
Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333794

Vítima: ANDERSON PORTO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON PORTO 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333794

Vítima: ANDERSON PORTO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON PORTO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANDERSON PORTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000058818-3

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.

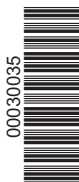
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333794 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON PORTO DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.1/2/3
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

001.317.262-00

4 - Nome completo da vítima:

Anderson Porto da Silva

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

5 - Nome completo:

Anderson Porto da Silva

6 - CPF:

001.317.262-00

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: Garibaldi

9 - Número:

300

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Bento

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

65.315-618

15 - E-mail:

ELOIERRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(95) 98404-5363

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

588483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Víuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assinou o
pedido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR, 17/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 10805/2020 - Registrado em: 11/09/2020 às 14h 16min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/11/2018 às 18h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 432

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ANDERSON PORTO DA SILVA (21), nascido(a) em 20/01/1999, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 001.317.262-00, País: BRASIL, natural de SAO LUIZ-RR, filho(a) de ANE DEYSE SOUZA PORTO e AUGUSTO DA SILVA, endereço: RUA AGUIA, Nº: 300, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99152-6175.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO:2017/2017, PLACA: NAP6146, COR PRETA, DE PROPRIEDADE DE KATIA CARNEIRO XIMENES, E TRAFEGAVA NO ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, E AO TENTAR DESVIAR, BATEU EM UM BURACO O LEVANDO A CAIR E BATER NA CABECEIRA DE UMA PONTE. COM A QUEDA, O MESMO DESMAIOU, E FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO AO HGR. INFORMA QUE TEVE FRATURA DO UMEROS ESQUERDO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


ANDERSON PORTO DA SILVA
COMUNICANTE

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: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON PORTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000058818-3

Nr. da Autenticação 22CBBF78A48182B9

**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: 5688649

NELY IEDA RAMOS CARVALHO

R. GAIVOTA, 300 ,

SAO BENTO

69315618 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1175025	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 18-JUN-20 a 21-JUL-20
CONSUMO (kWh) 50	VENCIMENTO 06-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 38,52

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 1175025	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 38,52
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836800000009.385200750003.000000001172.502507200058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Glauco Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Porto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.317.262 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Anderson Porto da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.317.262 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

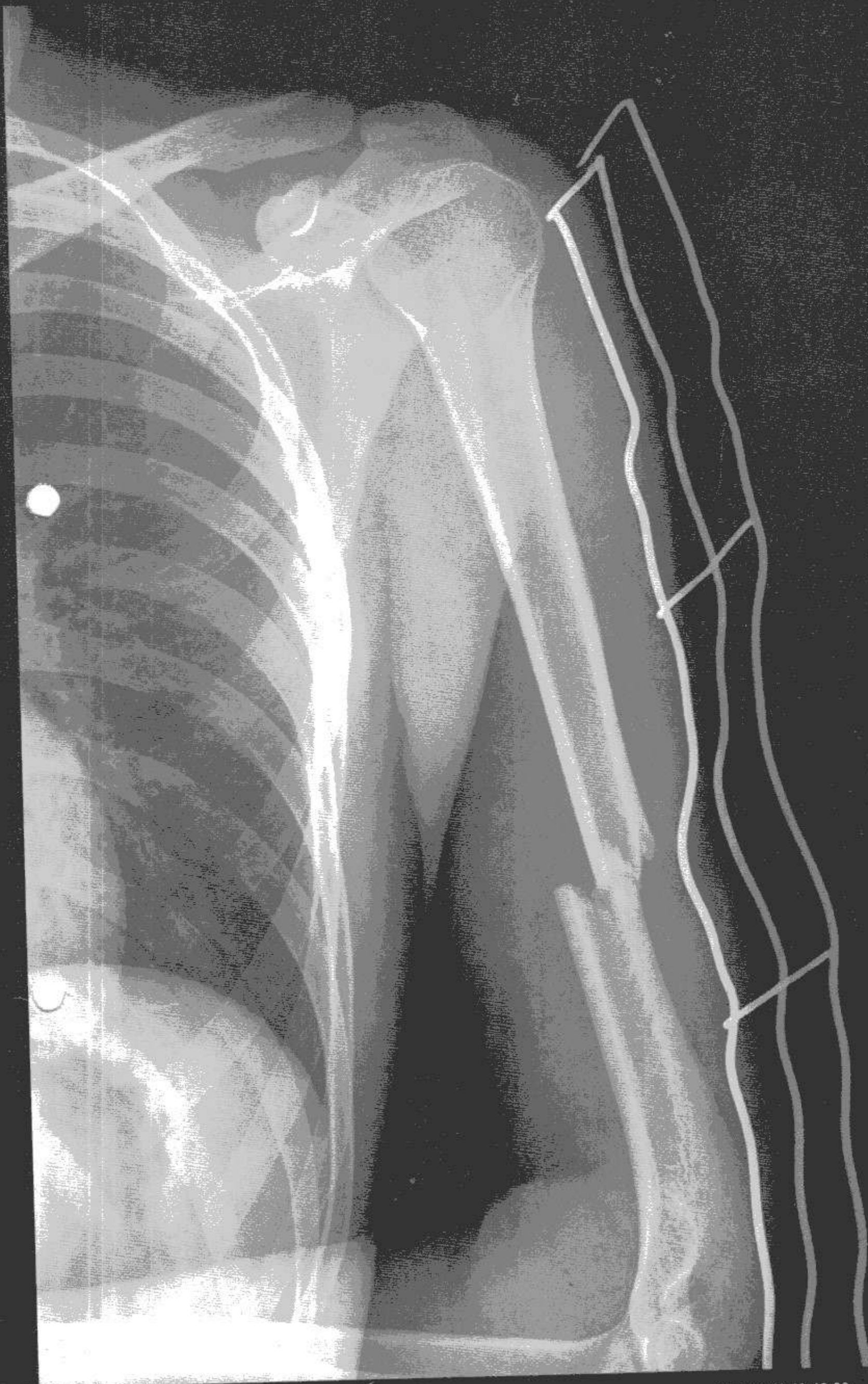
☒ Recuso informar

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 P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento:
Bairro: <u>Bevitis</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>INOIERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>63.308-209</u>	Tel.(DDD): <u>(05) 98404-5362</u>

Local e Data: Boca Vista - RR, 17/09/2020

Assinatura do Declarante



E



ANDERTON PORTO DA SILVA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/11/2018 19:42:02

65.1 %



58.2 %

11/11/2018 19:42:02

54.1 %

11/11/2018 19:42:02

ANDERTON PORTO DA SILVA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/11/2018

401-5

Guia de Atendimento

Rosália Gomes da Silva

Aux. Serv. Saúde

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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho☐ Laranja☐ Amarelo☐ Verde☐ Azul Ass.

1801033706

11/11/2018 18:54:42

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

39

Paciente

ANDERSON PORTO DA SILVA

Data Nascimento

20/01/1999

Idade

19 A 9 M 22 D

CNS

CPF

00131726200

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

Mãe

ANE DEYSE SOUZA PORTO

Pai

AUGUSTO DA SILVA

Contato

(95) 99147-1665

BRASILEIRA

Endereço

RUA - SANTA MARIA - 201 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR

Ocupação

ESTUDANTE

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

TRANSPORTADO POR TER

Procedimento Sol.

Registrado por:

DAL

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Queixa principal: dor no abdômen em S/TCE

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Prescrição com 40mg de...

Tiago Mendonça Dias

Médico

CRM-RR 1883

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal

Data Hora: 11/11/2018 18:55:33

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Boa Vista - RR, 69200-000
Fone: (95) 2121-0620

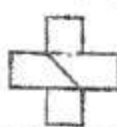
AUTENTICAÇÃO

22 NOV. 2018

Certifico e Dou/Fe que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi emitido neste Hospital.



1801033706



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO FILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019
1068
5423
W499

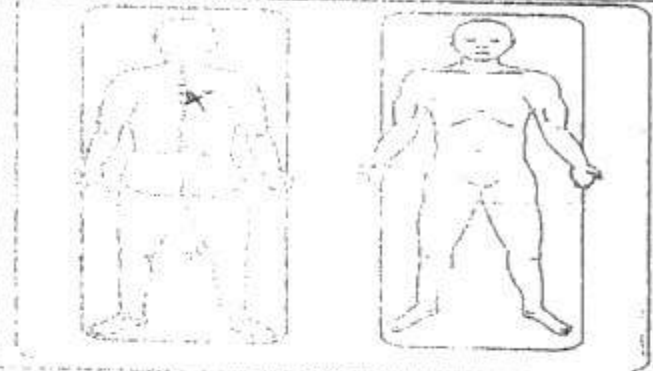
Nome: Anderson Porto da Silva

DATA: 12/01/13

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região: Dorso

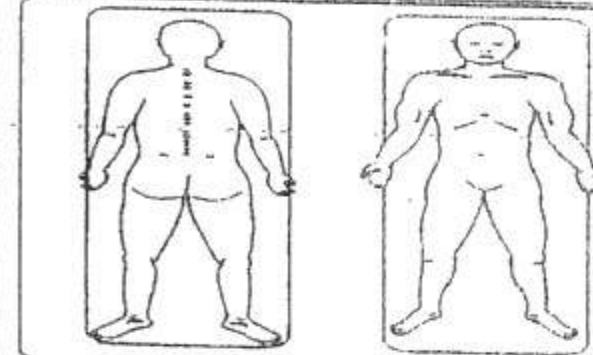


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Enfermeiro e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

01- Beyentes Santa Carlos
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 387.172

02- Rosineide P. Nunes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 778.677

02-

OBS:

OBS:



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo: ☐ F ☐ M
Procedência:		Hipótese Diagnóstica:	
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não	☐ Padrão	☐ Contato	☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos
Alergia: ☐ Sim ☐ Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não	Obs:		
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEUROLÓGICO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torposo ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríatica ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ AV Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia ☐ Sim ☐ Não Qual: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____		
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____		
Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não		
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem		
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____		
Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____		
Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
☐ Deglutição	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ _____
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☐ Déficit no autocuidado para alimentação	☐ _____
☐ Risco de glicemia instável	☐ Déficit no autocuidado para banho/higiene	☐ _____
☐ Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	☐ Conhecimento deficiente	☐ _____
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Comunicação verbal prejudicada	☐ _____
☐ Volume de líquidos deficiente	☐ Risco de dignidade humana comprometida	☐ _____
☐ Eliminação urinária prejudicada	☐ Processos familiares disfuncionais	☐ _____
☐ Risco de constipação	☐ Risco de quedas	☐ _____
☐ Diarreia	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	☐ _____
☐ Incontinência intestinal	☐ Dor aguda	☐ _____
☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Dor crônica	☐ _____
☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Náusea	☐ _____
☐ Integridade da pele prejudicada	☐ Risco de broncoaspiração	☐ _____
☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Risco de infecção	☐ _____
☐ Conforto prejudicado	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ _____

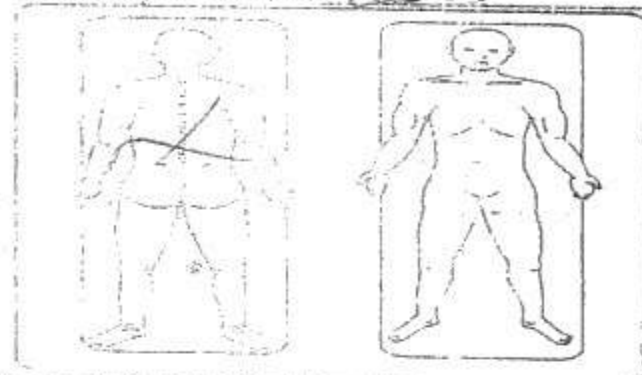
Nome: Anderson P. da Silva

DATA: 13.11.18

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região Costas



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Enfermeiro e ass.
Téc. em Enfermagem

01- Ana Carolina da Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 934.622

Vanessa da Silva Moraes
Técnica Enfermagem

COREN/RR 965 152 TE

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

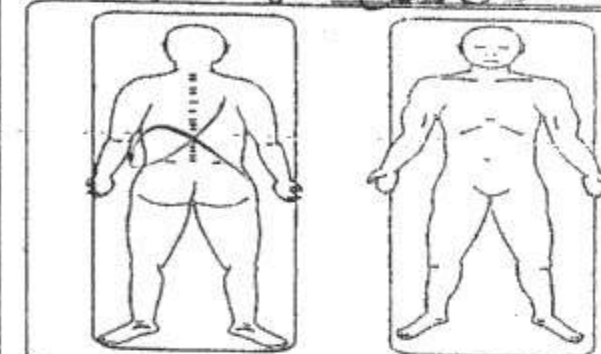
OBS:

DATA: 13.11

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região Costas



☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico ☐ Escara

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

☒ Sim ☐ Não

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Manhã ☒ Tarde

01- Ana Carolina da Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 934.622

Vanessa da Silva Moraes
Técnica Enfermagem

COREN/RR 965 152 TE

OBS:



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

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 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR) 114807 SSP RR

CPF 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO 3 ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 01101952304 VALIDADE 28/01/2026 1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015

92485240616 RR207968020

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096

PLASTIFICAR 51096

750009.000000001081.917005200055



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho; bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

203.31916.23-6

3763257

0050

RR

Anderson Porto da Silva

ASSINATURA DO TRABALHADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ANDERSON PORTO DA SILVA

FILIAÇÃO: ANE DEYSE SOUZA PORTO

NASCIMENTO: 20/01/1999

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO LUÍZ - RR

DOCUMENTO: R.G. - 4886697 - 02/03/2017 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 001.317.262-00

TÍT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 07/04/2017

ZONA:

CNH:

SEÇÃO:

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

LEGENDA
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Anderson Porto da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 4586637

ENDEREÇO: R: Ageria 300 São Bento

OUTORGADO

NOME: Idair Márcio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807

ENDEREÇO: R: Antonio P Galvão 1839

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:

11/11/2018 cobertura Incendio, vítima:

Anderson Porto da Silva

Anderson Porto da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 08 DE Setembro /2020.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263062/20

Vítima: ANDERSON PORTO DA SILVA

CPF: 001.317.262-00

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: ANDERSON PORTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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 PORTO DA SILVA : 001.317.262-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/09/2020
Nome: ANDERSON PORTO DA SILVA
CPF: 001.317.262-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANDERSON PORTO DA SILVA

MANOEL COELHO NETO