
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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491557

Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

Recebedor: **ANDERSON CORDEIRO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000071829-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 010.169.062-26 Nome completo da vítima: Anderson Córdova da Silva

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

Nome completo: Anderson Córdova da Silva CPF: 010.169.062-26
Profissão: autônomo Endereço: Rua Sebastião Francisco Souza Número: 105 Complemento: casa
Bairro: Senador H. Campos Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69.316-416
E-mail: IL01RRR@HOMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 71829 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

TESTEMUNHAS

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

21 AGO 2019



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19027805B01



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



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



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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CE/05931EF5686C7DC2E.

191

21 AGO. 2019



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

INFORMAÇÕES GERAIS

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

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
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 ocorreria a colisão conforme vestígios biológicos contidos no local. Após a colisão, V2 seguiu em direção ao acostamento do sentido decrescente arrastando por 09 metros V1, onde parou, trajetória essa constatada a partir da análise de marcas de atrito (8 metros de extensão). O condutor de V2, após tirar a motocicleta debaixo do veículo V2, fugiu



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

191



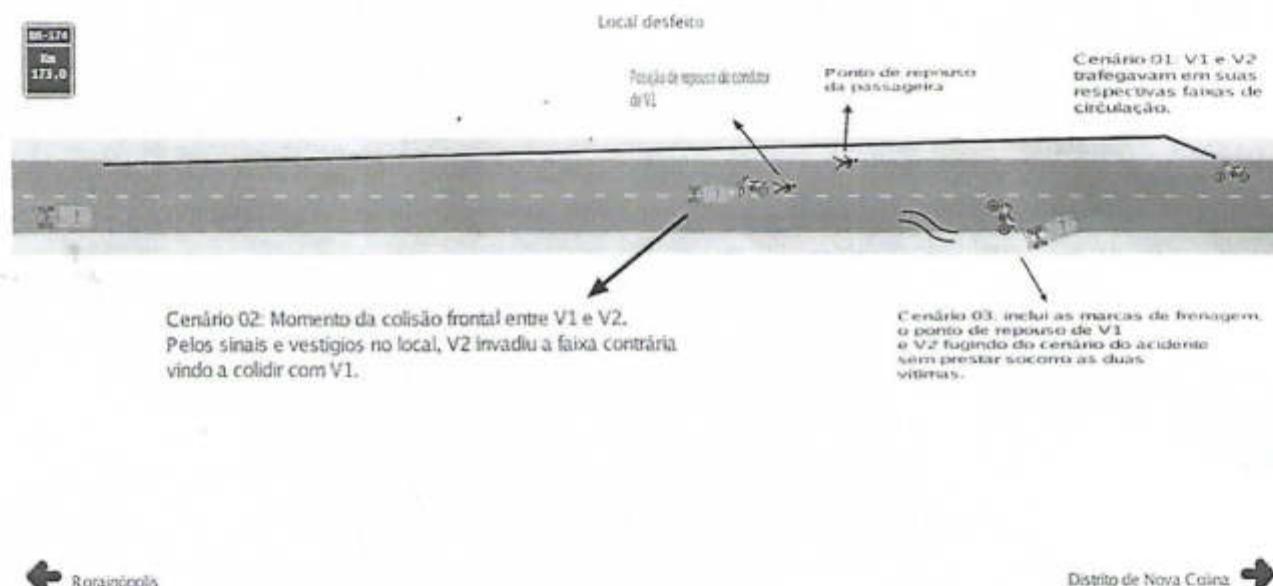
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

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

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

MARCAS NO PAVIMENTO

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



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323878, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão

Solicitação

Comparecimento

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NAQ4199 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

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

Ano fabricação: 2006 Chassi: 9C2KD03107R005060

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

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

Renavam: 00895484587

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Preta

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



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 2323876, Policial Rodoviário Federal, em 30/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobet/autenticar>, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

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 1B4D05AE15CEA05931EF5686C7DC2E.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

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

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: NAQ4199

Nº BOAT: 19027805B01

Nome do Agente: PAULO SILVEIRA

Matrícula do Agente: 2323878

Data: 26/05/2019

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

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

21 AGO. 2019



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

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

V1 - Proprietário

Nome: FRANQUE DE OLIVEIRA PEREIRA

CPF/CNPJ: 744.839.432-00

Email:

Telefone:

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

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Data de Nascimento: 03/12/1991

CPF: 010.169.062-26

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

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

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

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

Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

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



Documento assinado eletronicamente por PAULO SILVEIRA, matrícula 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/novobol> autenticar, informando o protocolo 19027805B01 e o número de controle 1B4D05AE18CEA05931EF5686C7DC2E.

191

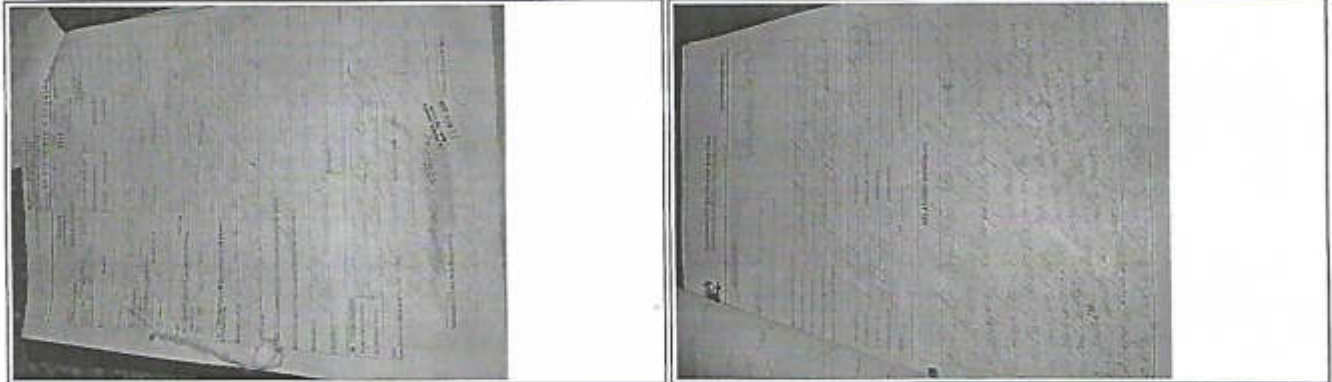


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19027805B01

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES

V1P1 - Informações

Nome: JENNIFER JONES FERNANDES MARQUES

CPF: 030.546.902-96

Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 28/07/1985

Sexo: Feminino

Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

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

Telefone:

Email:

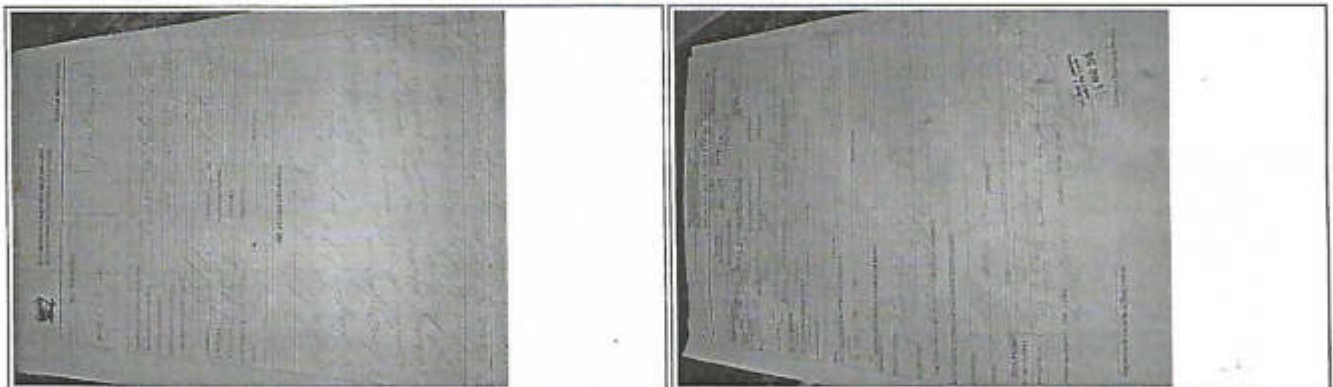
V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

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

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



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



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP



PM

Nr ROP

2019291

RR

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA

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:	
3	Nome:			Idade:		Estado Civil	
Endereço:		Nr:		Bairro:		Cidade:	
Profissão:		RG:		SSP:		CPF:	
				CNH:		Cat:	
4	Nome:			Idade:		Estado Civil	
Endereço:		Nr:		Bairro:		Cidade:	
Profissão:		RG:		SSP:		CPF:	
				CNH:		Cat:	
5	Nome:			Idade:		Estado Civil:	
Endereço:		Nr:		Bairro:		Cidade:	
Profissão:		RG:		SSP:		CPF:	
				CNH:		Cat:	

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

HISTÓRICO:

Sr Delegado de Polícia Civil de Rorainópolis, quando esta guarnição de serviço estava em deslocamento de Nova Colina para Rorainópolis, nos deparamos com duas vítimas de acidente de trânsito, que segundo as vítimas relataram que um caminhão baú de cor prata havia causado o episódio e evadido-se sem prestar socorros. Então entramos em contato com o SAMU e o Corpo de Bombeiros para fazer as imobilizações e remover as vítimas para o hospital de Rorainópolis. Informo ainda que a vítima Anderson Cordeiro da Silva teve o braço esquerdo decepado e a Operra 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 que a vítima Anderson Cordeiro da Silva passou por uma cirurgia e mesmo assim perdeu o braço esquerdo e teve fraturas multiplas na perna, e que a vítima Jenifer Jones Fernandes Marques também irá passar por uma cirurgia, pois teves vários ligamentos rompidos.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 28/05/2019
Fm 13:50 PM
Marcelino NOBRE de Souza
1º TEN PM
Mat: 47001626

21 AGO. 2019

RELATOR

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

Data: 26/05/19 Hora: 16:35 Nome Completo: RECEBIMENTO Matricula: Função: Assinatura:
DANIEL A. DOS SANTOS 47200567

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 010.169.062-26 Nome completo da vítima: Anderson Córdova da Silva

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

Nome completo: Anderson Córdova da Silva CPF: 010.169.062-26
Profissão: autônomo Endereço: Rua Sebastião Francisco Souza Número: 105 Complemento: casa
Bairro: Senador H. Campos Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69.316-416
E-mail: IL01RRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 71829 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

TESTEMUNHAS

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

21 AGO 2019

HG

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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1901115132 27/05/2019 00:57:55

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente **Anderson C. DA SILVA** Data Nascimento **02/03/1985** Idade **34 A 2 M 25 D** CNS **07** CPF **07** Prontuário
DESCONHECIDO COM O BRACO ESQUERDO
AMPUTADO Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA** Nacionalidade
Mãe **NI** Contato **19.06.19** Ocupação
Endereço **RUA - RORAINOPLOS - SN - - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol. **Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Relato de trauma de traumatismo vítima de acidente de moto com amputação de MS e fratura de MIE e agorismo cirúrgico e pelo ortopédico de

Exame Físico

Amputação, consciente, intacto, apresentando rebaixamento de consciência devido hipovolemia, entubado em VMD, sem sinais de sangramento ativo nem HIE, ECG de TCE

Hipótese Diagnóstica

Politrauma grave

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Medicação contínua

MI

02 CH (10) Agorismo

Suporte contínuo Monitoramento

Suporte de TCC

02 Bolus de Plasma

OK

Trametes coletados às 08:20 da manhã

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

21 AGO. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
1 AGO. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel ao Original



1901115132

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/06/19

OS

Amílcar C. da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Max Souza Nery
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM RR 695
RQE 434 RQE 691

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) PET 004 L3 plano anterior
- 2) antissepsia + limpeza + colocação curativo
- 3) Extensão
- 4) Lave e de Brucelose com curativo
- 5) curativo
- 6) ppe.

21 AGO. 2019

Ass. Carlos Eduardo de Jesus
Médico Grad 1988



Anderson Cordeiro da Silva, 27 anos

Nº
Boa Vista - PR
27.05.2019

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		H	
		15	30
AGENTES			
DA	240		
F	220		
12.30	200		
10.00	180		
8.00	160		
6.00	140		
4.00	120		
2.00	100		
0.00	80		
TEMP			
ASPIR			
RESPI			
EXFANT			
ANEST			
CONTRO			

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
Midazolam 5mg		Anestesia Venosa + bloqueio	
Fentanyl 100 mcg		de plexo braquial S. p. adom.	
Propofol 30 mg		e inter.	
Lidocaína 10 ml			
Ropivacaína 20 ml			
GLUCOSE	QUANTOS		
NGCO			
SANGUE			
SFG 9.9	1000 ml		
TEMP	1000 ml		
OPERAÇÃO			
Dr. Adonias / R. Marcos			
Dr. Max / R. Paulo			

RA Andressa

Bruno Thiago O. P. Pinto
Médico
CRM-PR 1025

21 AGO. 2019

1. Clindamicina 900 mg
2. Piroxicam 40 mg EV
3. Desametasona 10 mg a/
4. Ciramido paciente para
5. qd.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade 37	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Anderson C. da Silva					27 / 05 / 2019
TIPO		CIRURGIA			
Remissão de Cistite Cirúrgica MSc		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
MIE		9:35	10:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		Dr. Adônias	
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Dr. Marcos / Dr. Anderson	
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Jetro / Rafaela	
TIPO DE ANESTESIA:		Bloqueio Plesco Braqui			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT.	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500mL	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	Adams 20cm	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
7	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 20ML		1	OUTROS: Equipamento	
1	Cateteres		100mL		
1	Eléctrodo				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Bruno	SUB-TOTAL			
	Luiza	TAXA DE SALA			
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA			
	Jetro	SOMA			
	Rafaela	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: 000000071829-0

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836200000021.567500750003.000000000752.736508190054

**21 AGO. 2019**

ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Guiricéz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.023-3
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 10.438 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		DATAS DA LEITURA	
Atual	51562	Atual	24/06/2019
Anterior	51202	Anterior	27/05/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	24/07/2019
Consumo Medido	360	Emissão	19/06/2019
Consumo Faturado	360	Apresentação	24/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classificação	28
Ligação	Residencial
Numero Medidor	2207276
Poste	N 1519448
Código Fat	1.1.1.2
Méio 12 meses	461

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO


DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
04/2019 777,03
Informamos a existência de débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 (setecentos e setenta e sete reais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Eletronovas Distribuição Roraima, com o(s) comprovante(s) de pagamento.

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

21 AGO. 2019

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

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00						0,00
FLORESTA						
ROT: 5.001.12.04						
2019 143,70						



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Guiricéz 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44

0108917-0

06/2019

003122719 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

373,63

VENCIMENTO

11/07/2019



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilêr Inácio 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 Anualidade da Vítima Anderson Condeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.169.062 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

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


Assinatura do Declarante

21 AGO. 2019

HG

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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1901115132 27/05/2019 00:57:55

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente **ANDERSON C. DA SILVA** Data Nascimento **02/03/1985** Idade **34 A 2 M 25 D** CNS **CPF 07** Prontuário
DESCONHECIDO COM O BRACO ESQUERDO
AMPUTADO Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA** Nacionalidade
Mãe **NI** Contato **19.06.19** Ocupação
Endereço **RUA - RORAINOPLOS - SN -- BOA VISTA - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **Nº da Carteira** Validade **Autorização** Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol. **Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Política Trauma de Roraima vítima de acidente de trânsito com amputação de MS e fratura de MIE e agorismo cirúrgico e pelo amputação de

Exame Físico

Roraima, consciente, tímido, apresentando desconforto de dor no membro superior esquerdo, entorpecido, sem sinais de sangramento ativo nem HIE, ECG de TCE

Hipótese Diagnóstica

Politrauma grave

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Medicação contínua

M

O2CH (10) Agorismo

Sintomas contínuos Membro superior esquerdo

Sintomas de dor

O2 80% de oxigênio

O2 80% de oxigênio

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

21 AGO. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
1 AGO. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel ao Original



1901115132

A BLOCO A

Transmissão: 19/06/2019

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
------------------------	---------------------	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		173907
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
8 9 8 0 0 3 4 7 7 8 7 5 9 3 3		02 / 03 / 85
9 - SEXO		M
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO
maria Raimunda Cordeiro da Silva		9599 1623587
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, PAÍS)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CID - IBGE MUNICÍPIO
		15 - UF
		16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Lm e loto supletivo	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Ho Curgu	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exame físico	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Tuberculose pulmonar - Baco	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 S	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Ho Curgu			
26 - CID ICD-9		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Alex		17/06/2019	
		32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - NOME DE TRABALHO	34 - CNH DA SEGURADORA	37 - Nº DO FILHO E	38 - SÉRIE
39 - IDENTIDADE DE TRABALHO TÍPICO	40 - CNH DA SEGURADORA	41 - CBOR	
42 - IDENTIDADE DE TRABALHO DRAJETO	43 - CNH DA SEGURADORA	44 - CBOR	
45 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA	46 - CNH DA SEGURADORA	47 - CBOR	
48 - EMPREGADO	49 - EMPREGADO	50 - AUTÔNOMO	51 - DESEMPREGADO
52 - EMPREGADO	53 - EMPREGADO	54 - AUTÔNOMO	55 - DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - Nº DO FILHO E	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
17/06/2019			
		21 AGO. 2019	
		5581	
		173907	

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/06/19

OS

Amilcar C. da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Max Souza Nery
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito
CRM RR 695
RQE 434 RQE 691

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① PET 004 L3 plano anterior
- ② antissepsia + ampen + colocação curps
- Extens
- ③ Lave de Brucis ④ Lave antiseptico
- ④ curps
- ⑤ ppe.

21 AGO. 2019

Ass. Cardulo E. da Silva
Médico Grad 1988

R1 Andriana

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

21 AGO. 2019

7. Clindamicina 900 mg
8. Penoxicam 40 mg 6x
9. Desametasolona 10 mg a/...
10. Curamileo paciente para
gt.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade 37	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Anderson C. da Silva					27 / 05 / 2019	
TIPO			CIRURGIA			
Remissão de Cistite Cirúrgica M.E.			TEMPO DE DURAÇÃO			
			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			9:35	10:00		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:		Dr. Adônias	
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA:		Dr. Marcos / Dr. Anderson	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR			
			CIRCULANTE			
			Jetro / Rafaela			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Plesco Braqui			TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS + SEDA COT.	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR	
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml		
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
	LUVA ESTERIL			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº		
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº		
	SERINGA 01ML			SURGICEL		
	SERINGA 03ML		1	Kit Catarata Nº	Atadum 20cm	
	SERINGA 05 ML			GEOFOAM		
7	SERINGA 10ML			OUTROS: Equipamento		
7	SERINGA 20ML		1		Equipamento	
1	Cateteres		100ml			
1	Eléctrodo					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Bruno	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		Jetro	TAXA DE ANESTESIA			
		Rafaela	SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

21 AGO. 2019

Nome: Mago
Nº: 1111
Data: 27/05/19
Idade: 27



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO/SRPA

Nome: Anderson Cardoso de Silva

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				Sinais Vitais			
Data:	Idade:	Entrada na Sala:	Início da Cirurgia:	Início Anestesia:	Término Cirurgia:	Saída S.O.:	Cirurgia Realizada:	Y	P		
27/05/19	27	07:56	9:35	9:40	10:00		<u>BPB + Sedação</u>	1h	PA		
<p><u>Procedimento: Angiografia BPB + Sedação D.D</u></p> <p><u>Medicação: MDE</u></p> <p><u>Infusão: 5% a 0.9% KCl 100ml + Noma, Contorno 30CH</u></p> <p><u>Dose: 100mg</u></p> <p><u>Plaquetas: 9</u></p> <p><u>Nº de compressas oferecidas: 15</u></p> <p><u>Nº de compressas recolhidas: 15</u></p> <p><u>Sinais Vitais: SAT 100% P 100 bpm R 100 mmHg FC 104 bpm PA 148/77 mmHg</u></p>				<p><u>Posicionamento: D.D</u></p> <p><u>Hemoderivados: 0</u></p> <p><u>Plaquetas: 9</u></p> <p><u>Anátomo Patológico: Não</u></p>		<p><u>1h</u></p> <p><u>2h</u></p> <p><u>3h</u></p> <p><u>4h</u></p> <p><u>5h</u></p>		<p><u>1h</u></p> <p><u>2h</u></p> <p><u>3h</u></p> <p><u>4h</u></p> <p><u>5h</u></p>			
<p><u>1. Informações:</u></p> <p><u>2. Estado Emocional/ Mental:</u></p> <p><u>3. Agitação:</u></p> <p><u>4. Outros:</u></p>				<p><u>5. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>6. FC 106 bpm</u></p> <p><u>7. SAT 93%</u></p> <p><u>8. P 100 bpm</u></p> <p><u>9. R 100 mmHg</u></p> <p><u>10. FC 104 bpm</u></p> <p><u>11. PA 148/77 mmHg</u></p>				<p><u>12. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>13. FC 106 bpm</u></p> <p><u>14. SAT 93%</u></p> <p><u>15. P 100 bpm</u></p> <p><u>16. R 100 mmHg</u></p> <p><u>17. FC 104 bpm</u></p> <p><u>18. PA 148/77 mmHg</u></p>		<p><u>19. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>20. FC 106 bpm</u></p> <p><u>21. SAT 93%</u></p> <p><u>22. P 100 bpm</u></p> <p><u>23. R 100 mmHg</u></p> <p><u>24. FC 104 bpm</u></p> <p><u>25. PA 148/77 mmHg</u></p>	
<p><u>4. Condições da Pele:</u></p> <p><u>5. Ferimento:</u></p> <p><u>6. Queimado:</u></p> <p><u>7. Hematoma:</u></p> <p><u>8. Contusão:</u></p> <p><u>9. Infecção:</u></p> <p><u>10. Amputação M.E.</u></p> <p><u>11. Fratura Exposta:</u></p> <p><u>12. Outras:</u></p>				<p><u>13. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>14. FC 106 bpm</u></p> <p><u>15. SAT 93%</u></p> <p><u>16. P 100 bpm</u></p> <p><u>17. R 100 mmHg</u></p> <p><u>18. FC 104 bpm</u></p> <p><u>19. PA 148/77 mmHg</u></p>				<p><u>20. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>21. FC 106 bpm</u></p> <p><u>22. SAT 93%</u></p> <p><u>23. P 100 bpm</u></p> <p><u>24. R 100 mmHg</u></p> <p><u>25. FC 104 bpm</u></p> <p><u>26. PA 148/77 mmHg</u></p>		<p><u>27. Sinais Vitais:</u></p> <p><u>28. FC 106 bpm</u></p> <p><u>29. SAT 93%</u></p> <p><u>30. P 100 bpm</u></p> <p><u>31. R 100 mmHg</u></p> <p><u>32. FC 104 bpm</u></p> <p><u>33. PA 148/77 mmHg</u></p>	

21 AGO. 2019

Destino: SRPA () UP () Outros: _____

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros de _____

ENDEREÇO: Evidência médica
 Nº: BAIRRO:
 PACIENTE: BLOCO: ENFERMARIA: LEITO:

Denúncia/Reclamo/Sugestão/Informação/Solicitação/Elogio: 19
 Enviado para: Data Enviada: Nº:

27/08/2019
 Anderson Cordeiro da Silva, 27 anos;
 # Polítoma: Colisão de moto, não lembra o mecanismo;
 tirado do hosp. Roraimópolis; não encontra filha de
 referência;
 A-pVAP, xrx, color, B-omv(+), bioludamento: D/PA; CD Cusatos
 bastante melancólico em cama (C); amputação traumática em
 M5(C); Fc: 130; PA: 140x100 SpO2: 100% c/ O2 suplementar;
 SVD;

- Foi realizado LCH + Iplasma pelo plantar anterior

CP. Rx
HV

Aplicação autóloga pl/ regularização de coto
 heels de referência.

Dr. Fernando José Martins Faria
 Cirurgião Ortopedista e
 Traumatologista

21 AGO. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, ETASSORAM)
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
20/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
JUSCELINO KURITSCHER PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

92485240616
RR207968020

DETRAN RR (ROFAIMA)

21 AGO. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

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

OUTORGADO

NOME:	João Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

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

Boa Vista - RR, 02/08/2019

LOCAL E DATA



Anderson Cedeiro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

21 AGO. 2019

DANIEL AQUINO
303653d415175e0486
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ANDERSON CEDEIRO DA SILVA

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Antônio Teixeira, 4207 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (081) 2627-4100
E-mail: daniel@boavista2cartorioaquino.com.br

130.365
Lidiane Silva Lopes
Procuradora Autorizada

In testemunha da verdade, BPO
João Inácio de Souza, Tabelião e Registrador, em 02 de agosto de 2019.
Consulte e(a) selo(s) abaixo em: cidadao.portalselem.com.br
REC.FIR.156296CB3GAQSW8OXRLH241

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,45 SEL. O: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,40

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287807/19

Vítima: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

CPF: 010.169.062-26

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA : 010.169.062-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ANDERSON CORDEIRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO