



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: 3189994

DANIELY LIMA BARBOSA

RD RR 319 ESTRADA PASSARAO, S/N ,

69300000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1099272	07/2019	05-JUN-19 a 05-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
229	01-AUG-19	R\$ 122,56

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

re corte agui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO FNE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1099272	07/2019	R\$ 122,56

11000227207190053



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



Para contactar conosco informe este número:

SEU CÓDIGO
0126055-3

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.700/0001-44 | Insr. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 002977634

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada

CONTAMÉS		VENCIMENTO	pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.	
MAIO/2019	26/06/2019	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)	
		272	244,05	

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO
CPF: 00005763937899
CEP: 69.381-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh		DATAS DA LEITURA
Atual:		18317			29/05/2019
Anterior:		1.000			26/04/2019
Constante de Multiplicação:		272			26/06/2019
Consumo Medido:	272		FCAM		Próxima Leitura:
Consumo Faturado:					Emissão:
					29/05/2019
					Arquivamento:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

WIR-FÄRBE.de

MES/ANO	KWH	DESCRICAO DA CONTA	VALOR
Melhor consumo			
ABR/19	345	CONSUMO 272 A R\$ 0,16602 =	207,97
MAR/19	253	CORRECAO MONETARIA DA 02/19-00	0,12
FEV/19	255	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	1,75
JAN/19	191	MULTA POR ATRASO DE I 02/19-00	1,58
DEZ/18	295	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00	0,29
NOV/18	305	MULTA POR ATRASO 02/19-00	3,98
OUT/18	341	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00	2,26
SET/18	283	ILUMINACAO PUBLICA	
AGO/18	202		
JUL/18	337		
TOTAL SEM TRIBUTOS:			
	842	272 - 0,63620	

MENSAGENS IMPORTANTES

DETALHES IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
04/2019	303,58
03/2019	221,70

LIQUE 0200701929 - FATA 00023 WENSTAD

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	113,30	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	35,35
Transmissão:	5,88	Valor do ICMS:	0,00
Encargos:	35,35	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

-10%		+10%		0,0%		+10%	
6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	6,03
1,07			4,00			0,42	
CENTRO		03/2019		83,00			
ROT: 12.001.02.11.603050							



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garoza 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.016.470/0001-44 | Rod. Everaldo F. 24.333.022-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

VALDEIR PEREIRA CARDOSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.042.192-00,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima VALDEIR PEREIRA CARDOSO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.042.192-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

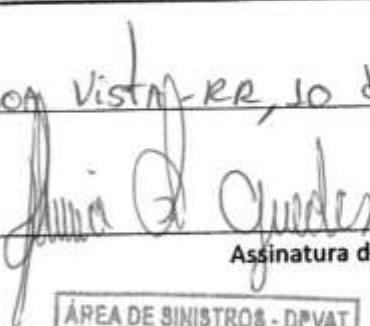
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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.

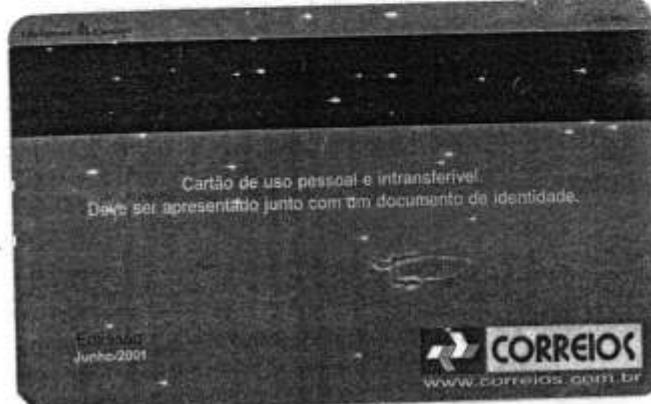
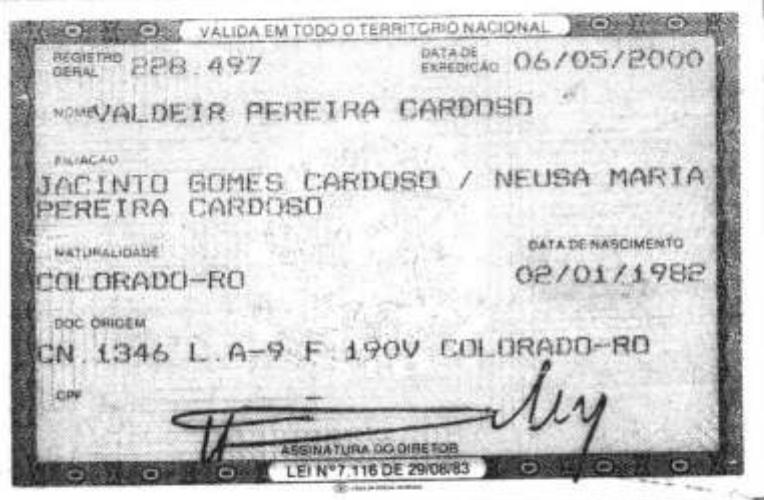
Endereço:	<u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número:	<u>248</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail:	<u>confiancacst@hotmail.com</u>			

Local e Data: Boa Vista - RR, 10 de JULHO de 2019


Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
— GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Pólo de
DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

REGISTRO
GERAL
524555-9

NOME
TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGÉM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
Porto Velho - Rondônia
Dirigente da EDC

1 VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

P 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR

Nº 9759408320

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DETAN
CONTRAN

VIA 01	CÓD. FENAVAM 01001382265	05411437065	
NOME/ENDERECO VALDEIR PEREIRA CARDOSO RR 319 V PASSARAO 8/N BOA VISTA - RR 69300000			
CPF/CNPJ 762.042.192-00	PLACA NAX3014		
NOME ANTERIOR LIRAMOTO LIRA MOTORES LTDA ME			
PLACA ANT/UF NAX3014 RR	CHASSI 9C6KE1930E0007285		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO YAMAHA/YBR125 FACTOR E		ANO FAB. 2013	ANO MOD. 2014
CAP/POT/GIL 2P/0.124CC/	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE AZUL	

OBSERVAÇÕES

AL.FIT: YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA * P
RUII: SAIK AMAZ OCIDENTAL *

*Endereço: Rua das Santos
Presidente Jair Bolsonaro*

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ferir que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas Brasiere - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento das firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

11 JUL 2019

PROCURAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazzetta, 414 - Boa Vista - RR

Outorgante: , VALDEIR PEREIRA CARDOSO, RG N° 228.497 SSP/RR E CPF N° 762.042.192-00, brasileiro, solteiro, serviços gerais , residente na Rua RD RR 319 ESTRADA PASSARAO S/N ,

Bairro: ZONA RURAL - RR CEP.: 69.300-000, Tel.: (95) 99117-3230/ 99134-3556

confiancacst@hotmail.com

VITIMA: VALDEIR PEREIRA CARDOSO, CPF N° 762.042.192-00. DATA DO SINISTRO:

06/04/2019, NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG n° 5245559 SSP/RR,

Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF n° 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil n° 248,

Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 23 de abril de 2019.



Valdeir Pereira Cardoso
VALDEIR PEREIRA CARDOSO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazzetta, 414 - Boa Vista - RR



CARTÓRIO LOUREIRO

Av. VILP RUY, n° 566 - CENTRO - BOA VISTA/RR - Tel.: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s)assinatura(s)

[TÍTULO] -VALDEIR PEREIRA CARDOSO

KVS Em testemunho My da verdade Boa Vista, 29/04/2019

Emol 2/45, FUNDEJURR 0,25, FISC 0,10, FECON 0,10, ISS 0,10, Vlr Sel. 0,00

Selo: RECFIR15834583AEKZSX29KYNP01

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 76204219200

DR. JOZIEL LOUREIRO

TAREJÃO E REGISTRADOR



Marjory C. Esbell
Escrevente Autor
Cartório Loureiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241303/19

Vítima: VALDEIR PEREIRA CARDOSO

CPF: 762.042.192-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: VALDEIR PEREIRA CARDOSO

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

VALDEIR PEREIRA CARDOSO : 762.042.192-00

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: 16/07/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **762.042-392.00** 4 - Nome completo da vítima: **VALDEIR PEREIRA CARDOSO**

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

5 - Nome completo: **VALDEIR PEREIRA CARDOSO** 6 - CPF: **762.042.192.00**

7 - Profissão: **SERVICOS GERAIS** 8 - Endereço: **RUA RD. RR 313 - ESTRADA PASSARÃO** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.300-000**

15 - E-mail: **confiaueacst@lotusmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(95) 99117-3230**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **CONFIAUÉ ACST** **DATA DE SINISTRO:** **16 JUL 2019** **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **0250** CONTA: **315.408** **7**

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou **11 JUL 2019**
 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 quantidade 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

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

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

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

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

34 **NÃO ALFABETIZADO** 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: **Boa Vista - RR, 10 de JULHO de 2019,** **Valdeir Pereira Cardoso**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria d. Guedes
PROCURADOR

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

1º Classificação
Reclassificação
M. Branca
M. Preta
M. Castanha
M. Marrom
M. Amarelo
M. Verde
M. Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amaral
Verde
Azul Ass.

A10 DECLARATÓRIO

05/04/2019 09:16:21

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

12

Paciente VALDEIR PEREIRA CARDOSO	Data Nascimento 02/01/1982	Idade 37 A 3 M 3 D	CNS 704206746578785	CPF	Prontuário
Sexo M	Estado Civil PARDA	Raça/Cor Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA		
Mãe VALDEIR PEREIRA CARDOSO	Pai NI	Contato			
Endereço RUA - NI - SN - BOA VISTA - RR	Ocupação				
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Pressão
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
amnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:15 h) Compreende por meios próprios; deambula com dificuldade. Rejere trauma de joelho (R) em acidente motociclistico, nele deslocou, entorse ou contuso. Exame Físico: Estável, suspeito, Glasgow 15. Edema de joelho (R), dor intensa e mobilizado. Entorse de joelho (R)? Fx?

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

(2) Sipirane 15
(2) Tansidex 30mg | (R)

(R) Rx: Fx: Fratura com um plato fibular (R)

Julio Viey
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

Internar

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR
Tel: (65) 3220-1010

AJ-ENT
8 MAI 2019
Presente
Original

Centro de
Saúde e Reabilitação
Hospital

Conduta

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

ORTOPEDIA

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

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Destino: (R) Família

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Cachorro e Assinatura do Médico

11 JUL 2019

