

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	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
			Procurador
		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
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	
	8	04/01/2021 09:52:22	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
			Procurador
<input type="checkbox"/>	7	28/12/2020 08:12:54	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS
<input type="checkbox"/>	6	07/12/2020 09:23:36	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE
	5	04/12/2020 15:39:38	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
	4	04/12/2020 15:39:38	RECEBIDOS OS AUTOS
	3	04/12/2020 15:39:38	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
		Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	04/12/2020 15:39:38	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
		3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	04/12/2020 15:39:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			Thiago Amorim Dos Santos
			Advogado



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPTÃO 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





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_15R - INVALIDEZ

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



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 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



Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Data do acidente: 26/05/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTACÃO 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: AMPUTACÃO 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
		Total	70 %	R\$ 9.450,00





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: Nome completo da vítima:

010.169.062-26

Anderson Cedeiro da Silva

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

Nome completo: CPF:

Anderson Cedeiro da Silva

010.169.062-26

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Autônomo

Rua Sebastião Franco Souza

105

Casa

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Senador H. Campos

Bea Vista

RR

69.316-416

E-mail: Tel.(DDD):

LOIRRR@HOTMAIL.COM

(95)98403-5060

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

DADOS CADASTRAIS

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 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 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 descendente (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.

MORTE

Local e Data: Bea Vista - RR,
Nome: Anderson Cedeiro da Silva
CPF: 010.169.062-26

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 a 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



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19027805B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: 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 **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: RORAINOPOLIS/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

21 AGO. 2019



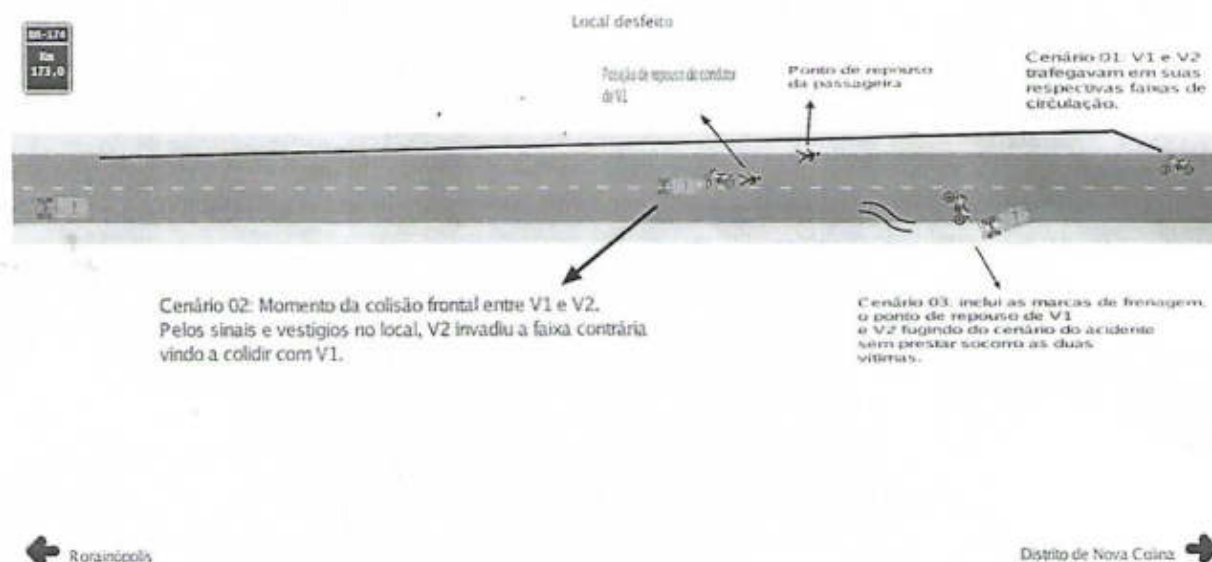
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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

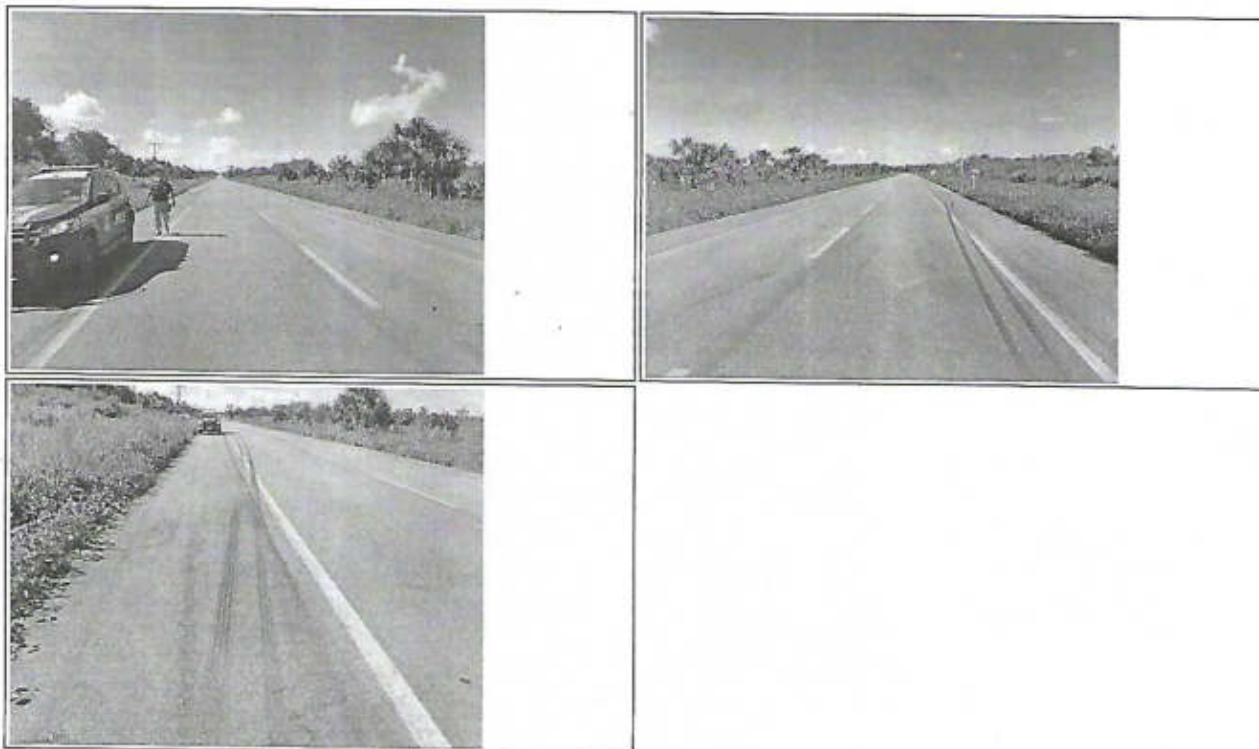


DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

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



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/novobati/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



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 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



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 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

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, 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/novoaba/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191

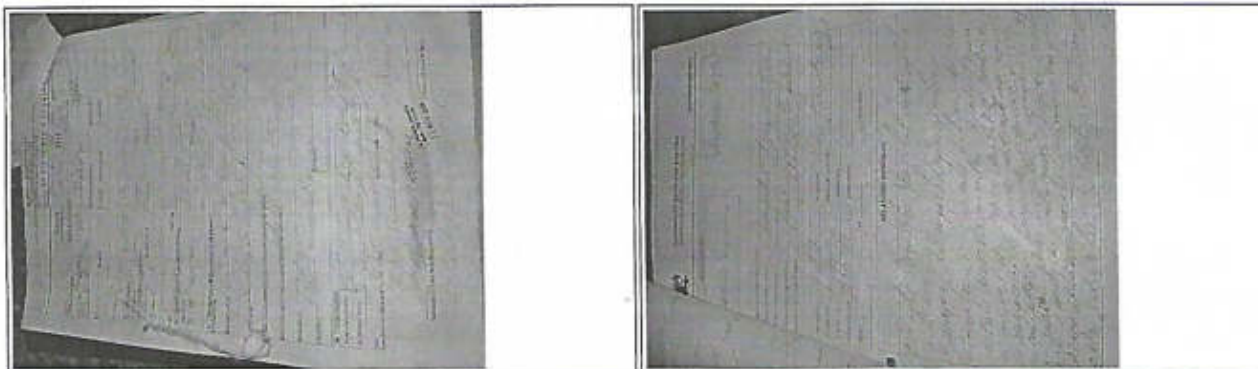


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



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:

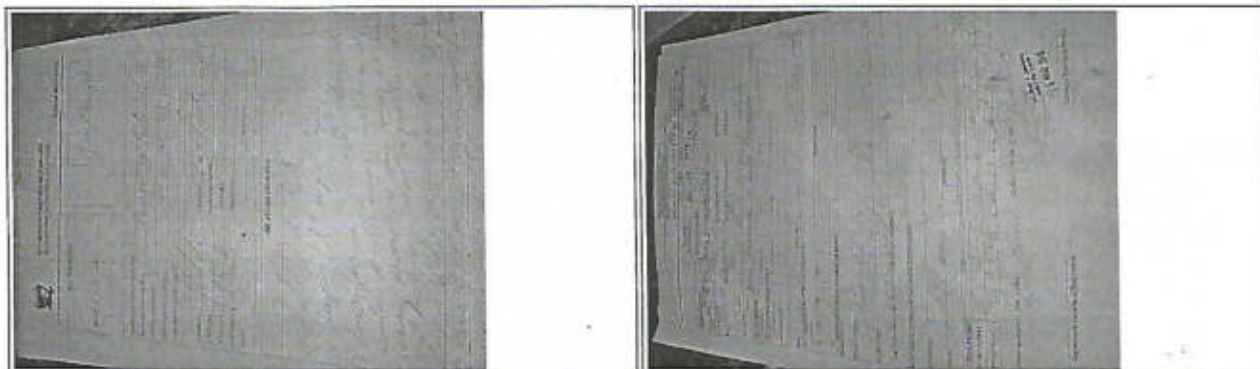
V1P1 - Encaminhamento

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

21 AGO. 2019



RELATÓRIO DE Ocorrência Policial – ROP											
PM		Nr ROP		2019291		RR					
Data:	Unidade:	Localidade:	Vtr:	Kmi:	Kmf:	H Inicial:	H Final:	Cod Ocor:	CodProv:	Cod servPrest:	
26/05/2019	3ª CIPM	Rorainópolis	CN 01	141.273	141.295	13:51	15:23	1001/1003	13999		
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:	
	Nome:				Idade:		Estado Civil				
3	Endereço:			Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:	
	Profissão:			RG:		SSP:		CPF:		CNH:	
										Cat:	
	Nome:				Idade:		Estado Civil				
4	Endereço:			Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:	
	Profissão:			RG:		SSP:		CPF:		CNH:	
										Cat:	
	Nome:				Idade:		Estado Civil:				
5	Endereço			Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:	
	Profissão:			RG:		SSP:		CPF:		CNH:	
										Cat:	
ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:											
HISTÓRICO:											
<p>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 perna esquerda quebrada e várias 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.</p> <p>Em tempo: informo que a vítima Anderson Cordeiro da Silva passou por uma cirurgia e mesmo assim perdeu o braço esquerdo e teve fraturas múltiplas na perna, e que a vítima Jenifer Jones Fernandes Marques também irá passar por uma cirurgia, pois teve vários ligamentos rompidos.</p>											
CONFERE COM ORIGINAL Em 28/05/2019 1ª TEN PM Marcelino NOBRE de Souza Mat: 47001626											
21 AGO. 2019											
RELATOR											
Posto/Grad:	Nome Completo:		Matrícula:		Lotação		Assinatura:				
2º SGT PM	EDILEY DA SILVA COSTA		47000264		2º PEL/3ª CIPM						
Data:	Hora:	Nome Completo:		RECEBIMENTO		Matrícula:	Função:	Assinatura:			
26/05/19	16:35	MARCELINO A. DOS SANTOS		47000264		1ª TEN PM					



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 SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Anderson Cedeiro da Silva CPF: 010.169.062-26
Profissão: autônomo Endereço: Rua Sebastião Franco Souza Número: 105 Complemento: casa
Bairro: Sander H. Campos Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.316-416
E-mail: LIOIRRR@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 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 descendente (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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 a 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.

27/05/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

HGM		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
		Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho		<input type="checkbox"/> Vermelho		<input type="checkbox"/> Vermelho		<input type="checkbox"/> Vermelho	
		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja		<input type="checkbox"/> Laranja		<input type="checkbox"/> Laranja		<input type="checkbox"/> Laranja	
		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<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.		<input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Azul Ass.		<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		Idade		CNS		CPF	
DESCONHECIDO COM O BRACO ESQUERDO		02/03/1985		34 A 2 M 25 D							
AMPUTADO		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
								M		NAO INFORMADO	
Mãe		NI		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade		Contato	
				PARDA				BRASILEIRA		19.06.19	
Endereço		RUA - RORAINOPLOS - SN - - BOA VISTA - RR		Ocupação							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU REGIONAL						CLAUDECI.RODRIGUES			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
				AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Paciente trazido de Rorainópolis vítima de acidente de trânsito com amputação de M.S. e fratura de M.E. e agitação cirúrgica e pelo atendimento em											
Exame Físico											
Rorainópolis, consciente, intacto, apresentando lesões em membros superiores e inferiores, entorpecimento em membros superiores e inferiores, sem sinais de sangramento ativo nem HIE, não de TCC											
Hipótese Diagnóstica											
Politrauma grave											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIIO -X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input checked="" type="checkbox"/> TCC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Medicação contínua											
02CH (10) Agonia											
Sonda contínua MIPRUM SUSPESO											
Sonda TC de Tórax											
02 BOLSAS de SANGUE											
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica											
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido											
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia											
<input type="checkbox"/> Transferência para:											
<input type="checkbox"/> Ambulatório											
<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)											
<input type="checkbox"/> Internação											
Data e Hora da Saída/Alta:											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML											
Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: claudecir.rodriques											
Data Hora: 27/05/2019 01:00:25											
21 AGO. 2019											
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original											

A BLOCO A

Transparência: 19/06/2019

Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCITANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		173907	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 8 0 0 3 4 7 7 8 + 5 9 3 3		02/03/85	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
maria Raimunda Loureiro da Silva		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, PAÍS)		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		95 99 16 2 3 5 8 7	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CDD. IBGE - MUNICÍPIO	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (SÍMBOLOS)	
Lm e lcto supletivo	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Ho lcto supletivo	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exame físico	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
patológico lcto supletivo Brucel	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 S. CUNDAÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Ho lcto supletivo	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
17/05/19	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - CID 10 DA SEGURADORA		37 - Nº DO FILHE	
34 - CID 10 DA SEGURADORA		38 - SÉRIE	
35 - CID 10 DA SEGURADORA		39 - CID 10 DA SEGURADORA	
36 - CID 10 DA SEGURADORA		40 - CID 10 DA SEGURADORA	
41 - CID 10 DA SEGURADORA		42 - CID 10 DA SEGURADORA	
43 - CID 10 DA SEGURADORA		44 - CID 10 DA SEGURADORA	
45 - CID 10 DA SEGURADORA		46 - CID 10 DA SEGURADORA	
47 - CID 10 DA SEGURADORA		48 - CID 10 DA SEGURADORA	
49 - CID 10 DA SEGURADORA		50 - CID 10 DA SEGURADORA	
51 - CID 10 DA SEGURADORA		52 - CID 10 DA SEGURADORA	
53 - CID 10 DA SEGURADORA		54 - CID 10 DA SEGURADORA	
55 - CID 10 DA SEGURADORA		56 - CID 10 DA SEGURADORA	
57 - CID 10 DA SEGURADORA		58 - CID 10 DA SEGURADORA	
59 - CID 10 DA SEGURADORA		60 - CID 10 DA SEGURADORA	
61 - CID 10 DA SEGURADORA		62 - CID 10 DA SEGURADORA	
63 - CID 10 DA SEGURADORA		64 - CID 10 DA SEGURADORA	
65 - CID 10 DA SEGURADORA		66 - CID 10 DA SEGURADORA	
67 - CID 10 DA SEGURADORA		68 - CID 10 DA SEGURADORA	
69 - CID 10 DA SEGURADORA		70 - CID 10 DA SEGURADORA	
71 - CID 10 DA SEGURADORA		72 - CID 10 DA SEGURADORA	
73 - CID 10 DA SEGURADORA		74 - CID 10 DA SEGURADORA	
75 - CID 10 DA SEGURADORA		76 - CID 10 DA SEGURADORA	
77 - CID 10 DA SEGURADORA		78 - CID 10 DA SEGURADORA	
79 - CID 10 DA SEGURADORA		80 - CID 10 DA SEGURADORA	
81 - CID 10 DA SEGURADORA		82 - CID 10 DA SEGURADORA	
83 - CID 10 DA SEGURADORA		84 - CID 10 DA SEGURADORA	
85 - CID 10 DA SEGURADORA		86 - CID 10 DA SEGURADORA	
87 - CID 10 DA SEGURADORA		88 - CID 10 DA SEGURADORA	
89 - CID 10 DA SEGURADORA		90 - CID 10 DA SEGURADORA	
91 - CID 10 DA SEGURADORA		92 - CID 10 DA SEGURADORA	
93 - CID 10 DA SEGURADORA		94 - CID 10 DA SEGURADORA	
95 - CID 10 DA SEGURADORA		96 - CID 10 DA SEGURADORA	
97 - CID 10 DA SEGURADORA		98 - CID 10 DA SEGURADORA	
99 - CID 10 DA SEGURADORA		100 - CID 10 DA SEGURADORA	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
0415040035	
R02	
5581	
21 AGO. 2019	
1299	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

João Alves Barbosa Filho

Data: 13/06/19 OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Max Souto Junior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM RR 695
RQE 434 RQE 695

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ret 004 L2 plano anterior
- 2) artroscopia + ossificação + colocação ligamento
- 3) furo de Bunnell + cotovelo
- 4) artroscopia
- 5) furo

21 AGO. 2019

Dr. João Alves Barbosa Filho
Médico Especialista em Ortopedia
Instituto Cristóvão Colombo

(9:10) 900 alim



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			
Remissão de Cistiteo Lingual MSE		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		9:35	10:00	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA		ANESTESISTA: Dr. Ademias			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Dr. Marcos / Dr. Anderson			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRCUANTE		Jetro / Rafaela			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Braquial		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT.	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	Atadum 20cm	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
7	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 20ML			OUTROS: Equipamento malha gata	
1	Cateteres		100mL	OUTROS: Cloroformo Degumant	
1	Eléctrodes			Somente Alcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA. VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
Bruno		TAXA DE SALA			
Circulante de Sala		TAXA DE ANESTESIA			
Jetro		SOMA			
Rafaela		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

21 AGO. 2019

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

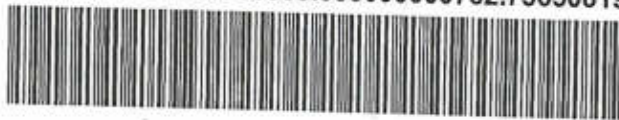
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836200000021.567500750003.000000000752.736508190054



21 AGO. 2019





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 COAF**².

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 Flavio Inacio 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 Invalidadez 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>flavioxx@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]
Assinatura do Declarante

21 AGO. 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

A BLOCO A

Transparência: 19/06/2019

Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCITANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		173907	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 8 0 0 3 4 7 7 8 + 5 9 3 3		02/03/85	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
maria Raimunda Loureiro da Silva		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, PAÍS)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		95 99 16 2 3 5 8 7	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (CLÍNICA)	
Lm e lcto supletivo	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Ho lcto gmo	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exame físico	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
patológico lcto supletivo Braco	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 S. CUNDAÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Ho lcto gmo	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - CID 10 DA SEGURADORA	
34 - N° DO FILHO	
35 - SÉRIE	
36 - CID 10 DA EMPRESA	
37 - CNIE DA EMPRESA	
38 - CBOE	
39 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA	
40 - EMPREGADO	
41 - EMPREGADO	
42 - AUTÔNOMO	
43 - PRESEMPREGADO	
44 - APONTADO	
45 - NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
0415040035	
49 - DOCUMENTO	
50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
52 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
21 AGO. 2019	
5581	
1299	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

João Alves Barbosa Filho

Data: 13/06/19 OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Max Souto Junior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM RR 695
RQE 434 RQE 695

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ret 004 L2 plano anterior
- 2) artroscopia + ossificação + colocação ligamento
- 3) furo de Bunnell + cotovelo
- 4) artroscopia
- 5) furo

21 AGO. 2019

Dr. João Alves Barbosa Filho
Médico Cirurgião

Acidente vascular cerebral.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Assessoria Presidencial dos Medicos"

FICHA DE ANESTESIA

Anderson Cordinio 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			
A S S E S T E S I A			
A V C		500 ml 500 ml	
DA		240	
F		220	
12.10		200	
14.10		180	
16.10		160	
18.10		140	
20.10		120	
22.10		100	
24.10		80	
26.10		60	
28.10		40	
30.10		20	
Disposit			
Assist			
Contro			
SÍMBOLOS		2 3 6 7 5 9 10 4	
AGENTES		DOSES	
1. Midazolam 5mg		Anestesia Venosa + bloqueio	
2. Fentanil 100 mcg		de plexo braquial supraclavicular	
3. Propofol 30 mg		e inter.	
4. Lidocaína 10 ml			
5. Ropivacaína 20 ml			
6. Fentanil 100 mcg			
7. Midazolam 5mg			
8. Lidocaína 21. 10 ml			
9. Ropivacaína 0.5% 20 ml			
10. Propofol 30 mg			
11. Gentamicina 80 mg			
12. Clindamicina 900 mg			
13. Paroxetina 40 mg			
14. Dexametasona 10 mg			
15. Encaminhado paciente para			
16. qd.			
GLUCOSE		JGRODOS	
HCO3		Circuito - Nasal Oro Faringeo	
SANGUE		Nasal Orotraqueal - Cega	
5F 9.9 1000 ml		Btl - Tamp - Caixa de Tubo	
		Soro Maltoso	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL 1000 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
		40 min	
OPERAÇÃO		Laringo - Espanto - Excesso Seco	
Revisão de curativo cirúrgico USG e HIE		Dor no Respiratório - Hipoxia	
ANESTESIA		"Bucking" - Vômito	
Dr. Adonias / R. Marcos		Intubação - Arteria	
CÓDIGO		Bridl Traqueal - Choque	
CIRURGIÃO		PERDA SANGÜÍNEA	
Dr. HAV / R.3 Paulo			

R.1 Andressa

Bruno Thiago O. P. Pinto
MÉDICO
CRM-RJ 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamicina 900 mg
8. Paroxetina 40 mg EV
9. Dexametasona 10 mg EV
10. Encaminhado paciente para
11. qd.

(9:10) 900 alim



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			
Remissão de Cistiteo Lingual MSE		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		9:35	10:00	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA		ANESTESISTA: Dr. Ademias			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Dr. Marcos / Dr. Anderson			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRURGIAO		CIRCUANTE			
Dr. Marc		Jetro / Rafaela			
Dr. Pablo					
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Braquial		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT.	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	Kit Catarata Nº	
	SERINGA 05 ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 10ML			OUTROS: Equipamento malha gata	
7	SERINGA 20ML		100mL	OUTROS: Cloroformo Degumant	
1	Cateteres				
1	Eléctrodes				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA. VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
Bruno					
Circulante de Sala		TAXA DE SALA			
Jetro		TAXA DE ANESTESIA			
Rafaela		SOMA			
FUNÇÃO/CALCULOS		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

21 AGO. 2019

PORTARIA DE DESLAC DO
CENTRO CIRÚRGICO

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Anderson Cedeiro de silva

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Terminio Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	T	P	PA	SPO2
07/05/19	07:56	09:35	09:10	10:00	07/05/19	09:35	09:10	10:00	10:00	10:00	10:00
Paciente: Anderson Cedeiro de silva				SRPA: 07/05/19				SRPA: 07/05/19			
MSE: Hidratação MIO				MSE: Hidratação MIO				MSE: Hidratação MIO			
Infundido: 500ml				Infundido: 500ml				Infundido: 500ml			
Sf a 0,9%: 1000ml				Sf a 0,9%: 1000ml				Sf a 0,9%: 1000ml			
SG a 10%: 1000ml				SG a 10%: 1000ml				SG a 10%: 1000ml			
Outros: 1000ml				Outros: 1000ml				Outros: 1000ml			
Nº de compressas oferecidas: 15				Nº de compressas oferecidas: 15				Nº de compressas oferecidas: 15			
Nº de compressas recolhidas: 15				Nº de compressas recolhidas: 15				Nº de compressas recolhidas: 15			
Sinais Vitais: T 36,5°C				Sinais Vitais: T 36,5°C				Sinais Vitais: T 36,5°C			
P 100 bpm				P 100 bpm				P 100 bpm			
R 12x/min				R 12x/min				R 12x/min			
FC 104 bpm				FC 104 bpm				FC 104 bpm			
Saturação: 98%				Saturação: 98%				Saturação: 98%			
Exames: () Hemograma				Exames: () Hemograma				Exames: () Hemograma			
() Outros				() Outros				() Outros			
Legenda: 1. Eletrodos				Legenda: 1. Eletrodos				Legenda: 1. Eletrodos			
2. Oxímetro				2. Oxímetro				2. Oxímetro			
3. PVC				3. PVC				3. PVC			
4. Placa de Bisturi				4. Placa de Bisturi				4. Placa de Bisturi			
5. Incisão				5. Incisão				5. Incisão			
6. Cateter O2				6. Cateter O2				6. Cateter O2			
7. Vendelise				7. Vendelise				7. Vendelise			
8. Dreno				8. Dreno				8. Dreno			
9. SNG				9. SNG				9. SNG			
10. Fala de Sinais				10. Fala de Sinais				10. Fala de Sinais			
11. Outros				11. Outros				11. Outros			
4. Condições da Pele: () Ferimento				4. Condições da Pele: () Ferimento				4. Condições da Pele: () Ferimento			
() Queimado				() Queimado				() Queimado			
() Hematoma				() Hematoma				() Hematoma			
() Contusão				() Contusão				() Contusão			
() Umidade				() Umidade				() Umidade			
() Amputação MSE				() Amputação MSE				() Amputação MSE			
() Exposta				() Exposta				() Exposta			
() Outros				() Outros				() Outros			

21 AGO. 2019

ENDEREÇO		ONE		C.A.	
Evolução médica		Nº		BAIRRO	
PACIENTE	BLOCO	ENFERMARIA	LEITO		
Data Rec./Reclam./Sugest./Info./Solic./Elogio		Enviado para		Data Enviada	
19					

27/05/2019

Anderson Corduro da Silva, 27 anos;
Politrauma: Colisão de moto, não lembra o mecanismo;
trajeto do hosp. Roraimópolis; não encontra ficha de
referência;
A - PVAP, am. color, B - amu(4) bilobulamento; O/PA; C - O Cuscutas
bastante melancólico em casa (C), amputação traumática em
M5C; Fc. 130; PA: 140x100 SpO2: 100% c/ O2 suplementar,
SVD;

Foi realizado LCH + Iplasma pelo plantão anterior

CP. Rx
HV

Aplicar atropina p/ regularização de coto
hebs de infecção.

Dr. Fernando José Martins Faria
Cirurgião Especialista em
Ortopedia e Traumatologia

21 AGO. 2019

21 AGO. 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

ILDIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE - RG. EMISSOR/UF
114807 SP/ 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

1ª HABITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUNTSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (BOA VISTA)

PEDIDO PLASTIFICAR
980151096

21 AGO. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

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

OUTORGADO

NOME:	Shir Simão de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Buritis

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 Cedeiro da Silva

Boa Vista - RR, 01/08/2019

LOCAL E DATA

Anderson Cedeiro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

21 AGO. 2019



DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Assis Brasil, 4307 - Assis Brasil - Boa Vista/RR
Fone: (92) 2827-4130
daniel@boavista2cartorioaquino.com.br

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

In testemunho da verdade, SPO
do que dou fé, Boa Vista/RR, 01 de agosto de 2019.
Consulte em: portal.eppm.com.br
REC.FIR156296C63GAQSW8OXRL4241

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELOR: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

Lidiane Silva Lopes
Tabelião Autorizada

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

MANOEL COELHO NETO