

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

---

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190491557**

**Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190491557**

**Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

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

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

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

**Recebedor: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

**Valor: R\$ 9.450,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000653**

**Conta: 0000071829-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190491557**

**Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

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

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

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

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	010.169.062-26	Anderson Cordero da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			
Profissão:	Endereço:	Estado:	CPF:
autônomo	Rua: Sebastião França Souza	RR	010.169.062-26
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
Serrado H. campes	Bea Vista	105	casa
E-mail:	CEP:		
ILORRR@HOTMAIL.COM	69.316-416		
Tel.(DDD): (195) 98403-5060			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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) |

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 71 829 0

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: Bea Vista - RR,

Nome: Anderson Cordero da Silva

CPF: 010.169.062-26

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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



# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: N° 19027805B01



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



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



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



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CE405931EF5688C7DC2E.

191

21 AGO. 2019



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19027805B01



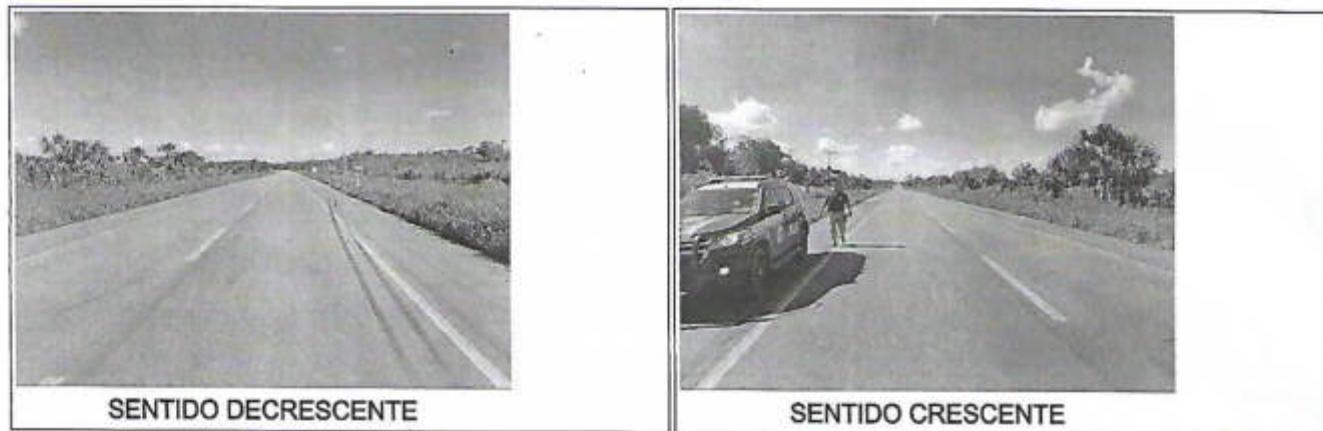
## INFORMAÇÕES GERAIS

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

## ASPECTOS DO LOCAL

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

## IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE

SENTIDO CRESCENTE

## NARRATIVA

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



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF8686C7DC2E.

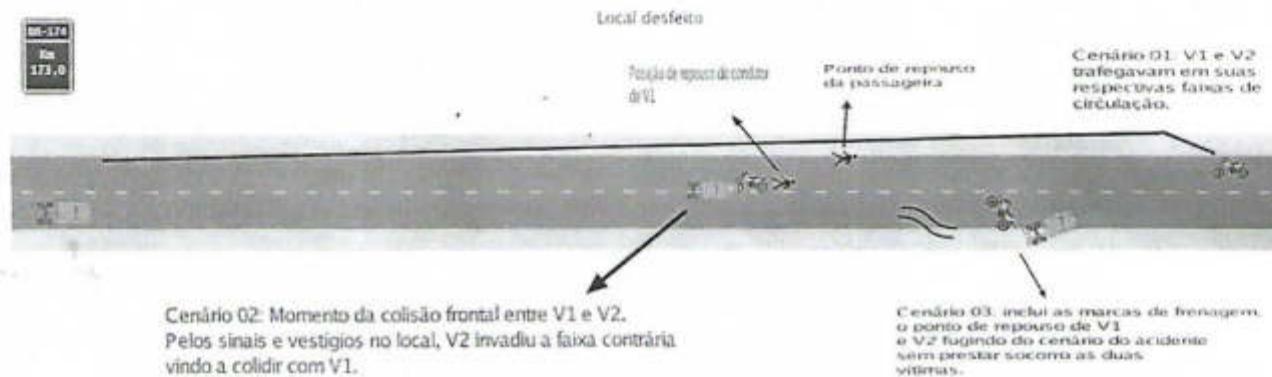
191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

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

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Rorainópolis

Distrito de Nova Crixá

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

### MARCAS NO PAVIMENTO

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



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

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19027805B01

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

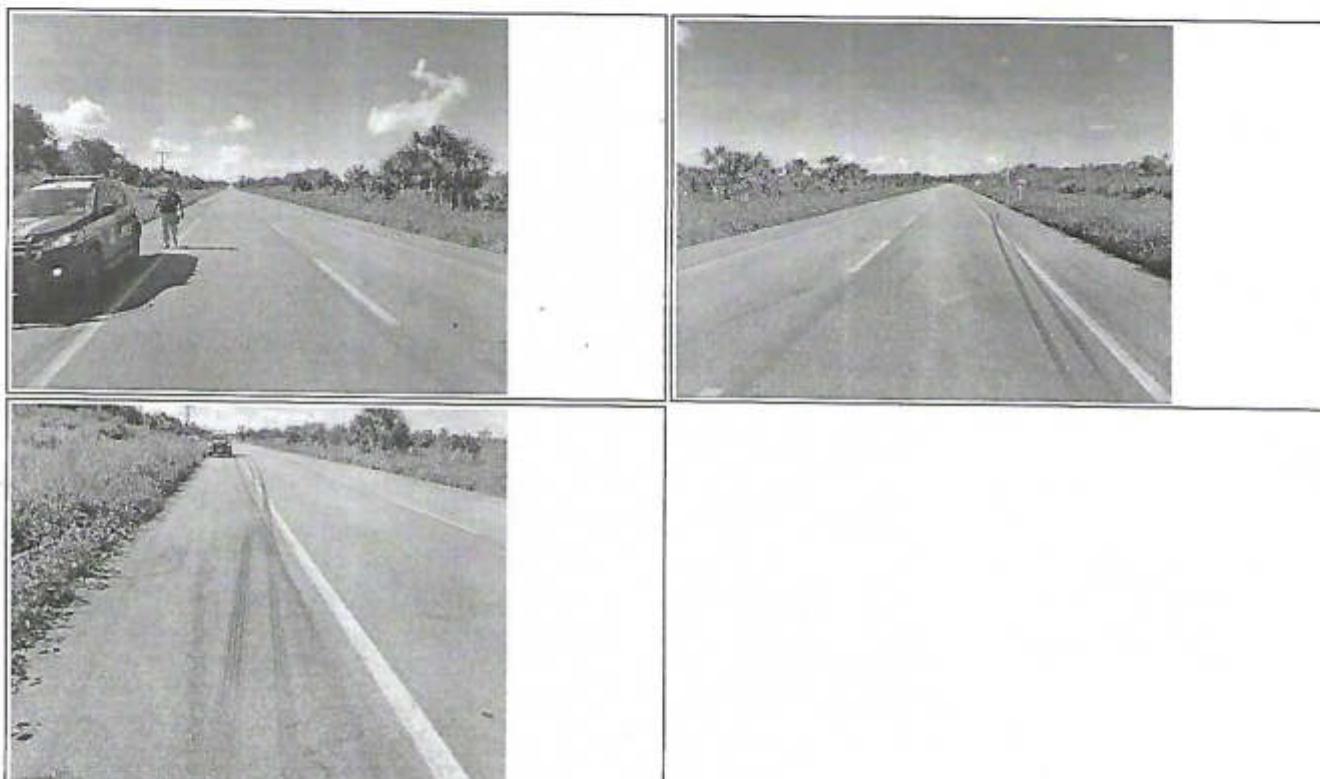
APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão

Solicitação

Comparecimento

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NAQ4199 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NAQ4199 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD

Renavam: 00895484587

Ano fabricação: 2006 Chassi: 9C2KD03107R005060

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Polícia Militar

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



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF6686C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19027805B01

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

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



21 AGO. 2019



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5600C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19027805B01

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

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: NAQ4199

Nº BOAT: 19027805B01

Nome do Agente: PAULO SILVEIRA

Matrícula do Agente: 2323878

Data: 26/05/2019

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

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

21 AGO. 2019



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19027805B01

**V1 - Proprietário**

Nome: FRANQUE DE OLIVEIRA PEREIRA

CPF/CNPJ: 744.839.432-00

Email:

Telefone:

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

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

**V1C - Informações**

Nome: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Data de Nascimento: 03/12/1991

CPF: 010.169.062-26

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

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

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

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

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

Telefone:

Email:

**V1C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

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



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE18CEA05931EF5886C7DC2E.



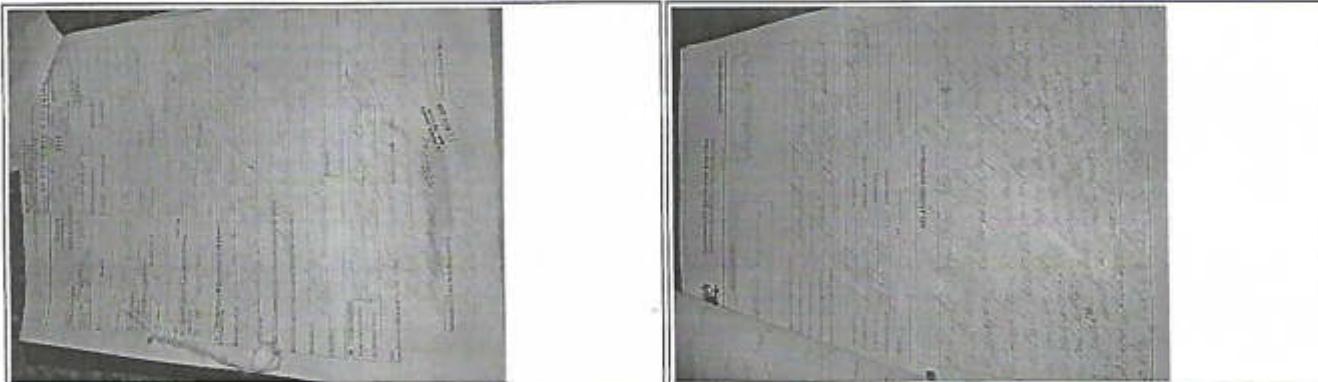


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19027805B01

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES

V1P1 - Informações

Nome: JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES  
CPF: 030.546.902-96  
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 28/07/1985  
Sexo: Feminino  
Usava capacete: Sim

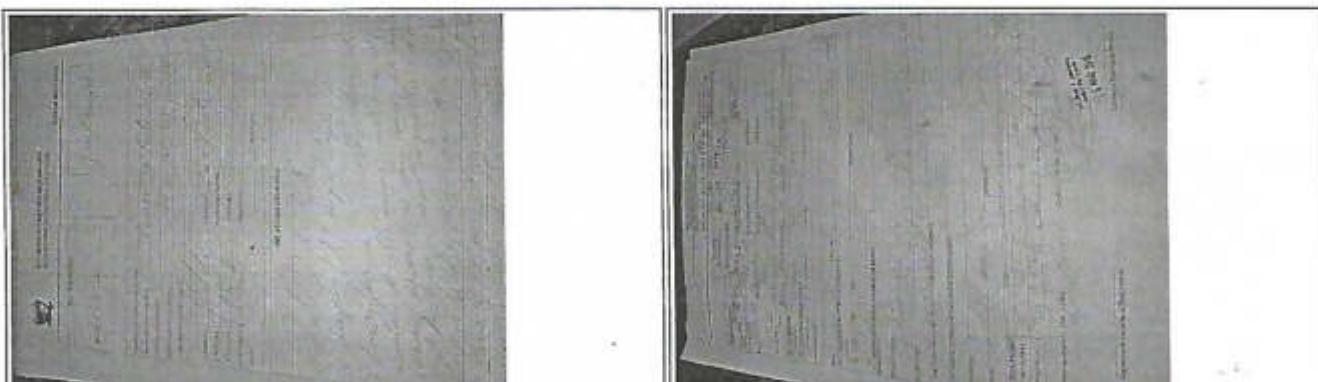
V1P1 - Dados do Contato

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

V1P1 - Encaminhamento

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

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191

21 AGO. 2019



# RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP

PM

Nr ROP

2019291

RR



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

End: BR 174 Próximo a Vicinal 13	N: S/Nº	Bairro: Zona Rural	Referência:
----------------------------------	---------	--------------------	-------------

## PESSOAS RELACIONADAS

Vítima	Nome: Anderson Cordeiro da Silva				Idade: 27	Estado Civil	União estável
1 Endereço	Vila do Equador	Nr: S/Nº	Bairro: Centro	Cidade: Rorainópolis	UF: RR		
Profissão:	Serviço Gerais	RG:	SSP:	CPF:	CNH:	Cat:	
Vítima	Nome: Jenifer Jones Fernandes Marques				Idade: 33	Estado Civil	União estável
2 Endereço	Vila do Equador	Nr: S/Nº	Bairro: Centro	Cidade: Rorainópolis	UF: RR		
Profissão:	Do lar	RG	SSP:	CPF	CNH:	Cat:	
	Nome:				Idade:	Estado Civil	
3 Endereço:		Nr:	Bairro:	Cidade:	UF:		
Profrissão:		RG:	SSP:	CPF:	CNH:	Cat:	
	Nome:				Idade:	Estado Civil	
4 Endereço:		Nr:	Bairro:	Cidade:	UF:		
Profissão:		RG:	SSP:	CPF	CNH	Cat:	
	Nome:				Idade:	Estado Civil:	
5 Endereço		Nr:	Bairro:	Cidade:	UF:		
Profissão:		RG:	SSP	CPF:	CNH	Cat	

## ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

## HISTÓRICO:

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

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

*CONFIRME COM ORIGINA  
FM 28/05/2019  
1º TEN PM  
Mat: 47001626*

21 AGO. 2019

## RELATOR

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

Data:	Hora:	Nome Completo:	RECEBIMENTO	Matrícula:	Função:	Assinatura:
26/05/19	16:35	DANIEL A. DOS SANTOS	47000264	2º PEL/3º CIPM		

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	010.169.062-26	Anderson Cordero da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			
Profissão:	Endereço:	Estado:	CPF:
autônomo	Rua: Sebastião França Souza	RR	010.169.062-26
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
Serrado H. campes	Bea Vista	105	casa
E-mail:	CEP:		
ILORRR@HOTMAIL.COM	69.316-416		
Tel.(DDD): (195) 98403-5060			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

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) |

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 71 829 0

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: Bea Vista - RR,

Nome: Anderson Cordero da Silva

CPF: 010.169.062-26

Assinatura da quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

21 AGO. 2019

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



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

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

Reclassificação:  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Class. de Risco	Promoção Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão
Setor	Type de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU REGIONAL</b>				<b>CLAUDECIR.RODRIGUES</b>
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO 1234 RV 12345 MRV 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
Paciente Tendo de rotulações últimas 2º mês.  
m Geralmente com ressaca de MS (C) e Fazendo  
MS os agudizado com dor nas articulações de  
Exame Físico

Cerimônia de Nossa Senhora do Rosário, dia 15 de Julho, São Simões  
de Sacramento. Ativo sobre História de TCC

Hipótese Diagnóstica  
Psicose crônica

SADT - Exames Complementares  
 RAIOS-X     ULTRA-SON     T.C.     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Novo Sínus coríneo 02 CH (1) Acova Serriceo coríneo Mijahem suscuso Socorro SC de Tern 02 Bafos de ossos.  <i>generis</i>	OK	 

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

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

Impresso por: claudeci,rodrigues  
Data Hora: 27/05/2019 01:00:25

HABILITAL GERAL DO RORAIMA  
Carimbo e Assinatura do Médico, S/N  
Novo Planalto- Tel (95) 2121-0622  
AUTENTICAÇÃO



**BLOCO A**

*Transcrição: 19/06/2019*

Sistema Único de Saúde  
SUS

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

DENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Anairson Correiro da Silva*

173907

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173907

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81980034778+5933

8 - DATA DE NASCIMENTO  
02/03/85

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

*maria Raimunda Correiro da Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991623587

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Lhe c letô auxílio*

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Ho cito gno*

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

*Exame / siva*

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 S CUNDÁRIO 23-13 DENGAS ASSOCIADAS

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Fratura 7 letô auxílio x Broco*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CINRCA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Max*

31 - DATÁRIA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº) O REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - IDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO PIS/SE

38 - SÉRIE

34 - IDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - IDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ DA PREVIDÊNCIA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VENCIMENTO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADOR

39 - EMPREGADA

40 - TUTOR/COM

41 - DESEMPREGO

42 - INSS/INPS

43 - FONTE DE INFORMAÇÃO

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CNAE DA EMPRESA

46 - CNAE DA EMPRESA

47 - CNAE DA EMPRESA

48 - CBOE

49 - CBOE

50 - CBOE

51 - CBOE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E NOME DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - CINRCA

50 - CINRCA

51 - CINRCA

52 - CINRCA

53 - CINRCA

54 - CINRCA

55 - CINRCA

56 - CINRCA

57 - CINRCA

58 - CINRCA

59 - CINRCA

60 - CINRCA

61 - CINRCA

62 - CINRCA

63 - CINRCA

64 - CINRCA

65 - CINRCA

66 - CINRCA

67 - CINRCA

68 - CINRCA

69 - CINRCA

70 - CINRCA

71 - CINRCA

72 - CINRCA

73 - CINRCA

74 - CINRCA

75 - CINRCA

76 - CINRCA

77 - CINRCA

78 - CINRCA

79 - CINRCA

80 - CINRCA

81 - CINRCA

82 - CINRCA

83 - CINRCA

84 - CINRCA

85 - CINRCA

86 - CINRCA

87 - CINRCA

88 - CINRCA

89 - CINRCA

90 - CINRCA

91 - CINRCA

92 - CINRCA

93 - CINRCA

94 - CINRCA

95 - CINRCA

96 - CINRCA

97 - CINRCA

98 - CINRCA

99 - CINRCA

100 - CINRCA

101 - CINRCA

102 - CINRCA

103 - CINRCA

104 - CINRCA

105 - CINRCA

106 - CINRCA

107 - CINRCA

108 - CINRCA

109 - CINRCA

110 - CINRCA

111 - CINRCA

112 - CINRCA

113 - CINRCA

114 - CINRCA

115 - CINRCA

116 - CINRCA

117 - CINRCA

118 - CINRCA

119 - CINRCA

120 - CINRCA

121 - CINRCA

122 - CINRCA

123 - CINRCA

124 - CINRCA

125 - CINRCA

126 - CINRCA

127 - CINRCA

128 - CINRCA

129 - CINRCA

130 - CINRCA

131 - CINRCA

132 - CINRCA

133 - CINRCA

134 - CINRCA

135 - CINRCA

136 - CINRCA

137 - CINRCA

138 - CINRCA

139 - CINRCA

140 - CINRCA

141 - CINRCA

142 - CINRCA

143 - CINRCA

144 - CINRCA

145 - CINRCA

146 - CINRCA

147 - CINRCA

148 - CINRCA

149 - CINRCA

150 - CINRCA

151 - CINRCA

152 - CINRCA

153 - CINRCA

154 - CINRCA

155 - CINRCA

156 - CINRCA

157 - CINRCA

158 - CINRCA

159 - CINRCA

160 - CINRCA

161 - CINRCA

162 - CINRCA

163 - CINRCA

164 - CINRCA

165 - CINRCA

166 - CINRCA

167 - CINRCA

168 - CINRCA

169 - CINRCA

170 - CINRCA

171 - CINRCA

172 - CINRCA

173 - CINRCA

174 - CINRCA

175 - CINRCA

176 - CINRCA

177 - CINRCA

178 - CINRCA

179 - CINRCA

180 - CINRCA

181 - CINRCA

182 - CINRCA

183 - CINRCA

184 - CINRCA

185 - CINRCA

186 - CINRCA

187 - CINRCA

188 - CINRCA

189 - CINRCA

190 - CINRCA

191 - CINRCA

192 - CINRCA

193 - CINRCA

194 - CINRCA

195 - CINRCA

196 - CINRCA

197 - CINRCA

198 - CINRCA

199 - CINRCA

200 - CINRCA

201 - CINRCA

202 - CINRCA

203 - CINRCA

204 - CINRCA

205 - CINRCA

206 - CINRCA

207 - CINRCA

208 - CINRCA

209 - CINRCA

210 - CINRCA

211 - CINRCA

212 - CINRCA

213 - CINRCA

214 - CINRCA

215 - CINRCA

216 - CINRCA

217 - CINRCA

218 - CINRCA

219 - CINRCA

220 - CINRCA

221 - CINRCA

222 - CINRCA

223 - CINRCA

224 -

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/06/19

OS

Anilma C. da Silva

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATORIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Max Soárez Major  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 695  
RQE 434 RQE 691

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Fez abdômen aberto  
② Automa + osteo + coloca capsula  
externa  
③ Fez abdômen  
④ Automa  
⑤ Fpe.

J. H.  
Ass. Cirúrgico Especializado  
Médico Civil 1918

21 AGO. 2019

Acidite, metacitica.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
— "Aprendendo juntas para o sucesso" —

## FICHA DE ANESTESIA

Anderson Conclure da silver, 27 ans

**PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

Boa Vista - RR

9:00

10:00

11:00

27.05.2019

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. midazolam 5 mg/ 2. Fentanil 100 mcg 3. f. vaso 30 mg 4. lidocaina 10 ml 5. Ropivacaína 20 ml		Anestesia: Jejuna + bloqueio de plexo braquial Superficial e inter.	# Check list + monitorização (PAP + ECG + SpO <sub>2</sub> + ECG)
F			
G			
GLUCOSE	100000	Cálcio - Naso / Oro Faringeal Naso / Oftálmico - Cegu Bol - Temp - Calibre de Tubo Soro Múltiplo	1. Fentanil 100 mcg ev 2. midazolam 5 mg ev 3. lidocaina 21. 10 ml 4. Ropivacaína 0,5% 20 ml ev 5. Propofol 30 mg ev 6. Gentamicina 860 mg
HCO <sub>3</sub>			
SANGUE			
SFQ 9% 1000 ml		Dificuldade Técnica	
ZOTAL 1000 ml		TEMPO DE ANESTESIA 40 min	
OPERAÇÃO			
Revisão de curativo cirúrgico NSG e HIG		Laringo - Espasmo - Excesso Secreto Obstrução Respiratória - Disponha "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Anemia Bradí Tropicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Ademias / Rz. Marques	Dr. Mar / 23 fatto		

R. Andressa

Bruno Diogo O. C. Pinto  
Médico  
CRM-RR 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamycin 300 mg
  8. Tenoxicam 40 mg qd
  9. Desmopressin 50 mcg ac
  10. Encainide pacemaker para  
qt.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Jadu 24	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Anderson C. da Silva				27 / 05 /2019

TIPO	CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
	INICIO	FIM	
Revisão de Curativo Longo MSE	9:35	10:00	
MIE			EQUIPE MÉDICA
CIRURGIAO	D. Marc		Dr. Ademias
1º AUXILIAR	Dr. Pablo		Dr. Marcos / Dr. Andre
2º AUXILIAR			
			CIRCULANTE
			Jetro / Rafaela

TIPO DE ANESTESIA:	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR
			QUANT.	MEDICAMENTOS	
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	500ml
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML				
	SERINGA 05 ML				
7	SERINGA 10ML				
7	SERINGA 20ML		1	KIT CATARATA Nº	Ata dura 20cm 1
	Cateteros			GEOFOAM	
	Elétrodos				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO PÓS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Bruno Cris		
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Jetro Rafaela	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

21 AGO. 2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

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

CLIENTE: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 00000071829-0

---

Nr. da Autenticação 1FEFEC559A050BA3



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

---

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3402896

**ANTONIO DE SOUZA RAMOS**

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

RR

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

#### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

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

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

836200000021.567500750003.000000000752.736508190054



21 AGO. 2019

## ENERGIA

Data Número

0108917-0

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enzo Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual 24.007.020-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 003122719  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

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

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS  
CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	xWh	kVArh	ROT: 5.001.12.04.021724
Atual:	51562		
Anterior:	51202		
Constante de Multiplicação:	1,000		
Consumo Medido:	360		
Consumo Faturado:	360	FCAM	

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2207276	N 1519448	1.1.1.2	461
HISTÓRICO kWh			DESCRIÇÃO DA CONTA		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
DEBTOS JA REAVISADOS  
Mes/Ano Valor R\$ Informando existência de débitos(vencidos) no valor de R\$  
04/2019 777,03 XXXXX777,00 (sem acréscimos legais) ate esta data. Caso o(s) débito(s) ja tenham sido paga(s), procurar uma loja de abastecimento de Eletricidade Distribuição Roraima para o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

21 AGO. 2019

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.4900.15E4.9A9F.88BB.3A60

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

DADE

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

FLORESTA

2019 143,70

 RORAIMA  
ENERGIA

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Enzo Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual 24.007.020-3

83620000003 973630075000 6 00000000108 1 01700619008 1



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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Condeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 010-169 062 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Anderson Condeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010-169 0626 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

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

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

Assinatura do Declarante

21 AGO. 2019



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

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

1901115132		27/05/2019 00:57:55	C - DA 21/05/2019		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	3
Paciente	ANDERSON		Data Nascimento	02/03/1985	Idade	34 A 2 M 25 D	CPF	07
DESENHADO	DESCONHECIDO COM O BRAÇO ESQUERDO	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
ANOTADO					M	NAO	PARDA	NACIONALIDADE
Mãe:						INFORMADO		BRASILEIRA
NI:						NI		
Enderço:	RUA - RORAINOPLOS - SN -- BOA VISTA - RR							Contato
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.					
Setor	Tipo da Chegada							
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

21/05/2019 00:57:55		Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
			AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	paciente TROVADO DE ITORORÓS VITIMA DE ACIDENTE no Bairro São José com suspeita de MS @ e FEVEREIRO - MIE 05/05/2019 com ocorrência de ferida aberta, 2 cm de Rorainópolis, concorrente TRAUMA, apresentar desacordo com concordia devido hipotensão arterial em torno, seu sintomas de sacramento ativo para HIS, 2000 de SCC	
Exame Físico		

Hipótese Diagnóstica	POLITRAUMA GRAVE	
----------------------	------------------	--

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: <b>PRESCRIÇÃO</b> Rx: Sintomas contínuos Rx: 02 CH (D) Agudos Rx: Sintomas contínuos MIPHEN Sintoma Rx: Sintomas contínuos de Tumor Rx: 02 BOLAS DE RUMINA	
	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
		OK Rx: 08:20 da manhã

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:	
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 1/1/2019	

Óbito		
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Destino: ( ) Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: claudeci.rodrigues	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Novo Planalto Tel: (55) 2121-0621 AUTENTICAÇÃO
Data Hora: 27/05/2019 01:00:25	21 AGO. 2019
21 AGO. 2019	1. AGO. 2019
	Certifico e Digo Falso que a presente
	é a assinatura original

**BLOCO A**

*Transcrição: 19/06/2019*

Sistema Único de Saúde  
SUS

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

DENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Anairson Correiro da Silva*

173907

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - ARTADO NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

81980034778+5933

02/03/85

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

*173907*

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

*maria Raimunda Correiro da Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991623587

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Lhe c letô auxílio*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Ho cito gno*

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

*Exame / siva*

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 S CUNDÁRIO 23 O 13 DENGAS ASSOCIADAS

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Fratura 7 letô auxílio x Broco*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Ho cito gno*

26 - DOCUMENTO

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

27 - CNISCA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Max*

31 - DATÁRIA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - IDENTA DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO PIS/SE

38 - SÉRIE

34 - IDENT. DE TRABALHO TÍPICO

39 - EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - IDENTA DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VENCIMENTO COM A PREVIDÊNCIA

42 - VENCIMENTO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

43 - VENCIMENTO COM A PREVIDÊNCIA

43 - VENCIMENTO

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOE

44 - CNAE DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOE

46 - CBOE

45 - CBOE

45 - CBOE

46 - CBOE

47 - CBOE

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E NOME DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/06/19

OS

*Andréa C. da Silva*

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

*plus*  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:*Pat. galv / prc lbt antifibro  
lacr. colo Braco (C)  
fto o/pups*

## TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

## DIAGNÓSTICO OPERATORIO:

CIRURGIÃO: *J. L. S.*

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

*Dr. Max Soárez Major  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/RJ 695  
RQE 434 RQE 691*

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

① ret. do h. fib. placa metálica  
② aut. násp. + ondas + colarín caps.  
extens  
③ fer. el. Braco ④ col. cir. p/fer.  
⑤ aut. f. u.  
⑥ pp.

*J. L. S.*  
Ass. Cirúrgico Especializado  
Médico Civil RJ 1918

21 AGO. 2019

Acidite, metacitica.



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
— "Aprendendo juntas para o sucesso" —

## FICHA DE ANESTESIA

Anderson conclude da sítios, etc. atra

**PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

Boa Vista - RR

9:00

10:00

11:00

27.05.2019

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

	9:00	10:00	11:00		
N <sup>o</sup> 20	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
N <sup>o</sup> 02	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45
<b>UOLHOS</b>	<b>A</b>	<b>V</b>	<b>C</b>		
MENSAJES					
	500 ml	500 ml			
DA	240	150 140 130 120 110 100 + 60			
X	220				
11:00	200	180 170 160			
ANEST.	180				
Z	160				
SP	140				
O	120				
TEMP	100				
ASPIR.	80	110 100 90 80			
A	60				
RESP	40				
O	20				
	Expirat.				
	Assist.				
	Contro.				
SABOLOS	X 2 3 6 7 5 9 10				
	4				

H<sup>o</sup>  
Beira Vista - RR  
27.05.2019

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. midazolam 5 mg/ 2. Fentanil 100 mcg 3. f. vaso 30 mg 4. lidocaina 10 ml 5. Ropivacaína 20 ml		Anestesia: Jejuna + bloqueio de plexo braquial Superficial e inter.	# Check list + monitorização (PAP + ECG + SpO <sub>2</sub> + ECG)
F			
G			
GLUCOSE	100000	Cálcio - Naso / Oro Faringeal Naso / Oftálmico - Cegu Bol - Temp - Calibre de Tubo Soro Múltiplo	1. Fentanil 100 mcg ev 2. midazolam 5 mg ev 3. lidocaina 21. 10 ml 4. Ropivacaína 0,5% 20 ml ev 5. Propofol 30 mg ev 6. Gentamicina 860 mg
HCO <sub>3</sub>			
SANGUE			
SFQ 9% 1000 ml		Dificuldade Técnica	
ZOTAL 1000 ml		TEMPO DE ANESTESIA 40 min	
OPERAÇÃO			
Revisão de curativo cirúrgico NSG e HIG		Laringo - Espasmo - Excesso Secreto Obstrução Respiratória - Disponha "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Anemia Bradí Tropicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Ademias / Rz. Marques	Dr. Mar / 23 fatto		

R. Andressa

Bruno Diogo O. C. Pinto  
Médico  
CRM-RR 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamycin 300 mg  
 8. Tenoxicam 40 mg qd  
 9. Desmopressin 50 mcg ac  
 10. Encainide paciente para  
     qt.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Jadu 24	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Anderson C. da Silva				27 / 05 /2019

TIPO	CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
	INICIO	FIM	
Revisão de Curativo Longo MSE	9:35	10:00	
MIE			EQUIPE MÉDICA
CIRURGIAO	D. Marc		Dr. Ademias
1º AUXILIAR	Dr. Pablo		Dr. Marcos / Dr. Andre
2º AUXILIAR			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Baquid			CIRCULANTE Jetu / Rafaela
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	500ml
1	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL		FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			
1	SERINGA 05 ML			
1	SERINGA 10ML			
1	SERINGA 20ML			
1	Cateteros	100ml		
1	Elétrodos			

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO PÓS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
	Bruno Cris		
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Jetu Rafaela	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	SOMA

21 AGO. 2019





ENDERECO

Educação médica

PACIENTE

Nº

BAIRRO

BLOCO

ENFERMARIA

LEITO

Demandas/Reclamações/Informações/Solicitações

Enviado para

Data Enviada

Nº

AP

Anderson Cordeiro da Silva, 27 anos;  
# Polirravuma: colisão de moto, não lembra o encontro; tripode do hosp. Rosário nobre; não encontro filha de referência;  
A: PVAP, xim, color, B: omu@, boloquimento: 0/RA; C: O custo  
bastante meliorado em torno (C), amputação hemicrânica em  
MS@, Fc. 530, PA: 140x100 SpO<sub>2</sub>: 100%. c) O<sub>2</sub> suplementar,  
SVD,

Já realizada DCH + plasma pelo plantão antecubi.

CD. Rx

HV

Aplicação ortopédica p/ regularização de coto  
hebs de infusão.

Dr. Fernandes  
Clínico Geral e Pediátrico  
e J. L. S.

21 AGO. 2019

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

FILIAÇÃO.....

MARIA RAIMUNDA CORDEIRO DA SILVA  
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO...: 03/12/1991

SOLTEIRO

ESTADO CIVIL: RORAIMA - RR

NATURALIDADE: RORAINOPOLIS - RR

DOCUMENTO...: C. I 270015.1012/2002 SESP RR

LEI Nº 9.649, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 010.169.062-26

TIT. ELEITOR: 004116372623

CNIS:

SEGURO: 0108

ZONA:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SR.TERR. - 29/01/2008



21 AGO. 2019

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.11.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.152 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 contém neste documento, e o seu estado de conservação, espelha, a conduta à qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, esse deve protegê-la e cuidá-la, pois além de ter 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 FONDO DE ANTIPOSSOAL TRABALHADOR.

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.99685.27-9

0480650

003-0

RR

*Anderson cordeiro da silva*



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**980151096**

NOME		ILOIR INACIO DE SOUZA	
		DOC. IDENTIDADE	RG. EMISSOR/UF
		114807	SSP RR
		CPF	383.051.512-04
		DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
		FILIAÇÃO	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
		ONIRIA INACIO DE	OLIVEIRA
		PERMISSÃO	ACC CAT/HAB AB
Nº REGISTRO		01101972304	VALIDADE
			28/01/2020
			1ª HABILITAÇÃO
			15/12/1999
OBSERVAÇÕES			

*(Signature)*

ASINADA PELA DO PORTADOR

LOCAL

**BOA VISTA - RORAIMA**

DATA DE EMISSÃO

**30/01/2015**

JUSCELINO KUMTBACHEN PEREIRA  
CHEFÃO PRESIDENTE  
ASSINATURA DO EMISSOR

**92485240616**  
**RR207968020**

**DET/RN/RY/RURAI/MA**

**980151096**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**21 AGO. 2019**

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Anderson Cordeiro da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	270015 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Sebastião França Souza, 105, senador M. Campos

### OUTORGADO

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

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

Boa Vista - RR, 01/08/2019

LOCAL E DATA

Anderson Cordeiro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

21 AGO. 2019

**DANIEL AQUINO**  
30365-3 d435175a6486  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabuleiro e Registrador  
Av. Ataíde Teixeira, 4307 - Áia Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (065) 3627-4196  
boavista@cartorioaquino.com.br

Em testemunho da verdade, RPO  
o que dou fôr Boa Vista/RR, 01 de agosto de 2019.  
Consulte essa(s) firma(s) abaixo em cidadão.portalsejcom.br  
RECFIR166295CB3GAQSW6OXRLH24 /

130.365  
Lidiane Silveira Lopes  
Lidiane Silveira Lopes  
Documento Autorizado  
DANIEL AQUINO

Volume(s): R\$ 2,45 Fundo(s): R\$ 0,65 Selo(s): R\$ 1,00 Total: R\$ 4,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287807/19

**Vítima:** ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 010.169.062-26

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### ANDERSON CORDEIRO DA SILVA : 010.169.062-26

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

MANOEL COELHO NETO