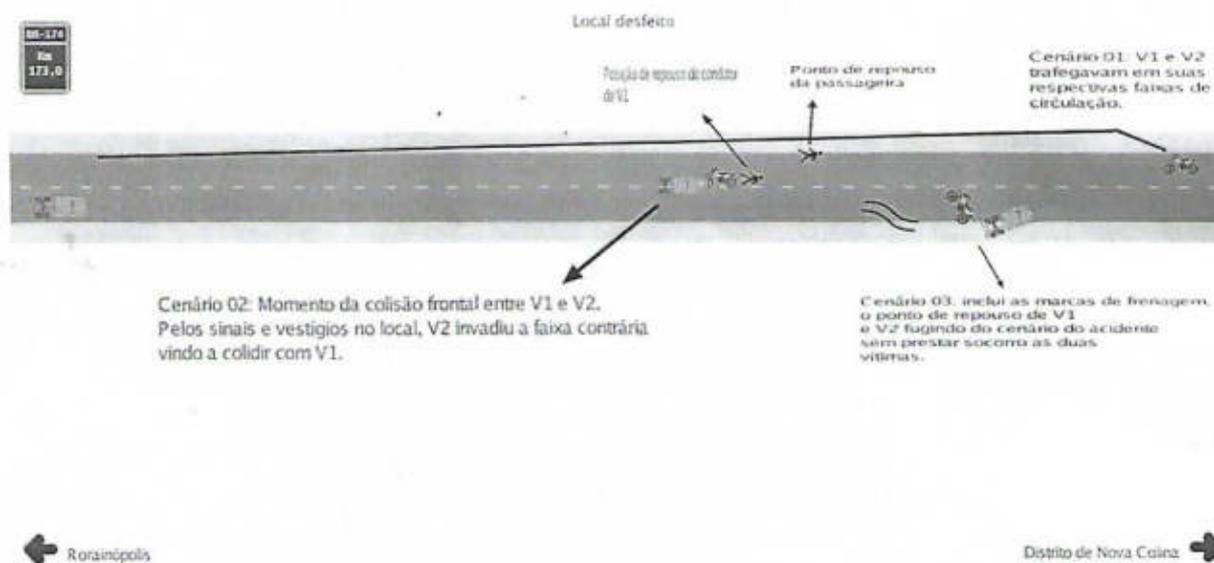
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

do local sem prestar socorro as duas vítimas que transitava utilizando V1 A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui.O local do acidente estava totalmente desfeito, havendo somente os indícios do sinistro ocorrido e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da companhia de Rorainópolis sob o comando do 2º SGT EDILEY.O condutor e a passageira de V1 foram socorridos pelo SAMU. Em decorrência dos ferimentos, ambos foram transportados do local para uma unidade hospitalar.O veículo V1 apresentava licenciamento em atraso, e por meio de consulta aos sistemas da SRPRF-RR foi constatado que o condutor de V1 não possui CNH ou PPD para dirigir motocicleta, em virtude destes fatos foram adotados os procedimentos administrativos cabíveis, não sendo possível a remoção do veículo para o pátio da PRF de Boa Vista, em virtude do fato de que o serviço de pátio não atende a cidade de Rorainópolis, estando comprometido a atender solicitações da SRPRF até 150, km da cidade de Boa Vista, estando Rorainópolis a mais de 350, km da Capital. Dessa forma, a motocicleta foi recolhida pela Polícia Militar da cidade de Rorainópolis e devidamente entregue a familiares da vítima que conduzia a motocicleta. A velocidade regulamentar da via era de 100 km/h em ambos os sentidos.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191

21 AGO. 2019





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



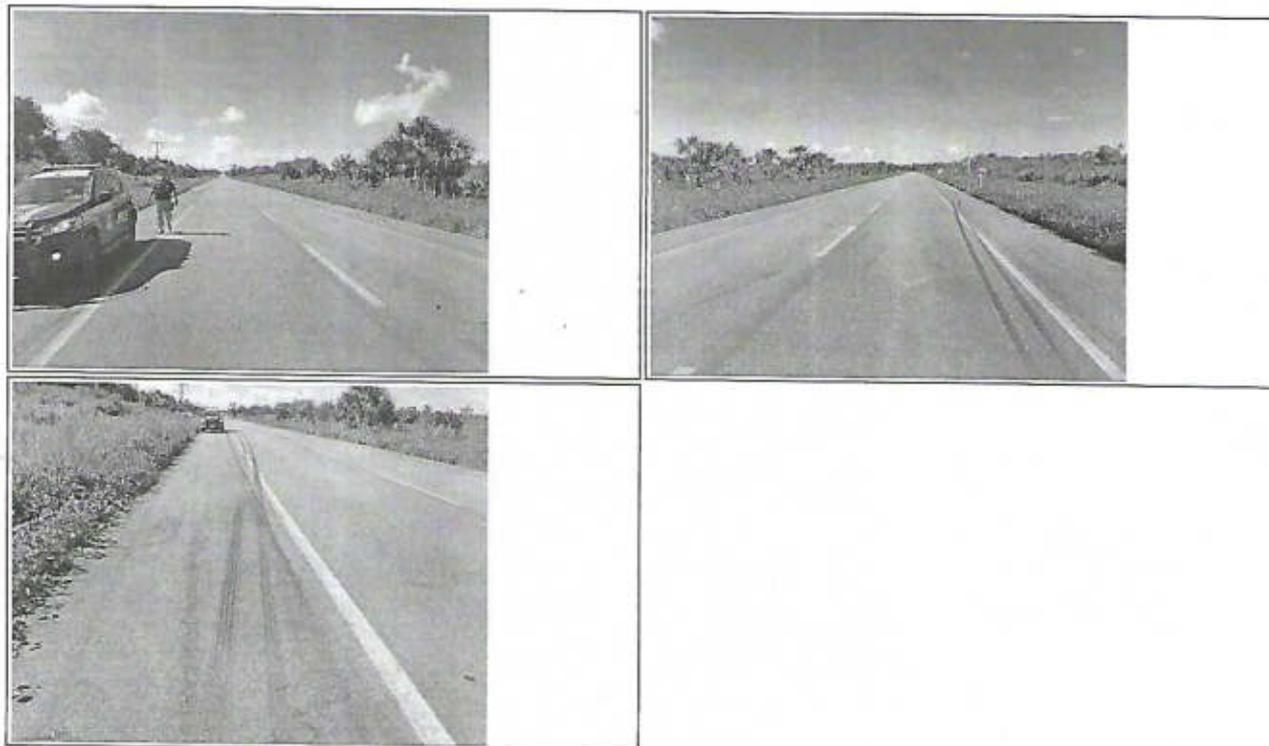
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NAQ4199 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NAQ4199      Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD      Renavam: 00895484587  
Ano fabricação: 2006      Chassi: 9C2KD03107R005060      Tipo de veículo: Motocicleta  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Preta  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros      Tipo de Receptor: Polícia Militar  
Informações complementares: O veículo apesar de se encontrar com o licenciamento em atraso desde o ano de 2016 não foi recolhida por não haver serviço de pátio para a localidade onde ocorreu o acidente, em virtude de tal fato a motocicleta por não ter responsável



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobell/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5886C7DC2E.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

no local para ficar com o veículo foi entregue a Polícia Militar local sob o comando naquele plantão do 2º SGT EDILEY DA SILVA COSTA.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



21 AGO. 2019



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5666C7DC2E.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: NAQ4199

Nº BOAT: 19027805B01

Nome do Agente: PAULO SILVEIRA

Matrícula do Agente: 2323878

Data: 26/05/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

21 AGO. 2019



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobet/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA06931EF5686C7DC2E.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

**V1 - Proprietário**

Nome: FRANQUE DE OLIVEIRA PEREIRA

CPF/CNPJ: 744.839.432-00

Email:

Telefone:

Endereço: Rua Antônio Maciel, 444, casa, Caimbé, BOA VISTA-RR

**V1C - CONDUTOR DE V1 - ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

**V1C - Informações**

Nome: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Data de Nascimento: 03/12/1991

CPF: 010.169.062-26

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: O envolvido se encontrava em estado grave no hospital da cidade de Rorainópolis para onde fora socorrido, vindo a perder parte do braço esquerdo. No momento que a equipe da PRF foi ao hospital o envolvido, acima citado, estava na UTI.

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: DO EQUADOR, SN, CASA, CENTRO, RORAINOPOLIS-RR

Telefone:

Email:

**V1C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: O envolvido se encontrava em estado grave no hospital da cidade de Rorainópolis para onde fora socorrido, vindo a perder parte do braço esquerdo. No momento que a equipe da PRF foi ao hospital o envolvido, acima citado, estava na UTI.



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 232387B, Polícia Rodoviária Federal, em 30/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



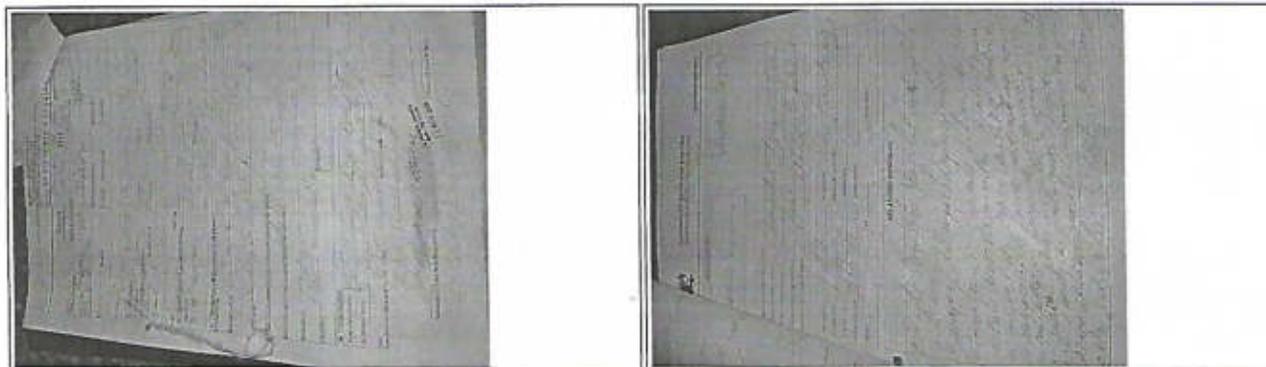


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES

V1P1 - Informações

Nome: JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES

CPF: 030.546.902-96

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 28/07/1985

Sexo: Feminino

Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: TRAVESA 1, 1, ZONA RURAL, VILA DO EQUADOR, RORAINOPOLIS-RR

Telefone:

Email:

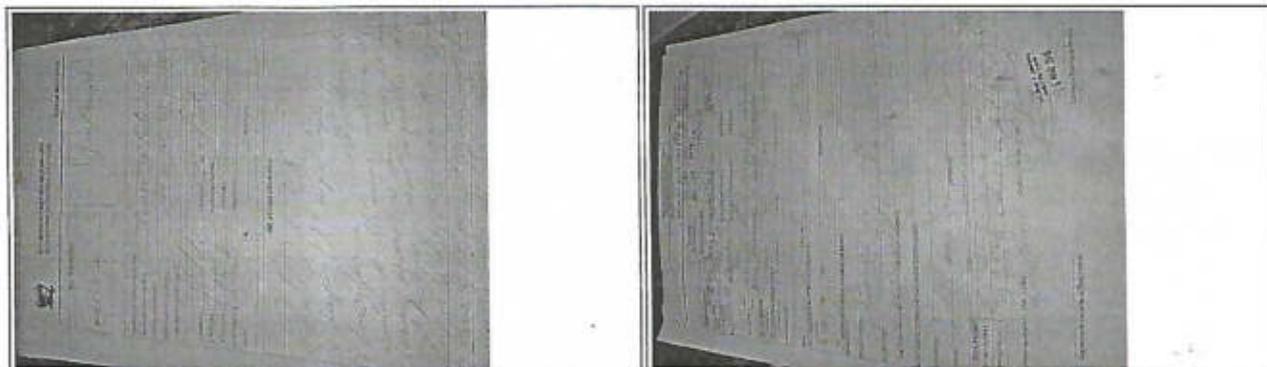
V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Em virtude das lesões sofridas a passageira foi conduzida ao Hospital da cidade de Rorainópolis.

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobst/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP**

**PM**      **Nr ROP**      **2019291**      **RR**

**Data:** 26/05/2019    **Unidade:** 3ª CIPM    **Localidade:** Rorainópolis    **Vtr:** CN 01    **Kmi:** 141.273    **Kmf:** 141.295    **H Inicial:** 13:51    **H Final:** 15:23    **Cod Ocor:** 1001/1003    **CodProv:** 13999    **Cod servPrest:**

**LOCAL DA OCORRÊNCIA**

**End:** BR 174 Próximo a Vicinal 13    **Nr:** S/Nº    **Bairro:** Zona Rural    **Referência:**

**PESSOAS RELACIONADAS**

**Vítima**    **Nome:** Anderson Cordeiro da Silva    **Idade:** 27    **Estado Civil** União estável

1 **Endereço** Vila do Equador    **Nr:** S/Nº    **Bairro:** Centro    **Cidade:** Rorainópolis    **UF:** RR

**Profissão:** Serviço Gerais    **RG:**    **SSP:**    **CPF:**    **CNH:**    **Cat:**

**Vítima**    **Nome:** Jenifer Jones Fernandes Marques    **Idade:** 33    **Estado Civil** União estável

2 **Endereço** Vila do Equador    **Nr:** S/Nº    **Bairro:** Centro    **Cidade:** Rorainópolis    **UF:** RR

**Profissão:** Do lar    **RG:**    **SSP:**    **CPF:**    **CNH:**    **Cat:**

3 **Nome:**    **Idade:**    **Estado Civil**

**Endereço:**    **Nr:**    **Bairro:**    **Cidade:**    **UF:**

**Profissão:**    **RG:**    **SSP:**    **CPF:**    **CNH:**    **Cat:**

4 **Nome:**    **Idade:**    **Estado Civil**

**Endereço:**    **Nr:**    **Bairro:**    **Cidade:**    **UF:**

**Profissão:**    **RG:**    **SSP:**    **CPF:**    **CNH:**    **Cat:**

5 **Nome:**    **Idade:**    **Estado Civil:**

**Endereço:**    **Nr:**    **Bairro:**    **Cidade:**    **UF:**

**Profissão:**    **RG:**    **SSP:**    **CPF:**    **CNH:**    **Cat:**

**ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:**

**HISTÓRICO:**

Sr Delegado de Polícia Civil de Rorainópolis, quando esta guarnição de serviço estava em deslocamento de Nova Colina para Rorainópolis, nos deparamos com duas vítimas de acidente de trânsito, que segundo as vítimas relataram que um caminhão baú de cor prata havia causado o episódio e evadido-se sem prestar socorros. Então entramos em contato com o SAMU e o Corpo de Bombeiros para fazer as imobilizações e remover as vítimas para o hospital de Rorainópolis. Informo ainda que a vítima Anderson Cordeiro da Silva teve o braço esquerdo decepado e a Operna esquerda quebrada e vários escoriações pelo corpo, e a vítima Jenifer Jones Fernandes Marques teve várias lesões pelo corpo e foi levado para o raio x a pedido dos médicos. A motocicleta HONDA/NXR 150 de cor preta e placa NAQ4199, que era conduzida pela vítima Anderson Cordeiro da Silva, foi entregue para a Sra Maria Siqueira de Souza de RG 17320046 SSP/AM. As informações sobre o acidente foi repassado para a PRF. Relatos para conhecimento e providências.

Em tempo: informo que a vítima Anderson Cordeiro da Silva passou por uma cirurgia e mesmo assim perdeu o braço esquerdo e teve fraturas multiplas na perna, e que a vítima Jenifer Jones Fernandes Marques também irá passar por uma cirurgia, pois teves vários ligamentos rompidos.

**CONFERE COM ORIGINAL**  
 Em 28/05/2019  
 [Assinatura]  
 Marcelino NOBRE de Souza  
 1º TEN PM  
 Mat: 47001626

**21 AGO. 2019**

**RELATOR**

**Posto/Grad:** 2º SGT PM    **Nome Completo:** EDILEY DA SILVA COSTA    **Matrícula:** 47000264    **Lotação:** 2º PEL/3ª CIPM    **Assinatura:** [Assinatura]

**RECEBIMENTO**

**Data:** 06/05/19    **Hora:** 16:35    **Nome Completo:** DANIEL A. DOS SANTOS    **Matrícula:** 47000567    **Função:** [Assinatura]    **Assinatura:** [Assinatura]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 TNHY





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 010.169.062-26 Nome completo da vítima: Anderson Cedeiro da Silva

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

Nome completo: Anderson Cedeiro da Silva CPF: 010.169.062-26  
Profissão: autônomo Endereço: Rua Sebastião Franca Souza Número: 105 Complemento: casa  
Bairro: Sander H. Campos Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.316-416  
E-mail: L.O.I.R.R.R@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS CADASTRAIS

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 718290 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou herdeiros (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR  
Nome: Anderson Cedeiro da Silva  
CPF: 010.169.062-26  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Anderson Cedeiro da Silva*

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar este formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se e dando ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 AGO 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY

27/05/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

*Handwritten note:* Visto OUE TCC

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

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

**FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: **ANDERSON C. DA SILVA** Data Nascimento: **02/03/1985** Idade: **34 A 2 M 25 D** CNS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**DESCONHECIDO COM O BRACO ESQUERDO AMPUTADO** Documento: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_\_ Sexo: **M** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **NI** Contato: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: **RUA - RORAINOPLOS - SN -- BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: \_\_\_\_\_ Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_ Sis Prenatal: \_\_\_\_\_

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol.: \_\_\_\_\_ Registrado por: **CLAUDECI.RODRIGUES**

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

*Handwritten signature:* HC 19.06.19

Anamnese de Enfermagem

GSC: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_  
 AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*Handwritten text:* Paciente trouxe de Rorainópolis vítima de acidente de trânsito com amputação de M.S. e fratura de M.I.E. no momento da ocorrência se deu orientação em

Exame Físico  
*Handwritten text:* Rorainópolis, consciente, tímido, apresentando deprimido com de consciência reduzida. Entubado em (VMD), sem sinais de sangramento ativo nem H/S, G. de TCC

Hipótese Diagnóstica  
*Handwritten text:* Politrauma grave

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRA-SON  TCC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Admissão contínua</i>		
<i>02 CH (V) Agona</i>		
<i>Suporte contínuo Miopneum suspenso</i>	<b>OK</b>	
<i>Suporte TC de Torax</i>		
<i>02 BCP de Pasmis</i>		
		<i>Tramex contínuo às 08:20 da manhã</i>

Conduta

Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: \_\_\_\_\_ Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Impresso por: claudecirodrigues  
 Data Hora: 27/05/2019 01:00:25

**21 AGO. 2019**

Carimbo: HOSPITAL GERAL DO RORAIMA, Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620, AUTENTICAÇÃO, 1. AGO. 2019

Barcode: 1901115137

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY

**A BLOCO A**

Transparência: 19/06/2019



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 SOLICITANTE  
2 - CINES  
3 - CINES  
4 - CINES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
5 - NOME DO PACIENTE: Anderson Loureiro da Silva  
6 - Nº DO PROMISSÁRIO: 173907  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8980034778+5933  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 02/03/85  
9 - SEXO: M  
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria Raimunda Loureiro da Silva  
11 - TELEFONE DE CONTATO: 95991623587  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
14 - CDD - IBGE - MUNICÍPIO  
15 - UF  
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (CLÍNICA):  
Luz e ceto corpulentos

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
Ho ceto corp

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
Exame físico  
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Insuficiência renal crônica  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 S. CUNDIÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ho ceto corp  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CDS ( ) CPE  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Alex  
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 17/05/19  
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
33 - ACIDENTE DE TRABALHO  
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO  
36 - CATEGORIA DA SEGURADORA  
37 - Nº DO FILHE E  
38 - SÉRIE  
39 - CDD - EMPRESA  
40 - CNAB DA EMPRESA  
41 - CBOE  
42 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA  
43 - EMPREGADO ( ) EMPREGADO ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) PAROQUIANO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO  
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 17/05/19  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0415040035 R02 5581 V299  
21 AGO. 2019





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

*João Alves Barbosa Filho*

Data: *13/06/19* OS

MAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Realizar LMC com descompressão*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *LMC Coto Bruto (E)*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Ho cirurgico*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *0*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *o peso*

CIRURGIÃO: *Max* 1º aUXILIAR: *Fátima*

2º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Max Souza Mazur  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trabalho  
CRM/RJ 695  
RQE 434 RQE 695

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) *Realizar LMC com descompressão*
- 2) *LMC Coto Bruto (E)*
- 3) *Ho cirurgico*
- 4) *0*
- 5) *o peso*

*[Signature]*

Atividade Profissional Registrada em  
Médico Cirurgião 1988

21 AGO. 2019



Acidente vascular cerebral.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Associação Profissional dos Médicos"

FICHA DE ANESTESIA

Anderson Cedeiro da Silva, 27 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº											
9:00	10:00	11:00	300 Vista - ER 27.05.2019										
15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
RESPIRAÇÃO	H 20	[Grid with handwritten respiratory data]											
QUANTOS MENISOS	A V C	[Grid with handwritten fluid administration data]											
DA	T	[Grid with handwritten vital signs]											
F	S	[Grid with handwritten vital signs]											
UF	R	[Grid with handwritten vital signs]											
TEMP	FC	[Grid with handwritten vital signs]											
ASPIR.	PA	[Grid with handwritten vital signs]											
RESPIR	PR	[Grid with handwritten vital signs]											
DISPNEIA	CONSC	[Grid with handwritten vital signs]											
CONTRO		[Grid with handwritten vital signs]											
SÍMBOLOS		[Handwritten symbols]											
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES										
1. Midazolam 5mg		Anestesia Venosa + bloqueio	#check list + monitorização (PANI + EcG + SPO2 + GCG) 1. Fentanil 100 mcg/ev 2. Midazolam 5mg/ev 3. Lidocaína 2% 10 ml 4. Ropivacaína 0,5% 20 ml/ev 5. Propofol 30 mg/ev 6. Gentamicina 800 mg										
2. Fentanil 100 mcg		de peso braquial superficial											
3. Propofol 30 mg		e inter.											
4. Lidocaína 2% 10 ml													
5. Ropivacaína 0,5% 20 ml													
6. Gentamicina 800 mg													
GLUCOSE	QUANTOS	Circul - Naso / Oro Faríngea	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Distúrbio Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito										
NOGO		Naso / Orotraqueal - Cega											
SANGUE		Bra - Temp - Calres do Tubo	Hemoag - Arteria Brai Traqueal - Choque										
		Sino Mitral											
500 mg 1000 ml		Dificuldade Técnica											
TEMP	4000 ml	TEMPO DE ANESTESIA											
		40 min											
PERDA SANGÜINEA													

Revisão de curativo cirúrgico USG e HIG  
 Dr. Adonias / R2 Marcos

R1 Anderson

Bruno Thiago O. de Pinho  
 MÉDICO  
 CRM-RR 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamicina 900 mg
8. Roxicam 40 mg/ev
9. Dexametasona 10 mg/ev
10. Encaminho paciente para qt.

(9:10) 900 alm



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade 29		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Anderson C. da Silva						27 / 05 / 2019	
TIPO				CIRURGIA			
Revisão de Curativo Lingual MSE				TEMPO DE DURAÇÃO			
INICIO		FIM		TEMPO TOTAL			
9:35		10:00					
EQUIPE MÉDICA				CIRCUANTE			
ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:		INSTRUMENTADOR			
D. Mac		D. Aclêmias		D. Marcos / D. Anderson			
1º AUXILIAR		Dr. Pablo					
2º AUXILIAR				Jetro / Rafaela			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Braqui				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COZ	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml			
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº			
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
	SERINGA 01ML			SURGICEL			
	SERINGA 03ML		1	[Redacted] 200ml			
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº			
7	SERINGA 10ML			GEOFOAM			
7	SERINGA 20ML			[Redacted] Equip. para maquiagem			
1	Cateteres		100ml	OUTROS: Cloro, Álcool, Degumant			
1	Eletrodos			Somente Álcool			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL	
Bruno		Crika		TAXA DE SALA			
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCUANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA		SOMA	
Jetro		Rafaela		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

21 AGO. 2019



# 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:	19/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000071829-0

---

Nr. da Autenticação 1FEFEC559A050BA3



20/08/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 08/2019 referente a UC: 757365



### 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: 3402896

**ANTONIO DE SOUZA RAMOS**

R. SEBASTIAO FRANCA SOUZA, 105 ,  
SENADOR HELIO CAMPOS 69316416 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO 757365	MÊS 08/2019	PERÍODO DE CONSUMO 10-JUL-19 a 09-AUG-19
CONSUMO (kWh) 280	VENCIMENTO 01-SEP-19	TOTAL A PAGAR R\$ 256,75

#### 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

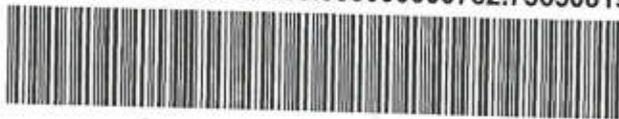


### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 757365	MÊS 08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 256,75
------------------------	----------------	-----------------------------

83620000021.567500750003.000000000752.736508190054



21 AGO. 2019



**ENERGIA**  
 Roraima Energia S.A.  
 Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.241.470/0001-44; Insc. Estadual: 24.007.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 358/13

Nº da Nota Fiscal: **003122719**  
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILDIR INACIO DE SOUZA  
 R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS  
 CPF: 00038305151204  
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021724

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVarh		
Atual: 51562		Atual: 24/06/2019	
Anterior: 51202		Anterior: 27/05/2019	
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 24/07/2019	
Consumo Medido: 360		Emissão: 19/06/2019	
Consumo Faturado: 360	FCAM	Apresentação: 24/06/2019	

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 =	278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00	0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00	4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00	4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00	2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00	0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00	15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00	12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA	42,05

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**  
 DEBITOS JA REAVISADOS  
 Mes/Ano Valor R\$  
 04/2019 777,03

Informe se existem débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), apresentar uma cópia de atestado de Eletronias Distribuição Roraima - ou o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**21 AGO. 2019**

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.ESF9.4900.15E4.9A9F.83BB.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	149,97	Base de Cálculo:	170,32
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	7,79	Valor do ICMS:	47,34
Encargos:	50,03	Valor do PIS:	0,47
Tributos:		Valor do COFINS:	2,22

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,00						0,00	
FLORESTA						2019	143,70

**RORAIMA ENERGIA**

SELLO CÓDIGO: 0108917-0  
 MÊS FATURADO: 06/2019  
 TOTAL A PAGAR - R\$: 373,63  
 VENCIMENTO: 11/07/2019  
 ROT: 5.001.12.04  
 CNPJ: 02.241.470/0001-44



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT.LEIT.: 24/06/2019 T.ENTR.: 04  
 LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63 CARGA: 008

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTYB SKSZX RNRM9 T7NHY



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Ilêr Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Carneiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.169.062/26, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Anderson Carneiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.169.062/26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
E-mail <u>ilerxx@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista-RR 21 de Agosto de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante

21 AGO. 2019

27/05/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

*batido  
 OUE  
 TCC*



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

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

1901115132 27/05/2019 00:57:55 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: **ANDERSON C. DA SILVA** Data Nascimento: **02/03/1985** Idade: **34 A 2 M 25 D** CNS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**DESCONHECIDO COM O BRACO ESQUERDO AMPUTADO** Documento: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_\_ Sexo: **M** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **NI** Contato: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: **RUA - RORAINOPLOS - SN -- BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: \_\_\_\_\_ Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_ Sis Prenatal: \_\_\_\_\_

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol.: \_\_\_\_\_ Registrado por: **CLAUDECI.RODRIGUES**

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

*HC 19.06.19*

Anamnese de Enfermagem

GSC: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_  
 AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*paciente trouxe de roraima vinda de acidente de trânsito com amputação de M.S. e fratura de M.I. e agorinha cirurgicamente pelo ortopedista em*

Exame Físico  
*paciente consciente, orientado, hidratado, normotensa, normotérmica, sem sinais de sangramento ativo nem H/S, G.O. de TCC*

Hipótese Diagnóstica  
*Politrauma grave*

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TCC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Admissão contínua</i>		
<i>02CH (10) Agorinha</i>		
<i>Suporte contínuo Miopneumossuporte</i>		
<i>Suporte TC de Torax</i>		
<i>02 BCP de Pasmis</i>		
		<i>OK</i>
		<i>Tramex contínuo às 08:20 da manhã</i>

Conduta

Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: \_\_\_\_\_ Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Impresso por: claudecirodrigues  
 Data Hora: 27/05/2019 01:00:25

**21 AGO. 2019**

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
 1 AGO. 2019  
 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY

**A BLOCO A**

Transparência: 19/06/2019 ✓

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 SOLICITANTE

2 - CINES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCITANTE

4 - CINES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE  
*Anderson Loureiro da Silva*

6 - Nº DO PROMISSÁRIO  
*173907*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
*8980034778+5933*

8 - DATA DE NASCIMENTO  
*02/03/85*

9 - SEXO  
*M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  
*Maria Raimunda Loureiro da Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO  
*95991623587*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (CLÍNICA)  
*Lpm e ceto corpúsculos*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*Hto cirúrgico*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*Exame físico*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO  
*patuloso, ceto corpúsculos Braco®*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 S. CUNDIÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Hto cirúrgico*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CDS ( ) CPE

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
*Alex*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
*17/05/19*

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CATEGORIA DA SEGURADORA

37 - Nº DO FILHE E

38 - SÉRIE

39 - CDD - EMPRESA

40 - CNAD DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) JORNALISTA ( ) JNÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
*0415040035*

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO REGISTRO DO CONSELHO  
*7715119*

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
*21 AGO. 2019*

50 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
*5581*

51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
*1299*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 TNHY





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

*João Alves Barbosa Filho*

Data: *13/06/19* OS \_\_\_\_\_

MAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Realizar LMC com descompressão*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *LMC Coto Bruto (E)*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *fho cirúrgico*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *0*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *o peso*

CIRURGIÃO: *[Signature]* 1º aUXILIAR: *[Signature]*

2º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Max Souza Mazur  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trabalho  
CRM/RJ 695  
RQE 434 RQE 695

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) *Realizar LMC com descompressão*
- 2) *LMC Coto Bruto (E)*
- 3) *fho cirúrgico*
- 4) *o peso*
- 5) *[Signature]*

21 AGO. 2019

Atílio Carneiro Estrela  
Médico Cirurgião



Acidente vascular cerebral.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Associação Profissional dos Médicos"

FICHA DE ANESTESIA

Anderson Condino da Silva, 27 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
9:00                      10:00                      11:00		Boa Vista - ER 27.05.2019	
A 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	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
A V C	500ml 500ml		
DA F L T JF Q TEMP ASPHR A RESP O	240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	SPO2: 98% P: 110/70 F: 18 T: 36.5 JF: W Q: W TEMP: 36.5 ASPHR: A RESP: O	
Disposit Assis Contro			
SÍMBOLOS	2 3 6 7 5 9 10 4		
AGENTES a Midazolam 5mg b Fentanil 100 mcg c Propofol 30mg d Lidocaina 10ml e Ropivacaína 20ml f g GLUCOSE HCCO SANGUE SFR 9 - 1000 ml	DOSES 5mg 100mcg 30mg 10ml 20ml	TÉCNICA Anestesia Venosa + bloqueio de plexo braquial superficial e inter.	ANOTAÇÕES #check list + monitorização (PNI + Ec + SPO2 + GCG) 1. Fentanil 100 mcg EV 2. Midazolam 5mg EV 3. Lidocaina 1% 10ml 4. Ropivacaína 0.5% 20ml EV 5. Propofol 30mg EV 6. Gentamicina 80mg
SFR 9 - 1000 ml SFR 10 - 1000 ml	1000 ml 1000 ml	Tempo de Anestesia 40 min	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Distúrbio Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito
OPERAÇÃO Revisão de curativo cirúrgico USG e HIG	ANESTESIA Dr. Adonias / R2 Marcos	CODIGO CIRURGIÃO Dr. MAY / R3 Paulo	PERDA SANGUÍNEA

R1 Anderson

Bruno Thiago O. e Pinto  
 MÉDICO  
 CRM-RJ 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamicina 900 mg
8. Roxitacem 40mg EV
9. Desametasona 10mg EV
10. Encaminho paciente para qt.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 TZNHY



(9:10) 900 alm



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade 29		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Anderson C. da Silva						27 / 05 / 2019	
TIPO				CIRURGIA			
Revisão de Curativo Lingual MSE				TEMPO DE DURAÇÃO			
INICIO		FIM		TEMPO TOTAL			
9:35		10:00					
EQUIPE MÉDICA				CIRCUANTE			
ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:		INSTRUMENTADOR			
D. mac		D. Aclêmias		D. Marcos / D. Anderson			
1º AUXILIAR		Dr: Pablo					
2º AUXILIAR				Jetro / Rafaela			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Braqui				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COZ	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR		
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml			
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº			
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
	SERINGA 01ML			SURGICEL			
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	Kit Catarata Nº	Ataduro 20cm		
	SERINGA 05 ML			GEOFOAM			
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			OUTROS: Equipamento	Equipo malha gale		
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		1		100ml		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cateteres						
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos				Soma Alcool		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA. VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL	
Bruno		Crika		TAXA DE SALA			
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCUANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA		SOMA	
Jetro		Rafaela		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

21 AGO. 2019

PORTARIA DE ES LADO DA CLÍNICA CIRÚRGICA

**SABE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

NOME: Anderson Cadeiro de silva

Mega Aberto  
Mega Fechado  
Mega PM  
SESAU

DADOS PNE-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA		Sinais Vitais			
Data:	Início da Anestesia:	Início da Cirurgia:	Termino Cirurgia:	Entrada na Sala:	Início da Anestesia:	Início da Cirurgia:	Termino Cirurgia:	Entrada:	Saida:	T	P	F.A	SPO2
27/05/19	07:35	09:35	10:00	07:56	09:35	09:35	10:00			37	70	100	98
Nome: <u>Anderson Cadeiro de silva</u> Posicionamento: <u>D.D</u> Anestesia: <u>BPB + Sedação</u> Medicamento: <u>MSE</u> Infundida: <u>MSE</u> Sif a 0,9%: <u>200ml</u> SG a 10%: <u>200ml</u> Outros: <u>Dose: 100mg</u> N° de compressas oferecidas: <u>15</u> N° de compressas recolhidas: <u>15</u> Sinais Vitais: <u>T 37°C, P 70 bpm, R 18, FC 104 bpm</u> Exames na SO: <u>( ) HT, ( ) HB, ( ) Hemograma</u>				Anestesia: <u>BPB + Sedação</u> Localização: <u>Localizar</u>		Cirurgia Realizada: <u>1. Sonda, 2. Curativo, 3. Dreno, 4. Acesso Venoso, 5. Outros</u>		Balança Hídrico: <u>Entradas: HV, CH; Saídas: SNG, Dreno, Burese, Outros</u>					



- Legenda
- 1. Eletrodos
  - 2. Oxímetro
  - 3. PVC
  - 4. Placa de Bisturi
  - 5. Incisão
  - 6. Cateter O.V.C
  - 7. Vendelise
  - 8. Dreno
  - 9. SNG
  - 10. Fala de Sneath
  - 11. Outros

21 AGO. 2019

ENDERECO		ONE	DAS
Evidência médica		Nº	BAIRRO
PACIENTE	BLOCO	ENFERMARIA	LEITO
Dentro/Reclam/Suges/Info/ni/Solic/Elogio	Enviado para	Data Enviada	Nº
19			

07/10/2019

Anderson Cordeiro da Silva, 27 anos;  
 # Politrauma: Colisão de moto, não lembra o mecanismo;  
 trazido do hosp. Roraimópolis, mãe encontrou filho de  
 referência;  
 A - PVAP, mm. color; B - amu(+) bilobulado; D/PA; C - O lúcteo  
 constante melancólico em coroa (C); amputação traumática em  
 MS (C); Fc. 130; PA: 140x100 SpO2: 100% c/ O2 suplementar,  
 SVD;

Foi realizado LCH + Iplasma pelo plantar anterior

CP. Rx

HV

Aplicação ortopédica p/ regularização de cotovelo  
 heels de infecção.

Dr. Fernando ...  
 Cirurgião ...  
 RORAIMÓPOLIS

21 AGO. 2019



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
980151096

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
980151096

**DETRAN - RR - BOA VISTA**

NOME: **ILDIR INACIO DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR/UF): **114807 SSP RR**

CPF: **383.051.512-04** DATA NASCIMENTO: **07/04/1978**

FILIAÇÃO: **JOSE SOUZA DE ASSUNCAO**  
**ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **01101972304** VALIDADE: **28/01/2020** HABILITAÇÃO: **15/12/1999**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **BOA VISTA - ROFAIMA** DATA DE EMISSÃO: **30/01/2015**

ASSINATURA DO EMISSOR: **JUSCELINO KUNTSCHEK PEREIRA**  
DIRETOR PRESIDENTE  
92485240616  
RR207968020

21 AGO. 2019



### PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Anderson Cordeiro da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	270045 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Sebastião Franco Souza, 105, senador M. Campos

OUTORGADO

NOME:	Shirley Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 26 / 05 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Anderson Cordeiro da Silva

Boa Vista - RR, 02 / 08 / 2019

LOCAL E DATA

Anderson Cordeiro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

21 AGO. 2019



**DANIEL AQUINO**

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
de ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

In testemunho da verdade, BPO  
em que dou fé, Boa Vista-RR, 02 de agosto de 2019.  
Consulte as(s) sigla(s) abaixo em [cdaas.portal.eorrr.com.br](http://cdaas.portal.eorrr.com.br)  
REC.FIR156296CB3GAQSW8OXRL4247

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: ISS: R\$ 0,45 SEL. O: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

130.365  
Lidiane Silva Lopes  
Advogada Autorizada

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTVB SKSZX RNRM9 T7NHY

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287807/19

**Vítima:** ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 010.169.062-26

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 26/05/2019

**Titular do CPF:** ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

#### ANDERSON CORDEIRO DA SILVA : 010.169.062-26

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019  
Nome: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA  
CPF: 010.169.062-26

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

