

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: 2948688420210108171257

Processo 0831168-43.2020.8.23.0010  - (35 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 18 de março de 2021 às 09:20:00

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
17 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 17					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
17	08/01/2021 17:12:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		17.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775439CONTESTACAO01.pdf	Público		
		17.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2775439CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		
		17.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público		
16	28/12/2020 00:01:20	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANDERSON PORTO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 18 de Março de 2021 *Referente ao evento (seq. 13) EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (16/12/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ		
15	28/12/2020 00:00:37	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANDERSON PORTO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (15/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
14	16/12/2020 12:03:50	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANDERSON PORTO DA SILVA com prazo de 18 de Março de 2021 - Referente ao evento (seq. 13) EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA (16/12/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
13	16/12/2020 12:03:39	EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA Referente ao evento (seq. 11) EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO (A.R.)(16/12/2020 12:01:01). Identificador do Cumprimento: 0002	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
12	16/12/2020 12:02:07	DESABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovente)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
11	16/12/2020 12:01:01	EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO (A.R.) Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(15/12/2020 14:17:11). Identificador do Cumprimento: 0001	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
10	16/12/2020 10:30:12	DESABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovido)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
9	16/12/2020 10:28:49	HABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovido)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária		
8	16/12/2020 10:20:14	AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (Agendada para: 18 de março de 2021 às 09:20, em 2ª Vara Cível)	JUCINELMA SIMÕES CARVALHO Analista Judiciário		
7	16/12/2020 09:41:28	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANDERSON PORTO DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (15/12/2020)	OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário		
6	15/12/2020 14:17:11	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado		
5	04/12/2020 16:03:19	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	04/12/2020 16:03:19	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	04/12/2020 16:03:19	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	04/12/2020 16:03:19	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
1	04/12/2020 16:03:18	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, 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

Carta nº 16136965





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, 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.

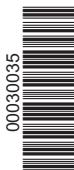
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:
001 317 262-00 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: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
autônomo Rua: Gaúcha 300

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
São Bento Boa Vista RR 65.315-618

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 98604-5368

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 588483

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): 31 - Vítima teve irmãos: 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Falecidos: Não Falecidos: Sim Não Sim Não Falecidos: Sim Não Falecidos: 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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 300 317 - RR, 17/03/2020

Anderson Porto da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

UF: RR

Logradouro: BR 432

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CENTRO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

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 UMERO ESQUERDO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
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



14/09/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC: 1175025



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1175025	07/2020	18-JUN-20 a 21-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
50	06-AUG-20	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 Flávia Inácia de Souza

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

Anderson Penteado da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.317.262-00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invulner da Vítima Anderson Penteado da Silva,

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

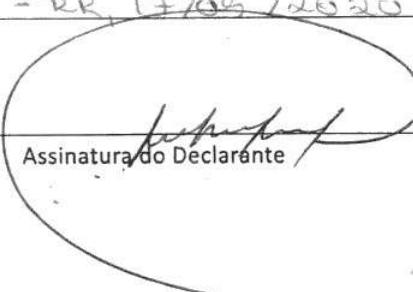
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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 Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Boa Vista</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>INOTERRR@HOTMAIL.COM</u>			CEP: <u>63.303-200</u> Tel.(DDD): <u>(65) 3884-5362</u>

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


Assinatura do Declarante



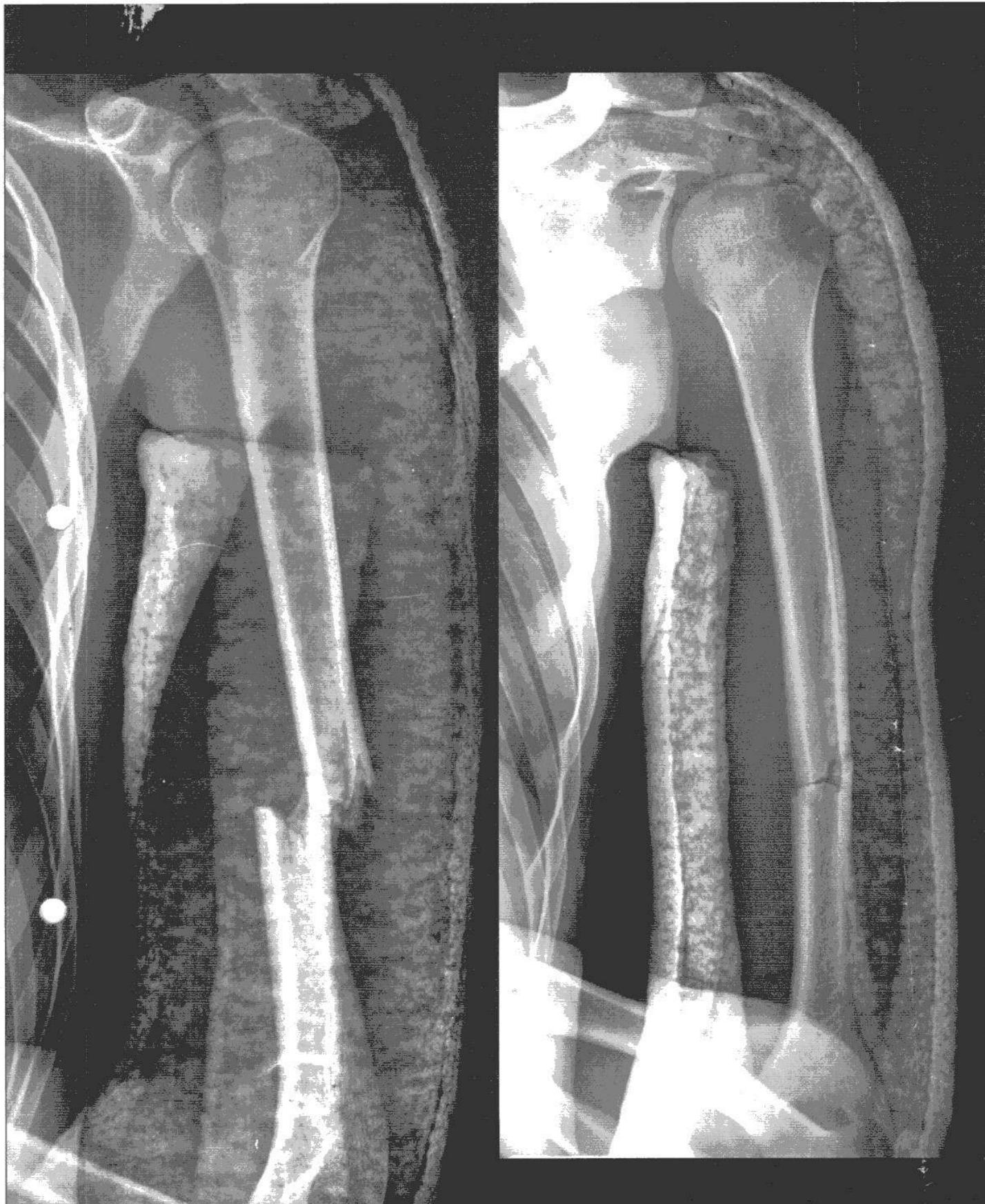
ANDERTON PORTO DA SILVA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/11/2018 19:42:02

65.1 %

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ60LAKYW8VSHF GB57R





58.2 %

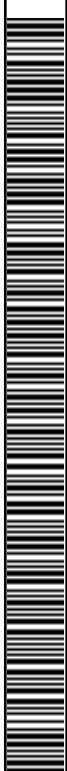
11/11/2018 19:42:02

54.1 %

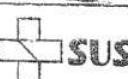
11/11/2018 19:42:02

ANDERTON PORTO DA SILVA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



BLOCO D



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

Anderson Porto da Silva

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Anderson Porto da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
368756

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/01/1959

9 - SEXO
Mas.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Adne Dione Souza Porto

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Santa Maria, 201, Bairro de Setembro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RIR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pot. 1/4 3 mês cravo
O, disfagia, tontura
produção s/ suscasse
ADM Unho Preservada

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

anfio

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

CP
TH

5.122
01/01/2021

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fatiga unho

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

anfio

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS
() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
11/11/18

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

João Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO PILHETA

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA EMPRESA QUE O PRODUTOR/CORR

cole é feito. Reprodução Original

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

cole é feito. Reprodução Original

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0308010019
T068
6423
U499

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

Blco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:			Idade: _____ Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão	() Contato	() Goticula - aerosol () Goticula - 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 NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arrítmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT ()
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente	() Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Fl.		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpântico		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () N.		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocár em: _____		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocár 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: _____	Trocár em: _____	Loca: _____		
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____				

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	()			





Protocolo de Manejo das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo de Manejo das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 402.5

Nome: Anderson P. da Silveira		Localização / Região: Costas	
DATA: 13.11.18		DATA: 13.11	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> osteoporo ^s <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> osteoporo ^s <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Consistide de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária: (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Manhã Tarde	
Labo e ass. Tec. em Enfermagem 01- Ana Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.622		01- Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 934.622	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:		02- Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965.1521E	
		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC: 1089170



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

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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



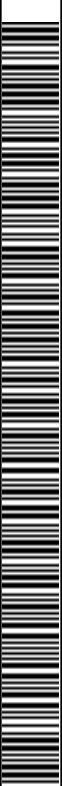
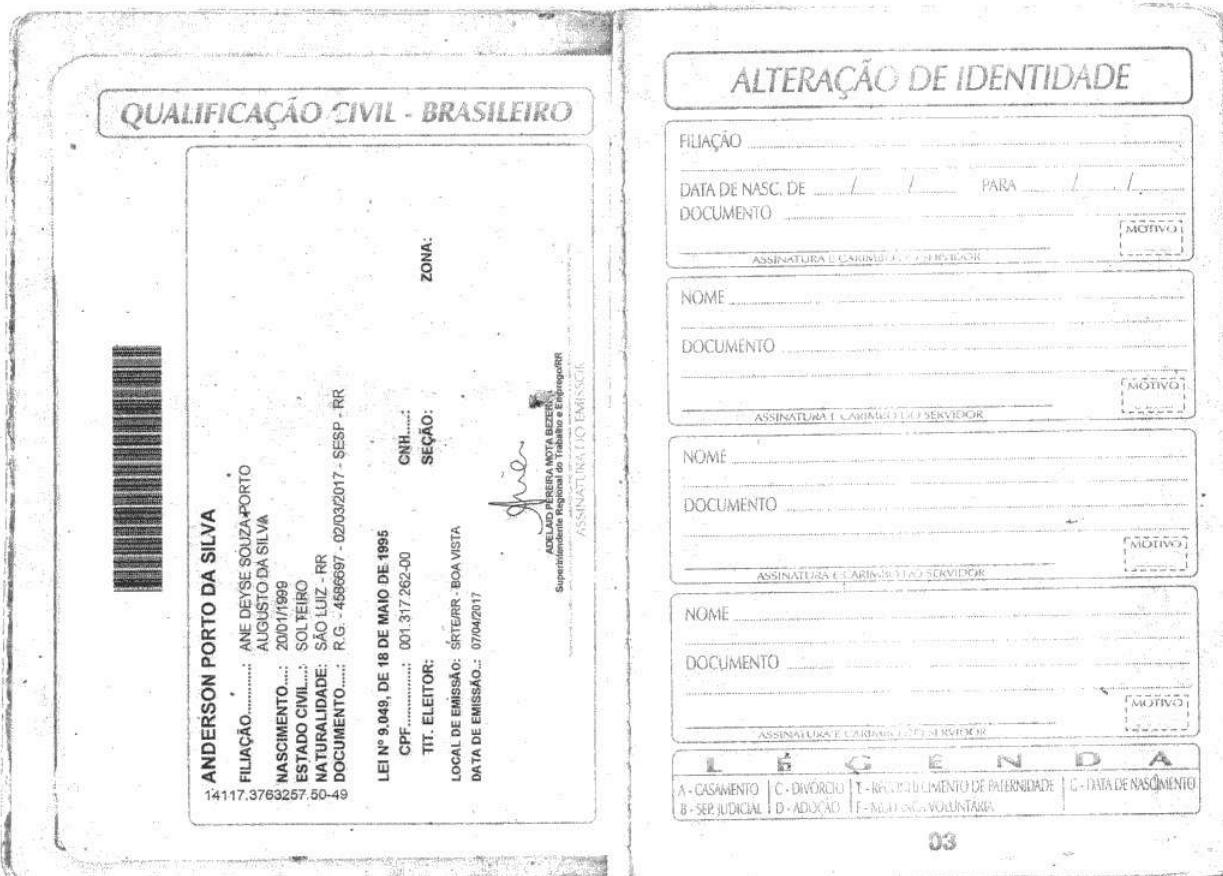
VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096



PLASTIFICAR
51096

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA
DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015
M. JOSÉFELDO ALBINO SICHEI PEREIRA
DIRETOR FIN. LELTA
92485240616
RR20796020





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Anderson Porto da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 4586697

ENDEREÇO: R: avenida 300 São Pedro

OUTORGADO

NOME: Thiago Araújo da Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807

ENDEREÇO: R: Antônio da Gávea 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 Invalidez, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: ANDERSON PORTO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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