

DATA:	HORA:	FICHA DE ATENDIMENTO			CLÍNICA MÉDICA	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF		
JOSE SÁBIO DE CASTRO FERREIRA		40		510.746.802-92		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		BRASILEIRO
Mãe				Pai		
Endereço				CEP	99165-33-23	
Class. de Risco						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Temp.	Peso	Pressão	
SPA - Pronto Atendimento	Urgência					
Entrar	Tipo de Chegada		Registrado por:			
	Demanda Espontânea					
Queixa Principal	09:40h					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	O paciente trazido pelo SAMU com histórico de trauma por motocicleta apontando ferimento aberto em região lateral medial de M.E. Superior.					
Hipótese Diagnóstica						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO				
① Depressão 2g		CONFERE COM ORIGINAL				
② Dexantano 1g		Em 10/09/19				
③ Ceftriaxona 1g IM		Ass.: Ribeiro				
④ ATT 0,5ml		10-23h				
Conduta						
☒ Alta por Decisão Médica	☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido	☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia	☐ Internação					
☐ Transferência para:	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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO CÍVIL E PLÁSTICO
RUA ESTRELA DO NORTE S/N - PARQUE ANDARAÍ

VERDE

Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento

Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento



FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA
Data Nascimento: 05/03/1978 Idade: 41 A 6 M 15 D CNJ: 801434321389750
CPF: 51074630297 00010855
IDENTIDADE: 270834 SSP/RR M SOLTEIRO(A) PARDAS ITAITUBA - PA BRASILEIRA
MÃE: MARIA JOSE DE CASTRO
Contato: MANOEL LIMA FERREIRA (95) 99137-3587

RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 228 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Outra Informação: NÃO INFORMADA

Nome Completo: SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: Vencido: Autorização: Su. Pront. Atend.
Caráter do Atendimento: Profissional em Atend. Procedência: Temp.: Preço: Tamanho:
SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA 37.20 120 x 70
Tipo do Cheque: Demanda Espontânea
Recepção SPA / URG / E: DEMANDA ESPONTANEA

Queixa Principal

DOENÇA FERMENTO INFLUENCIADO EM TORNOVEL DE HA 02 SEMANAS
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Interação

GSC
At. 1234 R. 1234x M. 1234x

Anamnese: HORA DA CONSULTA: 20:18h

Exame Físico: 36.6°C, 104 bpm, 120 x 70, 120 x 70
Hipótese Diagnóstica: Dengue - 14 - febre, dor, fadiga

Exames Complementares: SADI - Exames Complementares

Prescrição: PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL
Em 25/09/19
Ass.: R. R. R.

Gratuidade: Ambulatório, Observação (Até 24h), Internação, Dia e Hora da Solicitação
Assinatura do Paciente ou Responsável: Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

ESQUERDO



JOSE SIDNEY DE CASTRO

20-04-2019 20:26:13

POLICLINICA COSME E SILVA

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

NOME **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

LOCAL CONCELHO

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - RJ Nº 013775013287
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 00842424397
CDD REGISTRO 01
EXERCÍCIO 2019

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

510.746.202-57

PLACA NPPB430

302K608205R014067

PAB/MOTOCICLETA/ANO APL10

COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2004 ANO MOD 2005

GP/014900/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE VERDE

ISENTO

VEIC/CONT/UNICA

VEIC/COTAS 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

OF ISS

PREMIO TOTAL (R\$)

SEM RESERVA DE DOMÍNIO + PROIB SRIR DO R

PARCELAMENTO/COTAS

DATA DE PAGAMENTO 10/05/2019

BOA VISTA-RJ

LOCAL

DATA 23/05/2019

23/05/2019

DATA

DATA

RR Nº 013775013287 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

510.746.202-57

PLACA NPPB430

00842424397

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2004

VEIC/CONT/UNICA

PREMIO TARIFÁRIO

VEIC/COTAS

R\$35,05

DETRAN (R\$)

R\$4,15

DETRAN (R\$)

R\$4,32

DETRAN (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.208.608/0001-04

013775013287

DATA

23/05/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418721/19

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

CPF: 510.746.302-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: JOSE SIDNEY DE CASTRO
FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA : 510.746.302-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660935 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 04/09/2019.
VÍTIMA EM TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660935 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P 1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 04/09/2019.
VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: José Sidney de Castro Ferreira
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 270834 SSP/RR CPF: 510.746.302-97
RUA: PROF. ANTONIA CUTRIM N° 228 ENDEREÇO: RUA/AV.
BAIRRO: Senador Helio Campos CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP: 69

VÍTIMA: José Sidney de Castro Ferreira
CPF: 510.746.302-97 DATA DO ACIDENTE: 04/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
N° DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
N° CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

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, 11 de Setembro de 2019.

José Sidney de Castro Ferreira
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418721/19

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

CPF: 510.746.302-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA : 510.746.302-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660935

Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190660935 Vítima: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Data do Acidente: 04/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15182811



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: 510.746.302-97 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

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

5 - Nome completo: JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA 6 - CPF: 510.746.302-97
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA PROF. ANTONIO CATEM 9 - Número: 228 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-565
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95.911.9421

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 000.6052

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Cônjuge ☐ Casado no DV ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo ☐ Outros

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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Assinatura legível do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 15/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029804/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/09/2019 10:44 Data/Hora Fim: 10/09/2019 11:07
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 2058 Data: 04/09/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/09/2019 08:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. OLIMPICA

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANTONIA COUTRIM
Bairro: HELIO CAMPOS

Nº: 228

Nome Civil: LUIZ HENRIQUE MARCURIA FILHO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA OP-XII
Bairro: OPERARIO

Nº: 738

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

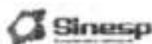
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 510.746.302-97	Placa NAP8430
Renavam 00842424997	Número do Motor KC08E25014067
Número do Chassi 9C2KC08205R014067	Ano/Modelo Fabricação 2005/2004
Cor VERDE	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/09/2019 10:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029804/2019

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/08/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Sidney de Castro Ferreira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Luiz Henrique Marcuria Filho que Dirigia o Veículo PLACA NUK-0218 e o Sr. José Sidney de Castro Ferreira que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAP-8430. Que devido ao acidente o Sr. José Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 11/09/2019 10:57
Protocolo nº: Não disponível

DAT

11 SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATORIO DE OCORRENCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2058	04/09/2019	RECAPTURA	CIPTUR	2DP
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
08:50:00	08:50:00	09:00:00	10:00:00	CIPTUR-02
KM INICIAL	KM FINAL			
158793	158804			
Código Ocorrência	Código Providência	Código Serviço Prestado		
- 1001	- 13023			
Local da Ocorrência				
RUA: AVENIDA OLIMPICA, Nº 268, BAIRRO: JARDIM TROPICAL				

PESSOAS RELACIONADAS

	1 VITIMA	JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA			
	RG: 270834	CPF: 510.746.302-97	CNH: N/INF	Idade: 41	País: BRASIL
	ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ANTONIA CUTRIM, N-228, SENADOR HÉLIO CAMPOS				
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2058 - TIPO: VITIMA - OBS: CONDUTOR DO V1) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1				

	2 ENVOLVIDO	LUIZ HENRIQUE SCHAEFER MARCURIA FILHO			
	RG: 175079	CPF: 707.684.122-34	CNH: N/INF	Idade: 38	País: BRASIL
	ENDEREÇO: RUA OPXII, 738, OPERÁRIO				
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2058 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR DO V2) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1				

HISTORICO DA OCORRENCIA

INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRA CITADO, NO LOCAL, AS INFORMAÇÕES DOS ENVOLVIDOS DÃO CONTA DE QUE V1 E V2 TRAFEGAVAM NA MESMA VIA, POREM SENTIDO OPOSTO. O V1(HONDA CG 150 TITAN NA COR VERDE E PLACA NAP-8430) TRAFEGAVA NA AVENIDA OLÍMPICA SENTIDO BAIRRO>CENTRO CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO JOSÉ SIDNEY DE CASTRO FERREIRA, QUANDO NA ALTURA DO NUMERAL 265, ENVOLVEU-SE EM COLISÃO COM O V2(VW-FOX NA COR CINZA E PLACA NUK-0218) QUE TRAFEGAVA NA MESMA VIA, POREM, EM SENTIDO OPOSTO, CONDUZIDO PELO ENVOLVIDO LUIZ HENRIQUE SCHAEFER MARCURIA FILHO, E REALIZAVA MANOBRA DE RETORNO PARA SEGUIR NO MESMO SENTIDO QUE O V1. NA OCASIÃO, UMA EQUIPE DO SAMU SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E REMOUEU O ENVOLVIDO JOSE SIDNEY PARA O PSE. NÃO HOUE SOLICITAÇÃO DA PERICIA OFICIAL. AINDA NO LOCAL OS VEÍCULOS FORAM LIBERADOS SEM QUE FOSSE CONFECCIONADO QUALQUER PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, OU TESTE DO ETILÔMETRO. O V1 FICOU SOB OS CUIDADOS DO SENHOR ELIAS FERNANDES MENDES, E O V2 FOI ENTREGUE AO PRÓPRIO CONDUTOR.

DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATORIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO.

Antonio

2º SGT ANTONIO REJANE VICENTE DA SILVA
CADASTRO 47000649

LOCAL: BOA VISTA / RR - 04/09/2019

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

[Signature]



04/09/2019 10

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Injúria(s) / tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro CASU: 3 - CPF da vítima: 51074630297 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ SUDNEY DE CASTRO FERREIRA

REVISÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 446/2012

5 - Nome completo: JOSÉ SUDNEY DE CASTRO FERREIRA 6 - CPF: 51074630297

7 - Profissão: RECAUSCU 8 - Endereço: Rua PROF. ARTHUR CLETON 9 - Número: 228 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-565

15 - e-mail: 16 - Telefone: 47 99119-4001

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POU-PANCA (Reserva para os bancos abertos: Antares, Antares, Antares) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐

22 - Agência: 3306 23 - Conta: 000 6052 24 - Agência: 25 - Conta:

26 - Agência: 27 - Conta:

28 - Agência: 29 - Conta:

30 - Agência: 31 - Conta:

32 - Agência: 33 - Conta:

34 - Agência: 35 - Conta:

36 - Agência: 37 - Conta:

38 - Agência: 39 - Conta:

40 - Agência: 41 - Conta:

42 - Agência: 43 - Conta:

44 - Agência: 45 - Conta:

46 - Agência: 47 - Conta:

48 - Agência: 49 - Conta:

50 - Agência: 51 - Conta:

52 - Agência: 53 - Conta:

54 - Agência: 55 - Conta:

56 - Agência: 57 - Conta:

58 - Agência: 59 - Conta:

60 - Agência: 61 - Conta:

62 - Agência: 63 - Conta:

64 - Agência: 65 - Conta:

66 - Agência: 67 - Conta:

68 - Agência: 69 - Conta:

70 - Agência: 71 - Conta:

72 - Agência: 73 - Conta:

74 - Agência: 75 - Conta:

76 - Agência: 77 - Conta:

78 - Agência: 79 - Conta:

80 - Agência: 81 - Conta:

82 - Agência: 83 - Conta:

84 - Agência: 85 - Conta:

86 - Agência: 87 - Conta:

88 - Agência: 89 - Conta:

90 - Agência: 91 - Conta:

92 - Agência: 93 - Conta:

94 - Agência: 95 - Conta:

96 - Agência: 97 - Conta:

98 - Agência: 99 - Conta:

100 - Agência: 101 - Conta:

102 - Agência: 103 - Conta:

104 - Agência: 105 - Conta:

106 - Agência: 107 - Conta:

108 - Agência: 109 - Conta:

110 - Agência: 111 - Conta:

112 - Agência: 113 - Conta:

114 - Agência: 115 - Conta:

116 - Agência: 117 - Conta:

118 - Agência: 119 - Conta:

120 - Agência: 121 - Conta:

122 - Agência: 123 - Conta:

124 - Agência: 125 - Conta:

126 - Agência: 127 - Conta:

128 - Agência: 129 - Conta:

130 - Agência: 131 - Conta:

132 - Agência: 133 - Conta:

134 - Agência: 135 - Conta:

136 - Agência: 137 - Conta:

138 - Agência: 139 - Conta:

140 - Agência: 141 - Conta:

142 - Agência: 143 - Conta:

144 - Agência: 145 - Conta:

146 - Agência: 147 - Conta:

148 - Agência: 149 - Conta:

150 - Agência: 151 - Conta:

152 - Agência: 153 - Conta:

154 - Agência: 155 - Conta:

156 - Agência: 157 - Conta:

158 - Agência: 159 - Conta:

160 - Agência: 161 - Conta:

162 - Agência: 163 - Conta:

164 - Agência: 165 - Conta:

166 - Agência: 167 - Conta:

168 - Agência: 169 - Conta:

170 - Agência: 171 - Conta:

172 - Agência: 173 - Conta:

174 - Agência: 175 - Conta:

176 - Agência: 177 - Conta:

178 - Agência: 179 - Conta:

180 - Agência: 181 - Conta:

182 - Agência: 183 - Conta:

184 - Agência: 185 - Conta:

186 - Agência: 187 - Conta:

188 - Agência: 189 - Conta:

190 - Agência: 191 - Conta:

192 - Agência: 193 - Conta:

194 - Agência: 195 - Conta:

196 - Agência: 197 - Conta:

198 - Agência: 199 - Conta:

200 - Agência: 201 - Conta:

202 - Agência: 203 - Conta:

204 - Agência: 205 - Conta:

206 - Agência: 207 - Conta:

208 - Agência: 209 - Conta:

210 - Agência: 211 - Conta:

212 - Agência: 213 - Conta:

214 - Agência: 215 - Conta:

216 - Agência: 217 - Conta:

218 - Agência: 219 - Conta:

220 - Agência: 221 - Conta:

222 - Agência: 223 - Conta:

224 - Agência: 225 - Conta:

226 - Agência: 227 - Conta:

228 - Agência: 229 - Conta:

230 - Agência: 231 - Conta:

232 - Agência: 233 - Conta:

234 - Agência: 235 - Conta:

236 - Agência: 237 - Conta:

238 - Agência: 239 - Conta:

240 - Agência: 241 - Conta:

242 - Agência: 243 - Conta:

244 - Agência: 245 - Conta:

246 - Agência: 247 - Conta:

248 - Agência: 249 - Conta:

250 - Agência: 251 - Conta:

252 - Agência: 253 - Conta:

254 - Agência: 255 - Conta:

256 - Agência: 257 - Conta:

258 - Agência: 259 - Conta:

260 - Agência: 261 - Conta:

262 - Agência: 263 - Conta:

264 - Agência: 265 - Conta:

266 - Agência: 267 - Conta:

268 - Agência: 269 - Conta:

270 - Agência: 271 - Conta:

272 - Agência: 273 - Conta:

274 - Agência: 275 - Conta:

276 - Agência: 277 - Conta:

278 - Agência: 279 - Conta:

280 - Agência: 281 - Conta:

282 - Agência: 283 - Conta:

284 - Agência: 285 - Conta:

286 - Agência: 287 - Conta:

288 - Agência: 289 - Conta:

290 - Agência: 291 - Conta:

292 - Agência: 293 - Conta:

294 - Agência: 295 - Conta:

296 - Agência: 297 - Conta:

298 - Agência: 299 - Conta:

300 - Agência: 301 - Conta:

302 - Agência: 303 - Conta:

304 - Agência: 305 - Conta:

306 - Agência: 307 - Conta:

308 - Agência: 309 - Conta:

310 - Agência: 311 - Conta:

312 - Agência: 313 - Conta:

314 - Agência: 315 - Conta:

316 - Agência: 317 - Conta:

318 - Agência: 319 - Conta:

320 - Agência: 321 - Conta:

322 - Agência: 323 - Conta:

324 - Agência: 325 - Conta:

326 - Agência: 327 - Conta:

328 - Agência: 329 - Conta:

330 - Agência: 331 - Conta:

332 - Agência: 333 - Conta:

334 - Agência: 335 - Conta:

336 - Agência: 337 - Conta:

338 - Agência: 339 - Conta:

340 - Agência: 341 - Conta:

342 - Agência: 343 - Conta:

344 - Agência: 345 - Conta:

346 - Agência: 347 - Conta:

348 - Agência: 349 - Conta:

350 - Agência: 351 - Conta:

352 - Agência: 353 - Conta:

354 - Agência: 355 - Conta:

356 - Agência: 357 - Conta:

358 - Agência: 359 - Conta:

360 - Agência: 361 - Conta:

362 - Agência: 363 - Conta:

364 - Agência: 365 - Conta:

366 - Agência: 367 - Conta:

368 - Agência: 369 - Conta:

370 - Agência: 371 - Conta:

372 - Agência: 373 - Conta:

374 - Agência: 375 - Conta:

376 - Agência: 377 - Conta:

378 - Agência: 379 - Conta:

380 - Agência: 381 - Conta:

382 - Agência: 383 - Conta:

384 - Agência: 385 - Conta:

386 - Agência: 387 - Conta:

388 - Agência: 389 - Conta:

390 - Agência: 391 - Conta:

392 - Agência: 393 - Conta:

394 - Agência: 395 - Conta:

396 - Agência: 397 - Conta:

398 - Agência: 399 - Conta:

400 - Agência: 401 - Conta:

402 - Agência: 403 - Conta:

404 - Agência: 405 - Conta:

406 - Agência: 407 - Conta:

408 - Agência: 409 - Conta:

410 - Agência: 411 - Conta:

412 - Agência: 413 - Conta:

414 - Agência: 415 - Conta:

416 - Agência: 417 - Conta:

418 - Agência: 419 - Conta:

420 - Agência: 421 - Conta:

422 - Agência: 423 - Conta:

424 - Agência: 425 - Conta:

426 - Agência: 427 - Conta:

428 - Agência: 429 - Conta:

430 - Agência: 431 - Conta:

432 - Agência: 433 - Conta:

434 - Agência: 435 - Conta:

436 - Agência: 437 - Conta:

438 - Agência: 439 - Conta:

440 - Agência: 441 - Conta:

442 - Agência: 443 - Conta:

444 - Agência: 445 - Conta:

446 - Agência: 447 - Conta:

448 - Agência: 449 - Conta:

450 - Agência: 451 - Conta:

452 - Agência: 453 - Conta:

454 - Agência: 455 - Conta:

456 - Agência: 457 - Conta:

458 - Agência: 459 - Conta:

460 - Agência: 461 - Conta:

462 - Agência: 463 - Conta:

464 - Agência: 465 - Conta:

466 - Agência: 467 - Conta:

468 - Agência: 469 - Conta:

470 - Agência: 471 - Conta:

472 - Agência: 473 - Conta:

474 - Agência: 475 - Conta:

476 - Agência: 477 - Conta:

478 - Agência: 479 - Conta:

480 - Agência: 481 - Conta:

</



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1827: -

SAMU
192

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE:

Lucie / Dediel

Paciente:

José Sidnei de Castro Ferreira

Idade:

40

Sexo:

M

Nacionalidade:

Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço:

AV: OLIMPICA

Bairro:

OLIMPICO

Nº

15109

DATA

04/09/19

HORA J/9:

08:45

BASE () VIA

X

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a):

Drº ALISON

HORA J/10:

08:58

X CELULAR

MOTIVO INICIAL

Colisão com X moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Bicicleta	☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro ☒ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus	☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

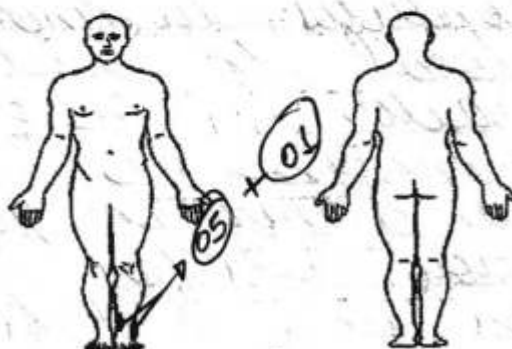
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia	☐ Brin-cardíaco ☐ Teuicardíaco ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 08:07	110 X 70	90	20	99	-	-	03	15
Fim 08:15	120 X 70	91	20	98	-	-	02	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
☒ Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação ☒ Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Erisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empolamento 17 - Outros	☒ Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta	☒ Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	☒ Obedece a comandos 3 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assístolia	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Metabólica ☐ Infecciosa ☒ TRAUMA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	--	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[X] Média

[] Severa

[] Óbito

José Augusto da Costa Macedo

COREN - RR 197-TE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 04/09/19

Bombeiro
Outros: *Esthiane*

[] Cancelamento

[] Recusa de Atendimento

[] Hospitalização

[X] Polícia Militar

[] Guarda Municipal

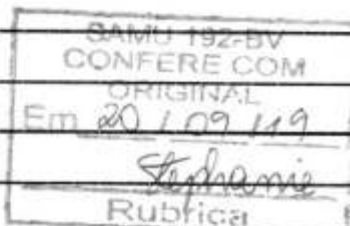
[] 192-BV

PER DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☐ Colar cervical	☒ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-vaiva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☒ Acesso venoso Gelco n° 20	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
01 AMP. DIP.	1g	EV	09:30				
01 AMP TILATIL	40mg	EV	09:32				
01 SFO, 9%	500ml	EV	09:34				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de acidente de trânsito colisão com moto, condutor da motocicleta encontrado no local do acidente, LOTG preservado com lacerações em MIE, realizamos os procedimentos necessários, notificamos SSU e informamos o MR Dr. Alison, que por sua vez, orientou realizar AVP + analgesia e encaminhá-la para o Hospital Come e Silva. Vítima entregue no Come e Silva LOTG e SSU preservados.





CNPJ 06.830.487/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL 25.085.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 88.300-410

0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula

802360

Setembro/2019

Dados do Cliente:

Endereço para entrega:

JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA

RUA PROF ANTONIA CUTRIM, 228 - SENADOR H

Inscrição

Rota

Sistema de Abastecimento de Água

081.029.636.0205.000

Data de instalação

2019

Residência

Situação Esgoto

NÃO MEDIDO

ANTERIOR

ATUAL

LIGADO

POTENCIAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201908 10-8
201907 10-8
201906 10-8
201905 10-8
201904 10-8
201903 10-8

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 6440 - 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C. TOTAL	C. COL.
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

23,83

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
802360	09/2019	15/10/2019	23,83

82680000000-0 23830004001-7 00080236001-6 09201990003-1



Via do Cliente

Via da CAER

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

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 2212 (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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.746.302 / 97 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE SIDNEY DE CASTRO FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.746.302 / 97 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECURSO Renda: RECURSO 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
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Novembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante