

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: ☐ 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:

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<br>Procurador            |
| 17.1 | Arquivo: Petição              | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  | 2775439CONTESTACAO01.pdf<br>Público               |
| 17.2 | Arquivo: DOCS                 | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  | 2775439CONTESTACAOAnexo02.pdf<br>Público          |
| 17.3 | Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  | KIT SEGURADORA LDER.pdf<br>Público                |
| 16   | 28/12/2020 00:01:20           | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA<br>(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<br>(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<br>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<br>Analista Judiciária |
| 13   | 16/12/2020 12:03:39           | EXPEDIÇÃO DE LINK DE AUDIÊNCIA<br>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<br>Analista Judiciária |
| 12   | 16/12/2020 12:02:07           | DESABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO<br>Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovente)   | ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA<br>Analista Judiciária |
| 11   | 16/12/2020 12:01:01           | EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO (A.R.)<br>Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(15/12/2020 14:17:11). Identificador do Cumprimento: 0001   | ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA<br>Analista Judiciária |
| 10   | 16/12/2020 10:30:12           | DESABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO<br>Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovido)  | ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA<br>Analista Judiciária |
| 9    | 16/12/2020 10:28:49           | HABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO<br>Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovido)  | ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA<br>Analista Judiciária |
| 8    | 16/12/2020 10:20:14           | AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA<br>(Agendada para: 18 de março de 2021 às 09:20, em 2ª Vara Cível)   | JUCINELMA SIMOES CARVALHO<br>Analista Judiciário  |
| 7    | 16/12/2020 09:41:28           | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO<br>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<br>Analista Judiciário    |
| 6    | 15/12/2020 14:17:11           | PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE   | ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES<br>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<br>Registro de Distribuição  | SISTEMA CNJ                                       |
| 2    | 04/12/2020 16:03:19           | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO<br>2ª Vara Cível  | SISTEMA CNJ                                       |
| 1    | 04/12/2020 16:03:18           | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL   | Thiago Amorim Dos Santos<br>Advogado              |





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

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

Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00069/00070 - 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: PJ6JL AKYW8 8VSHF GB57R



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





| Seguradora<br><b>LÍDER</b><br>Administradora do Seguro DPVAT  |   | PEDIDO DO SEGURO DPVAT   |  |
|---|---|--|--|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE   |   |  |  |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:  | 3 - CPF da vítima:<br>001.317.262-00  | 4 - Nome completo da vítima:<br>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:<br>Anderson Porto da Silva   |   | 6 - CPF:<br>001.317.262-00   |  |
| 7 - Profissão:<br>autônomo  | 8 - Endereço:<br>Rua: Gaudôta   | 9 - Número:<br>300   | 10 - Complemento:  |
| 11 - Bairro:<br>São Bento   | 12 - Cidade:<br>Boa Vista   | 13 - Estado:<br>RR   | 14 - CEP:<br>65.315-618  |
| 15 - E-mail:<br>ELOE.PRR@HOTMAIL.COM  |   | 16 - Tel.(DDD):<br>(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:  |   | 19 - Profissão do Representante Legal:   |  |
| 18 - CPF do Representante Legal:  |   | 19 - Profissão do Representante Legal:   |  |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).   |   |  |  |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  |   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00   |   |  |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)   |   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)   |   |  |  |
| Nome do BANCO: _____  |   |  |  |
| AGÊNCIA: 0653   |   | AGÊNCIA: _____   |  |
| CONTA: 588483   |   | 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  |   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo  |   |  |  |
| 24 - Data do óbito da vítima:   |   | 25 - Grau de Parentesco com a vítima:  |  |
| 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |  |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:  | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:  | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  |   |  |  |
| 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)   |   |  |  |
| 36 - Assinatura 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)  |   |  |  |





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 ELETRONICAMENTE

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

  
ANDERSON PORTO DA SILVA  
COMUNICANTE













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<br>1175025 | MÊS<br>07/2020          | PERÍODO DE CONSUMO<br>18-JUN-20 a 21-JUL-20 |
| CONSUMO (kWh)<br>50     | VENCIMENTO<br>06-AUG-20 | TOTAL A PAGAR<br>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<br>1175025 | MÊS<br>07/2020 | TOTAL A PAGAR<br>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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu João Inácio 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 Incendio 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>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>                 |
| E-mail: <u>INDERRR@HOTMAIL.COM</u>     | CEP: <u>69.309-209</u>   | Tel.(DDD): <u>(65) 98004-5369</u> |

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

Assinatura do Declarante

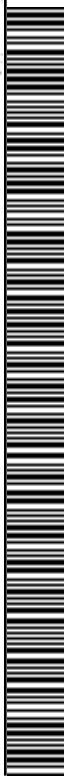




ANDERTON PORTO DA SILVA ,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/11/2018 19:42:02

65.1 %







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

Rosalia Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

11/11/18 F19

F

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                |  | Data Nascimento        |                        | Idade         | CNS              | CPF            |
| ANDERSON PORTO DA SILVA |  | 20/01/1999             |                        | 19 A 9 M 22 D |                  | 00131726200    |
| Tipo Doc                | Documento  | Órgão Emissor          | Data Emissão           | Sexo          | Estado Civil     | Raça/Cor       |
| IDENTIDADE              | 4586697  | SSPRR                  | 02/03/2017             | M             | SOLTEIRO(A)PARD  | BOA VISTA - RR |
| Mãe                     | ANE DEYSE SOUZA PORTO  |                        |                        | Pai           | AUGUSTO DA SILVA |                |
| Endereço                | RUA - SANTA MARIA - 201 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR   |                        |                        | Contato       | (95) 99147-1665  |                |
| Class. de Risco         | Plano Convênio   | Nº da Carteira         | Validade               | Autorização   | Sis Prenatal     |                |
| Motivo do Atendimento   | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE   | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência   | Temp.            | Peso           |
| ACIDENTE DE MOTO        | URGÊNCIA   | Transportado por TER   |                        |               |                  |                |
| Setor                   | GRANDE TRAUMA  | Procedimento Sol.      |                        |               |                  |                |
| Queixa Principal        | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                        |               |                  |                |

|                                     |  |       |
|-------------------------------------|--|-------|
| Anamnese de Enfermagem              | GSC  | TOTAL |
| <i>Exame físico</i>                 | AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 |       |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) |  |       |

|              |
|--------------|
| Exame Físico |
|--------------|

|                      |
|----------------------|
| Hipótese Diagnóstica |
|----------------------|

|   |
|---|
| SADT - Exames Complementares  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |


|                     |             |            |
|---------------------|-------------|------------|
| PRESCRIÇÃO          | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
| <i>Exame físico</i> |             |            |
| <i>Exame físico</i> |             |            |

|   |
|---|
| Conduta   |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para |

|   |
|---|
| 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 |
| <i>Assinatura</i>                                   | <i>Assinatura</i>              |
| Impresso por: dal<br>Data Hora: 11/11/2018 18:55:33 |                                |



| BLOCO D  |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
|--|--|--|--|
|  Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde  |  |
| 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   |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL   |  | 9 - SEXO   |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)  |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA   |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                       |  |
| 15 - UF  |  | 16 - CEP   |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  |  |  |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS   |  |  |  |
| 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  |  |  |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO  |  |  |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO 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  |  |  |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO   |  |  |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO  |  |  |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA  |  |  |  |
| 37 - N° DO FILHETE   |  |  |  |
| 38 - SÉRIE   |  |  |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA  |  |  |  |
| 40 - CNAR DA EMPRESA   |  |  |  |
| 41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA   |  |  |  |
| 42 - EMPREGADO   |  |  |  |
| 43 - EMPREGADOR  |  |  |  |
| 44 - AUTÔNOMO  |  |  |  |
| 45 - DESEMPREGADO  |  |  |  |
| 46 - APOSENTADO  |  |  |  |
| 47 - NÃO SEGURADO  |  |  |  |
| AUTORIZAÇÃO  |  |  |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |  |  |  |
| 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR  |  |  |  |
| 45 - DOCUMENTO   |  |  |  |
| 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |  |  |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO   |  |  |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)   |  |  |  |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |  |  |



Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com OI ou mais lesões, com 2 ou mais, evoluíram separadamente.





|   |  |             |        |
|---|--|-------------|--------|
| Nome Completo:  | Data:  | Enfermaria: | Leito: |
| 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 |  |             |        |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torposo <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage   |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico    BC: _____<br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____   |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes   |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SDE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> _____<br>Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia  |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> F...<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> N...   |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen  |  |  |
| Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |  |  | <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual: _____   |  |  |


**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

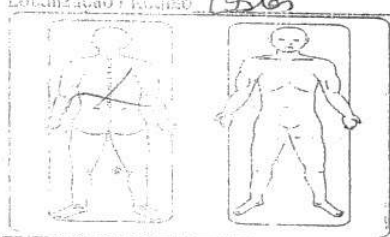

|  |                         |                                 |                              |                  |
|--|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------|
| Cateter Periférico:                    | ( ) Sim ( ) Não         | Local: _____                    | Data: _____                  | Trocar em: _____ |
| Cateter Central:                       | ( ) Sim ( ) Não         | Local: _____                    | Curativo realizado em: _____ | Trocar em: _____ |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: | ( ) Sim ( ) Não         | ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT | ( ) Lavagem                  | ( ) Sifonagem    |
| Sondas:                                | ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG | Aspecto da secreção: _____      | Quantidade: _____            |                  |
| Dreno de: _____                        |                         | Data da instalação: _____       | Trocar em: _____             |                  |
| Cateter Vesical:                       | ( ) Sim ( ) Não         | Local: _____                    |                              |                  |
| Prótese:                               | ( ) Sim ( ) Não         |                                 |                              |                  |

| 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              | ( ) _____ |





|   |                            |                            |            |                      |  |
|---|----------------------------|----------------------------|------------|----------------------|--|
|  | Hospital Geral de Roraima  | Protocolo nº 1             | Versão: 06 | Data de Atualização: |  |
|   | Tratamento das Feridas     | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |                      |  |
|   | Ferimento - Curativo - HGR | ENF/LEITO: 401-5           |            |                      |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Nome: <u>Anderson P. da Silva</u>  | Localização / Região: <u>Costas</u>   | DATA: <u>13.11.18</u>  | Localização / Região: <u>Costas</u>   |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><br><input type="checkbox"/> GRAU - II |    | <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><br><input type="checkbox"/> GRAU - II |    |
| Etiologia:   | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> onepatológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | Etiologia:   | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> onepatológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |
| Tamanho da Ferida:   | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm  | Tamanho da Ferida:   | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm  |
| Aparência do Leito:  | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico  | Aparência do Leito:  | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara  |
| Quantidade de Exsudato:  | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante  | Quantidade de Exsudato:  | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><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<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo  | Tipo de exsudato:  | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo  |
| Dor:   | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | Dor:   | <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<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor   | Odor:  | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><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<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:  | Condição da pele Perilesional:   | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:  |
| Solução para limpeza:  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:   | Solução para limpeza:  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:   |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão):  | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:  | Cobertura primária (Contato direto na lesão):  | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:  |
| Hora do curativo:  | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde  | Hora do curativo:  | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde  |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs   | <u>Diário</u>   | Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs   | <u>Diário</u>   |
| Autor e ass. Tec. em Enfermagem  | 01- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/RR 934.622   | 01- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/RR 934.622      | 02- <u>Vanessa da Silva Moraes</u><br>Técnica Enfermagem<br>COREN/RR 965.152 TE   |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro   | 02- <u>Vanessa da Silva Moraes</u><br>Técnica Enfermagem<br>COREN/RR 965.152 TE   | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro   | 01- <u>Ana Carolina da Silva Garcia</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN/RR 934.622   |
| OBS:   | OBS:  | OBS:   | 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 evoluídas 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

ILOIR 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    |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG: EMISSORAF 114807 SSP RR

CPE 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT: AB

Nº REGISTRO 0110192304 VALIDADE 29/01/2026 1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

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

51096

92485240616 RR207968020

750009.000000001081.917005200055





| TRABALHADOR   | MINISTÉRIO DO TRABALHO<br>E EMPREGO   |
|---|---|
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO<br/>FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: <a href="http://WWW.MTE.GOV.BR">WWW.MTE.GOV.BR</a></p> | <p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL</p> <p>REGISTRO: 203.31916.23-6</p> <p>3763257 0050 RR</p> <p>Anderson Porto da Silva</p> <p>ASSINATURA DO TRABALHADOR</p> <p> </p> |

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO   | ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE  |
|---|--|
| <p>ANDERSON PORTO DA SILVA</p> <p>FILIAÇÃO: ANE DEYSE SOUZA PORTO<br/>ALGUSTO DA SILVA</p> <p>NASCIMENTO: 20/01/1999</p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>NATURALIDADE: SÃO LUIZ - RR</p> <p>DOCUMENTO: R.G. - 4596697 - 02/03/2017 - SESP - RR</p> <p>LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995</p> <p>CPF: 001.317.262-00</p> <p>TIT. ELEITOR:</p> <p>LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA</p> <p>DATA DE EMISSÃO: 07/04/2017</p> <p>CNH: SEÇÃO:</p> <p>ZONA:</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>ASSINATURA DO TRABALHADOR</p> | <p>FILIAÇÃO</p> <p>DATA DE NASC. DE PARA</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>L E G E N D A</p> <p>A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO T - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO</p> <p>B - SEP JUDICIAL D - ADOÇÃO F - NÃO VOLUNTÁRIA</p> |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Anderson Porto da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Autônomo  
IDENTIDADE: 4586697  
ENDEREÇO: R: Ageria 300 São Bento

OUTORGADO

NOME: Idair Márcio de Souza  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Autônomo  
IDENTIDADE: 114.807  
ENDEREÇO: R: Antonio R 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](http://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