

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.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/BIBI/IOTECAWEB/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 José Santana Feitosa Grionnacé inscrito (a) no CPF 627.942-803-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLÍNÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.196.422-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLÍNÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.196.422-91, 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	RUA Gildeão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	NOVA CANÁA	Cidade	BOA VISTA	Estado	RR
Email	SANTANACUNHARACORE@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	195198129-0794	Telefone celular (DDD)	195199169-3685

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Nílio Barreto, 404 - Boa Vista - RR

Boa Vista, 26 de JUNHO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 Ouvintes: 0800 021 91 35

Eu, ANTÔNIA DA SILVA PEREIRA

RG nº 23.326, data de expedição 08/11/85

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 042.745.932-91,

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AJ SURVONÍ B: SÃO VICENTE, nº _____, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO, cujo o condutor era MANOEL JOSÉ DO NASCIMENTO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 160 START Ano: 2016/2017

Placa: NAP-3775 Chassi: 9C2RC2500HR015947

Data do Acidente: 05/07/2018

Local e Data:

Boa Vista-RR, 13 de JUNHO de 2018

Assinatura do Declarante

Manoel José do Nascente
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO

Carraria do 9º Ofício de Boa Vista
Bairro Carraria, 1900 - Centro
Av. Antônio Freitas, 4002 - Centro Boa Vista/RR
Fone/Fax: (65) 3637-4188
www.danielaquino.com.br

117573.5 d0278bl fl59c
Reconheço por VERDADEIRA, a(s) firma(s)
"ANTÔNIA DA SILVA PEREIRA" "MANOEL JOSÉ DO
NASCIMENTO"

Em testemunho da verdade, LFB
De que dou fit. Boa Vista/RR, 13 de junho de 2018.
Consulte a(s) sede(s) abaixo em cidadao.portalseguro.com.br
RECFIR168296P84TYTSVPUCMLP66 / RECFIR168296JNVUQAOJI97EP39 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos/ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

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

13/06 Saída de exame do

Mengo Bucomedio TAC 62.
Viu na negra.

Dr. Giuseppe Henrique R. da Silveira
Médico
CRM-RR 1803

3/06

10/06 18.

12:45h.

Face elevada, com dor de resto
de dentes significativa. Fiz consultas
com endodontista. Dr. HCN.

Dr. Dino Mazzoni.

Arquivado clínica dentária

Rodrigo de França Andrade
Endodontista
CRM-RR 1803



5/07/2010 Luisa Vazza

Painel apical. Téndes e volumes hídricos mitigados em grande
parte devido ao tratamento intracanal.

CC 15, aplica (G) fisiológico, momento 3º de regras.

(D) Sua saúde não é desfavorável

Síndrome
Neurogênica
CRM-RR 1341

13/06 mta a pasta



HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA-MA



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

A paciente **Edine Maria Souza do Nascimento**, com prontuário de nº 197449, deu entrada neste hospital em 03/10/2018, a pedido da interessada: informa que sofreu acidente de moto há 1 mês (SIC), paciente HAS + IDM, apresentando trauma em face, dor e edema, dificuldade para deglutição. Foram realizados todos os exames admissionais que evidenciaram fratura de zigoma direito.

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de osteossíntese. Procedimento realizado por Dr. Magno Bacelar Jr, CRO 4184.

Recebeu alta em 05/10/2018, com orientação para acompanhamento ambulatorial.

CDD-10: S 02.4

Presidente Dutra - MA, 08/10/2018.

Sergiu Augusto S. Almeida Moreira
Dirigente Clínico
CRM - 9340
H.M.U.E.P.O.

ÁREA DE ACESSO PDB - DMX CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	Rua Honorato Gomes, S/N - Centro CEP: 65760-000	Presidente Dutra-MA
01 JUL 2019		
GENITE SEGURODORA S/A Av. Cap. De Júlio Braga, 111 - Bos. Vila - RJ		

GOVERNO DO
MARANHÃO

HOSPITAL MACRORREGIONAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE PRESIDENTE DUTRA - MA

Nº PRONT.
197449

GUIA DE ATENDIMENTO

10:30:30

09/10/2018

MÉDICO

Adm 3/2/18

DADOS DO PACIENTE

NOME EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

DN 24/08/1959 ID 59 SUS 705 0026 7328 6751

EST. CIVIL CASADO

PAI JOSE FERREIRA DE SOUZA

COR PARDAS

SEXO F

MÃE LUIZA FERREIRA LIMA

FONE

ENDEREÇO TRAVESSA 04, N° 530

BAIRRO VILA MILITAR

CIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

NATURALIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

RESP.

Ass. Recepção:

Geórgia

Nível de consciência:

Escala de dor:

Consciente

0/10

Doenças pré-existentes:

Queixa: *Doença de moto*
na face

Medicamentos em uso:

Alergias:

metformina

Obs.:

AB - BUCO

Peso aproximado: PA: *60* FC: FR: TEMP.: SAT O2: HGT:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AZUL

VERDE

AMARELO

VERMELHO

ENFERMEIRO:

CURATIVO

IMOBILIZAÇÃO

SUTURA

MS

MP

PARACENTSESE ABDOMINAL

RETIRADA DE FIXADOR

TAMPONAMENTO NASAL

RETIRADA DE FIO DE KIRSCHNER

Risco crítico

ASS + DM

AC

CC = RS, DCRD, limites normais

LAB ⇒ glic 226,5 mg

#Risco galho II ASA II

Obs: infuso catro le de glicor

e fisi do procedimento

2018-10-09 10:30:30

Geórgia

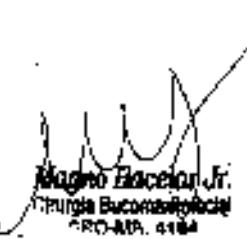
ADM 3/2/18

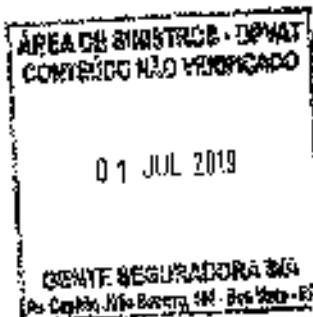
</div

Bien 03.10.18

Paciente ambulante operado TC con
fractura de clavícula.

Sintomas en pecho son crurales.


Magno Baccelar Jr.
Clínica Bucanomofacial
C.R.O.-R.R. 4184



Paciente: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
Sexo: FEM
Convênio: NEOCLINICA - PARTICULAR
Solicitante: Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
Idade: 59 anos
Código: 149808.01
Data: 29/11/2016 13:31:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

TÉCNICA:

As imagens foram obtidas no plano axial utilizando-se técnica multislice, sem utilização de substância de contraste por via endovenosa.

ACHADOS:

Não há evidências de processo expansivo intraparenquimatoso, coleções líquidas extra-axiais, desvio das estruturas da linha média, isquemia aguda/subaguda, hematoma agudo intraparenquimatoso ou de apagamento das cisternas da base.

O sistema ventricular apresenta topografia, morfologia e dimensões normais.

Substâncias branca e cinzenta com coeficiente de atenuação normal aos raios-X.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto tomográfico habitual.

Placas de ateroma calcificada nas artérias carótidas internas.

Porções focalizadas dos seios paranasais e células das mastóides com transparência normal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Doença ateromatosa nas artérias carótidas internas.

DR. PEDRO AUGUSTO PEDRO RA MARTINS JÚNIOR
CRM 2874

01 JUL 2019

ÁREA DE SÍMBOLOS - DPNST
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENE SEGURADORAS SA
Av. Capitão Alcides Soares, 401 - Centro - PI
CEP 65010-300



Pronto Socorro Francisco Elesbão

Pronto Atendimento Airton Rocha

Governo do Estado

Secretaria do Estado de Saúde

Orientações para TCE:

Até o momento não pudemos constatar, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o TCE deste paciente teria sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital, portanto será LIBERADO. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações imprevistas podem ocorrer horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período. O paciente deve retornar ao hospital especializado imediatamente, se apresentarem sintomas ou sinais abaixo relacionados:

- Dor de cabeça
- Sonolência excessiva ou insônia.
- Irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional.
- Desmaio, fraqueza, diminuição de força nas pernas, metade do corpo ou formigamento, adormecimento no corpo.
- Dificuldade de falar ou entender, de memória, ou para se concentrar.
- Distúrbio de personalidade ou de comportamento.
- Confusão mental ou piora progressiva da consciência.
- Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão.
- Diminuição da audição, da visão ou intolerância à luz.
- Movimento estranho dos olhos, visão dupla.
- Alteração da respiração das batidas do coração, febre ($>37,8^{\circ}\text{C}$).
- Perda de líquido ou sangue pelo ouvido ou nariz.
- Tamanhos ou formas das pupilas dos olhos diferentes.
- Quadro depressivo ou de agressividade.
- Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço.
- Dificuldades para realizar suas atividades domésticas ou no trabalho.

- Pode continuar usando somente as medicações prescritas por seu MÉDICO, porém, não use sedativos ou remédios para dor ou tosse, ou outras que possam produzir sono ou borbilhas alucinativas, no máximo durante 12 horas. Durante esse período, deve ser acompanhado frequentemente, para que se possa avaliar a presença das orientações acima. MÉDICO

CAEM-RS 44443

Assinatura

Recebi o Original em 08/07/10.

* Obs.: Este documento será feito em 2 vias, sendo retida a 2a via na instituição.

ÁREA DE SINISTRO - DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2010

FOLHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME:				Nº DO PRONTUÁRIO
Sexo:	Cor	Idade	Estado Civil	Profissão
Clinica		Médico Assistente		
DIAGNÓSTICO				
Provisório				
Principal				
Acessórios Complicações	"Causa Mortis"		Hispo-Patológico ÁREA DE SINISTROS - DPAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Sintomas e Sinais Principais				
Data , Diagnóstico para morte				
91 JUL 2010				
GENTE SEGURADORA S/A Av. Getúlio Vargas, 22 - Centro - RJ				

TRATAMENTO			
TIPO	TERAPÉUTICA	OPERAÇÃO	EFICÁCIA
<input type="checkbox"/> Nenhuma		Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Eficaz
<input type="checkbox"/> Médico		Intervenção	<input type="checkbox"/> Incicaz
<input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico		Acessórios	<input type="checkbox"/> Prejudicial
<input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Não Avallado
DURAÇÃO			
Data da Internação	03/10/18	Data da Alta	05/10/18
Data de Hospitalização			

CONDIÇÕES	TIPO	DETALHO
<input checked="" type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica	<input type="checkbox"/> S/Tratamento
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Decurso Tra. Clínico
<input type="checkbox"/> Estacionado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Operatório
<input type="checkbox"/> Outros*	<input type="checkbox"/> Para Tratamento Ambulatório	<input type="checkbox"/> Pós-Operatório (12hs)
	<input type="checkbox"/> Transferência p/ outro Hospital	<input type="checkbox"/> Pós-Operatório (24 hs)
	<input type="checkbox"/> Vale só p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Pós-Operatório (1º Semana)
	<input type="checkbox"/> Outros*	<input type="checkbox"/> Pós-Operatório (Até 40 dias)
*ESPECIFICAR AQUI	*ESPECIFICAR AQUI	* ESPECIFICAR AQUI

05/10/18

Data

Magnu Bacellar Jr.
CRM-RJ 100000
CRO-MG 4184
Ass. do Médico



ECOPEREZ

Ecoangiografia Transtorácica e Transesofágica/Ecoangiografia Retal/Ecoangiografia Vascular

Lauôdo de Ecodopplercardiograma

Paciente :	EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO	Exame :	008875
Data de Nasc.:	24/08/1959	Sexo :	Feminino
Idade :	58 Anos 11 Meses	Data :	13/08/2018
Convênio :	CCDI	Matr. :	
Solicitado por	Dr. Fernando Perez	Registro	

Dados do Exame

Dados do Paciente			
Altura	155 cm	Peso	74,00 kg

Superfície Corporal	1,739 m ²
---------------------	----------------------

Parâmetros Estruturais:

Aorta (Diâmetro da Raiz)	24 mm	(23 ± 02) mm /SC: 14 (13 ± 01) mm/m ²
Átrio Esquedo	30 mm	27 a 38 mm, /SC: 17 (15 a 23 mm/m ² - Normal)
Diâmetro Ventricular Direito	32 mm	
Diâmetro Diastólico Final do VE	43 mm	37,8 a 52,2 mm - Normal
Diâmetro Sistólico Final do VE	27 mm	21,6 a 34,8 mm - Normal
Espessura Diastólica do Septo	08 mm	06 a 09 mm - Normal
Espessura Diastólica da PPVE	08 mm	06 a 09 mm - Normal

Relações e Funções Ventriculares:

Volume do AE/ Superfície Corporal	26,7 ml/m ²	16 a 34 ml/m ² - Normal
VE(d) / Superfície Corporal	24,81 mm/m ²	24 a 32 mm/m ² - Normal
VE(d) / Altura	27,74 mm/m	25 a 32 mm/m - Normal
Volume Diastólico Final	83 ml	46 a 106 ml. /SC: 48 (29 a 61 ml/m ²)
Volume Sistólico Final	27 ml	14 a 42 ml. /SC: 16 (8 a 24 ml/m ²) -
Fração de Ejeção (Simpson)	62 %	54 a 74 % - Normal
Fração de Ejeção (Teichholz)	67 %	
Percent Encurt Cavidade	37 %	27 a 45 %
Massa Ventricular Esquerda	106,03 g	67 a 182 g - Normal
Massa do VE / Superfície Corporal	61,19 g/m ²	43 a 95 g/m ² - Normal
Massa do VE / Altura	68,41 g/cm	41 a 98 g/cm - Normal
Espessura Rel. das Parades do VE	0,37 cm	0,22 a 0,42 cm - Normal
Relação ERP e Massa VE :	Normal	
Relação E/A	0,57	0,75 < E/A > 1,5 (E/e' Sep.: 15,16)
TD Mitrál:	296,41 ms	200 ± 40 ms
Variacão da Veia Cava Inferior (VCI)	90,91 %	> 50 %

ÁREA DE REGISTROS - D'VAT
CONTE(00%) NÃO VERIFICADO

01 JUL 2018

Página: 1

Verificações feitas: 0000 - Data de Busca: 0000 - Data: 0000 - Local: 0000 - Páginas: 0000



ECOPEREZ

Ecoangiografia Transtorácica e Transesofágica/Ecoangiografia Móbil / Angiografia Vascular

EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Parâmetros Descritivos:

EXAME REALIZADO EM APARELHO GE LOGIQ E PRO, CRM TRANSOUTORES SETORIAL (ECONDIDROGRAFIA) E CONVEXO (ANÁLISE DA AORTA ABDOMINAL).

Paciente encontra-se em **Ritmo Sinusal e Regular** sendo o exame de realização técnica adequada.
A Artéria Aorta encontra-se **sem anormalidades** em via de saída do VE, seios aórticos e na junção sinotubular. **A Aorta Abdominal** exibe calibre adequado, com espessura preservada das paredes e **SEM** sinais de ateromatose.
 Em análise volumétrica do **Átrio Esquerdo** constatamos **encontrar-se sem anormalidades**.
O Ventrículo Esquerdo exibe os parâmetros de função sistólica adequados e sua geometria encontra-se **sem anormalidades**.
O Ventrículo Direito (porção média - A4C) exibe os parâmetros de função sistólica e contratilidade **sem anormalidades**. ($TAPSE = 26 \text{ mm}$)
A Valva Tricúspide encontra-se **sem anormalidades**.
A Valva Mitral encontra-se **sem anormalidades**.
A Valva Aórtica, é **TRIVALVULADA**, tem folhetos finos, abertura e mobilidade adequadas. Foi mensurada a velocidade máxima da saída valvar: **1,2 m/s** (Normal: < 2,6 m/s).
A Valva Pulmonar demonstra padrão displásico com fluxo turbulento. Foi medido o gradiente máximo VP-TP: 43,55 mmHg. Observamos, ainda, jato regurgitante, compatível com REFLUXO DISCRETO.
 Observamos o Índice de Colapsabilidade da Veia Cava Inferior (ICVCI), sem anormalidades.
A Função Diastólica mostra-se compatível com Disfunção Diastólica Grau I - Déficit de Relaxamento.

- TAPSE: Triaguinóide anterior/plano sistólico apicalíngulo - Descolamento da rede Tricúspide.

Dr. Fernando Perez
Cardiologista
CRM-RR: 659 - RQE: 855



Especialista em Cardiologia pelo Conselho Brasileiro de Cardiologia - CBC/ANM/CRA - RQE: 655
 Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica - ABMLP/ANM/CONCEM - RQE: 972
 Professor no Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondonópolis - UFR

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correção clínica e decisão terapêutica.

Referências:

- 1) Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging - Journal of the American Society of Echocardiography (JASE). Volume 28, Issue 1, Pages A1-A28, 1-118 (January 2015). Parâmetros: AE, Área AE, VE(d) Indicados, Sopor, PVE. Mímes do VE. Taxa do VE e relação, FRP.
- 2) EAE/ASE Echocardiographic Assessment of Valve Stenosis. JASE 2009; Volume 22 Issue 1.
- 3) Recommendations for Evaluation of the Severity of Native Valvular Regurgitation with Two-dimensional and Doppler Echocardiography - JASE 2003; 16:777-802.
- 4) ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. JACC 2006; 46(3):e1-e48.

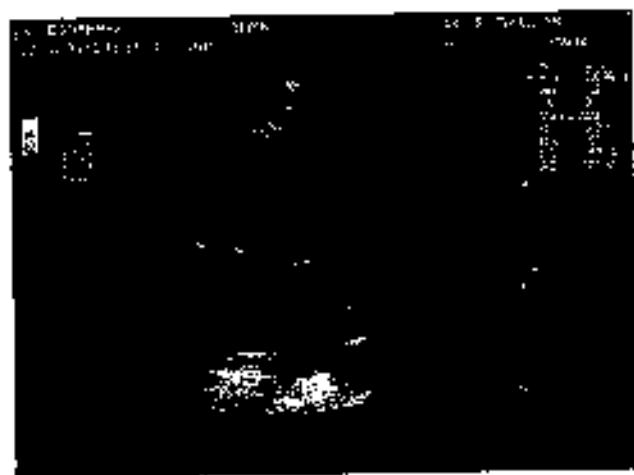
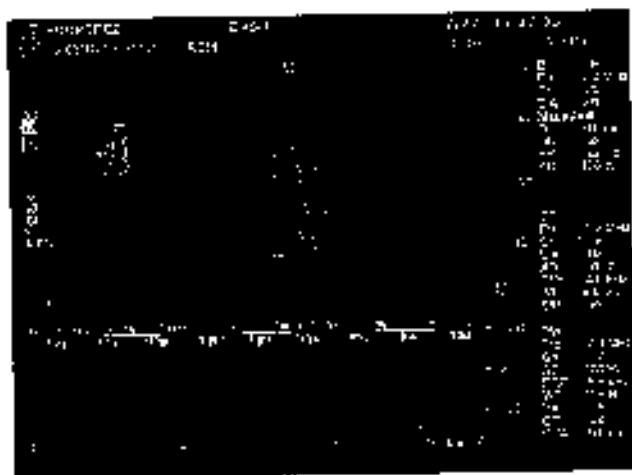
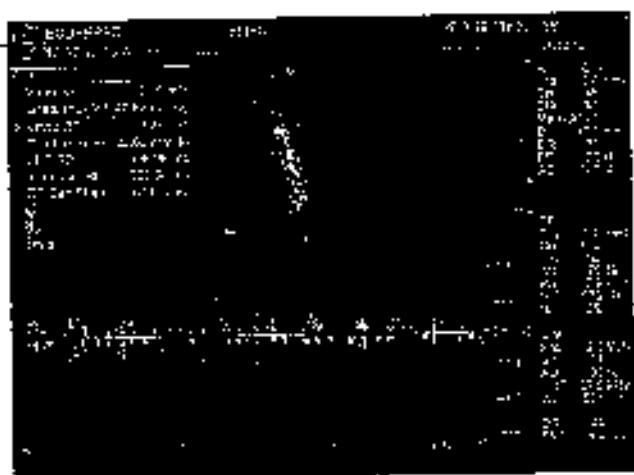
• NÃO DE SUMISTROS - DIFERENTES
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

Página: 2

Nome EMSN

Data 13/08/2018



ÁREA DE MINISTROS - DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

91 JUL 2018

GENTE SEGURODESA

Rua Capitão Mário Soárez, 44 - Centro - RR

Dr. Amancio Perez
Cirurgião-Ginecologista
CRM-RR 669 - ROD 555

01 JUN 2019

ESTANTE DESEGURADA 800
Centro de Atendimento - 800 - 80000-0000



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde

Edine Maria Soza Viana

Solimões

D.T.C. vânio

28
II
18

Assistente Administrativa
Cia. de Seguros e Corretora
CNPJ: 11.322.700/0001-64

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Endocrinologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Ofalmologia - Neurológia
Dermatologia - Hematologia - Reumatologia

Rua Amílio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piáni • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • www.neoclinica.net.br



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
Nascimento: 24/08/1959

SOLICITO:

ENCAMINHO AO NEUROLOGISTA

Tereza - 03/12/2018

Dr. GILMSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2776

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUI. 2019

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Getúlio Vargas, 34 - São Paulo - SP

Dr. Gilson Tuquarre Nascimento
CRM 2776 / -
Data: 27/08/2018

Médicos - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Endocrinologia - Pneumologia - Clínica - Ortopedia - Urologia - Neurorádio
Terantrófica - Otorrinolaringologia - Radiologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-PIAUÍ • Cep: 64.001-330
Fone: 86 3221.6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

F.D.M. SOUZA DO NASCIMENTO

MEYERINCK

卷之三

卷之三

D
EDINE M. SOUZA DO NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ANALYST PRV-01

DR DANIEL MED.23 NFI 001

5/7/2018 08:44:18

100%

C

EDINIL M. SOUZA DO NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

MR 724 4M.C.T.

5/7/2018 09:21:15

32796

1997-001

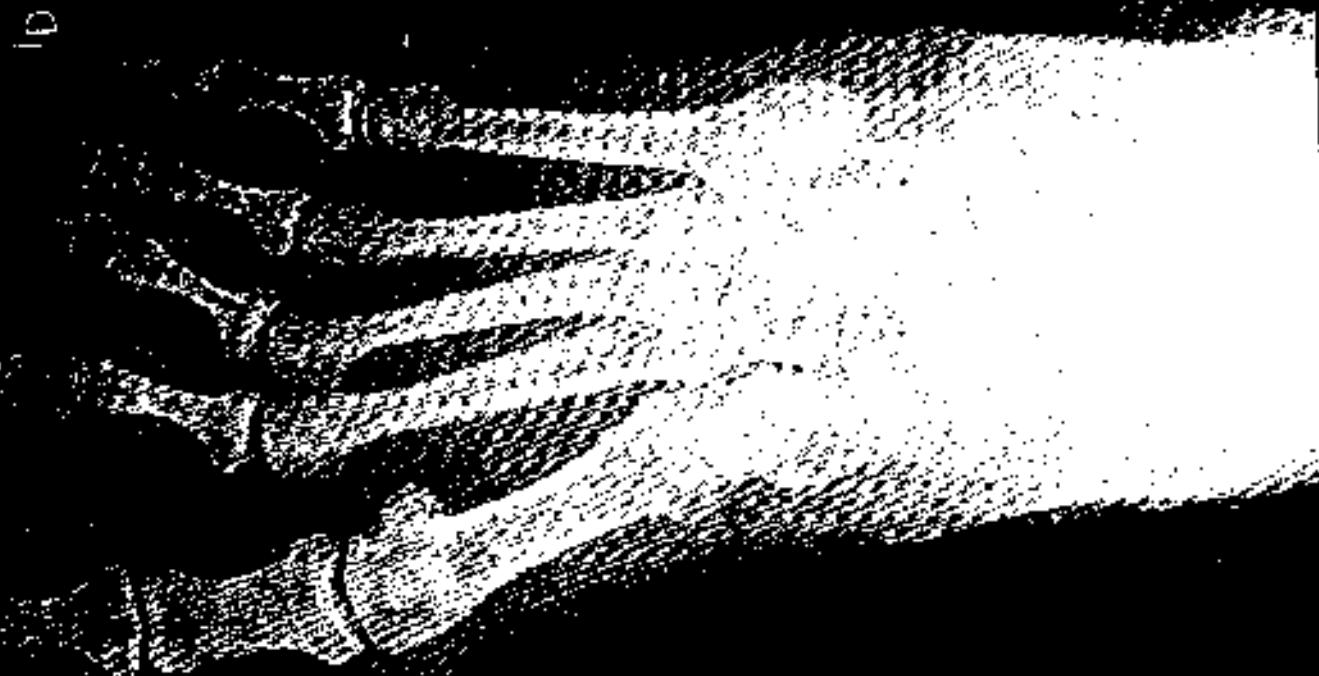
VISOR

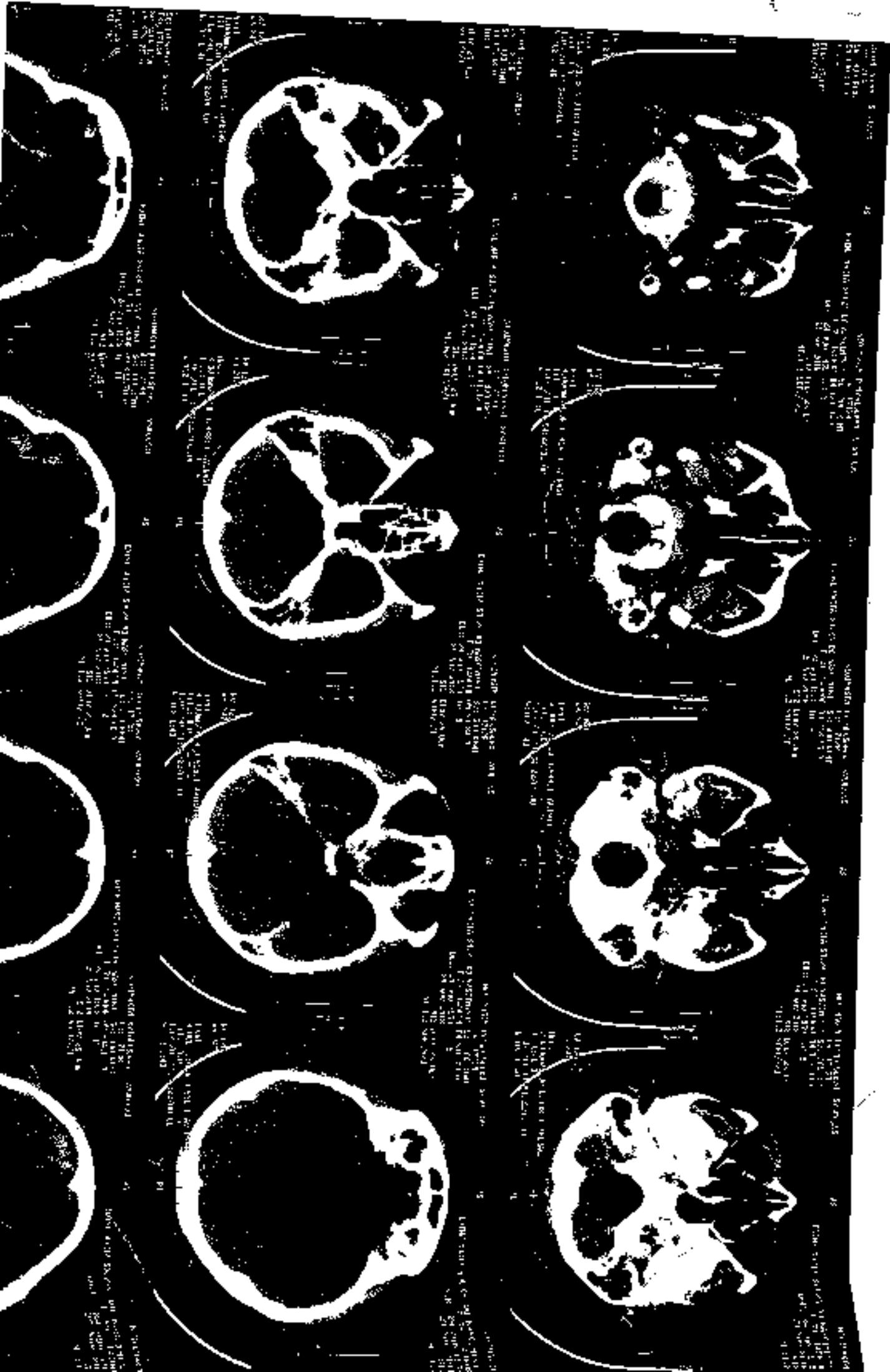
1997-0013

EDINE M. SOUZA
HOSPITAL SORONEL MOTA

10/04/2013

9435







卷之三

卷之三

100



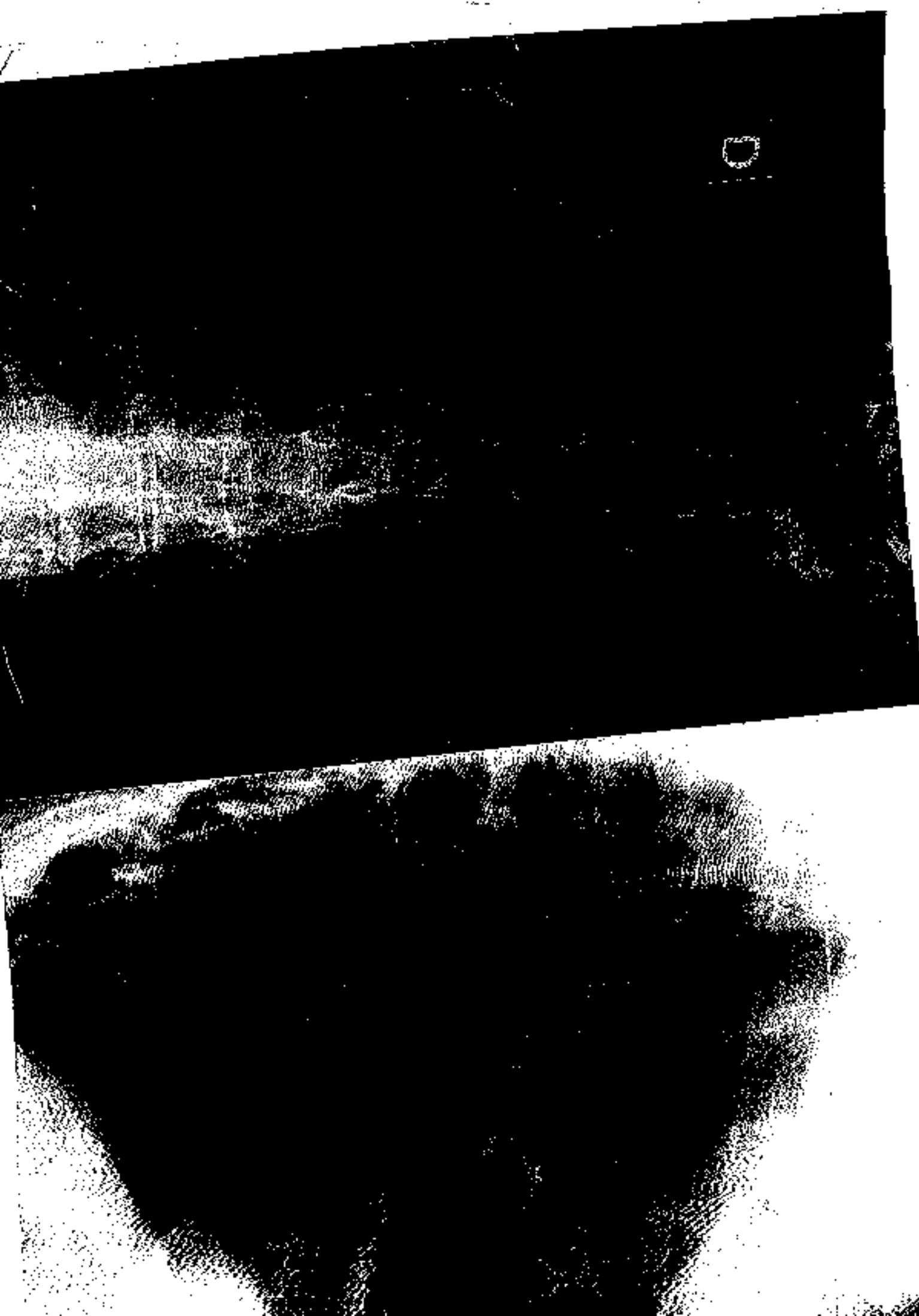
卷之三

TABLE I. *In Vitro* Growth of *S. enteritidis* Strains

114



卷之三



VISÃO

50%^a

9435

EDNEY M. SOUZA

1300-19316

HOSPITAL CORONEL MOTA

32,6%

1993-29-3

50%^b

4690 0

V.50P

4690W/20/6

HOSPITAL CRONI MOLIA

9435

EDENEI M SOUZA



D

HOSPITAL CORONEL MOTA

EDNEI M. SCUZA

150002015

VITOSA

9486

0030%

D

E

02.6.%

10/05/2016

D



EDNEY M SOUZA

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2019

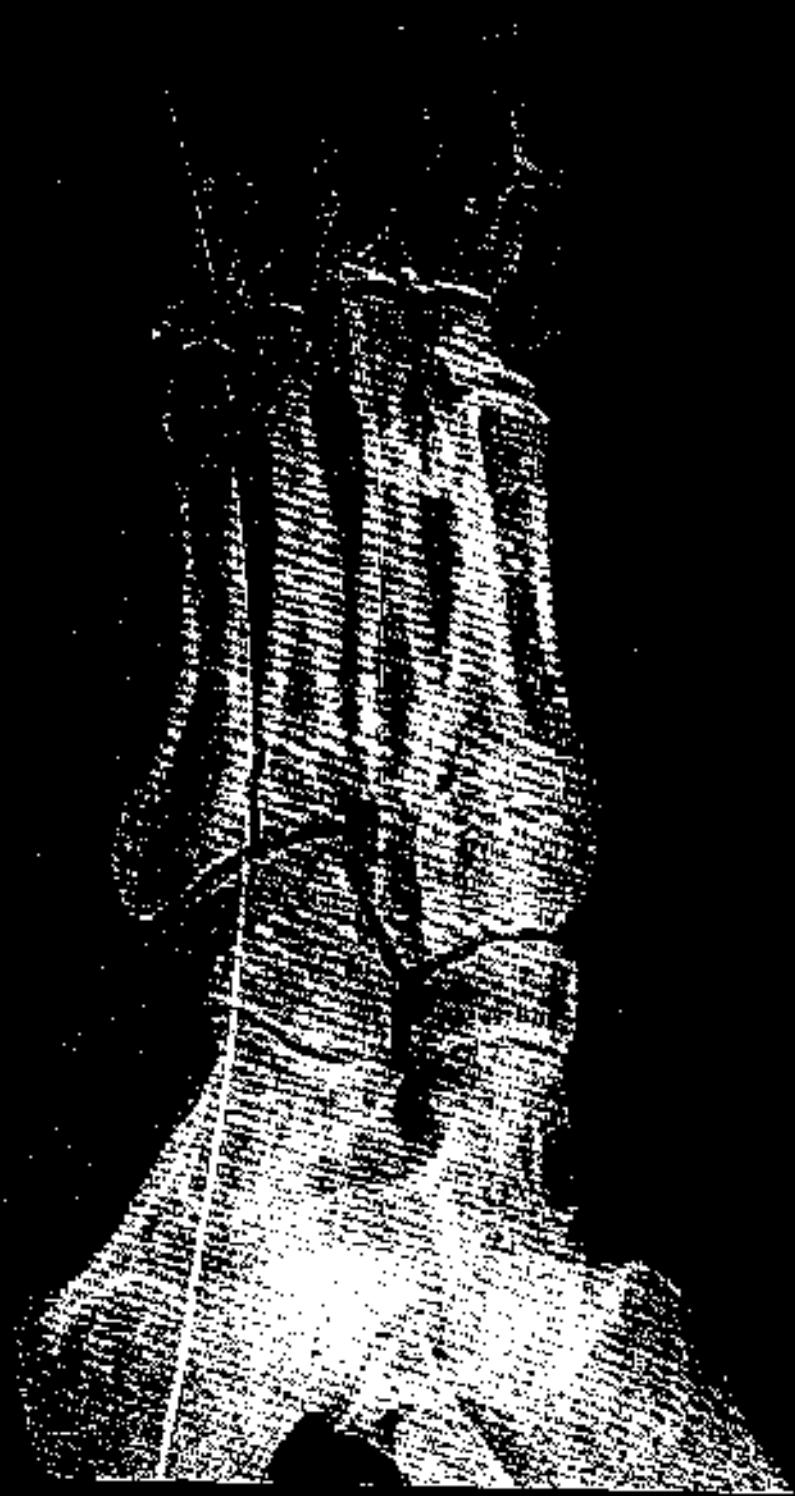
Vetsoft

Tam: 128

11



|E|



EUNICE M SOUZA

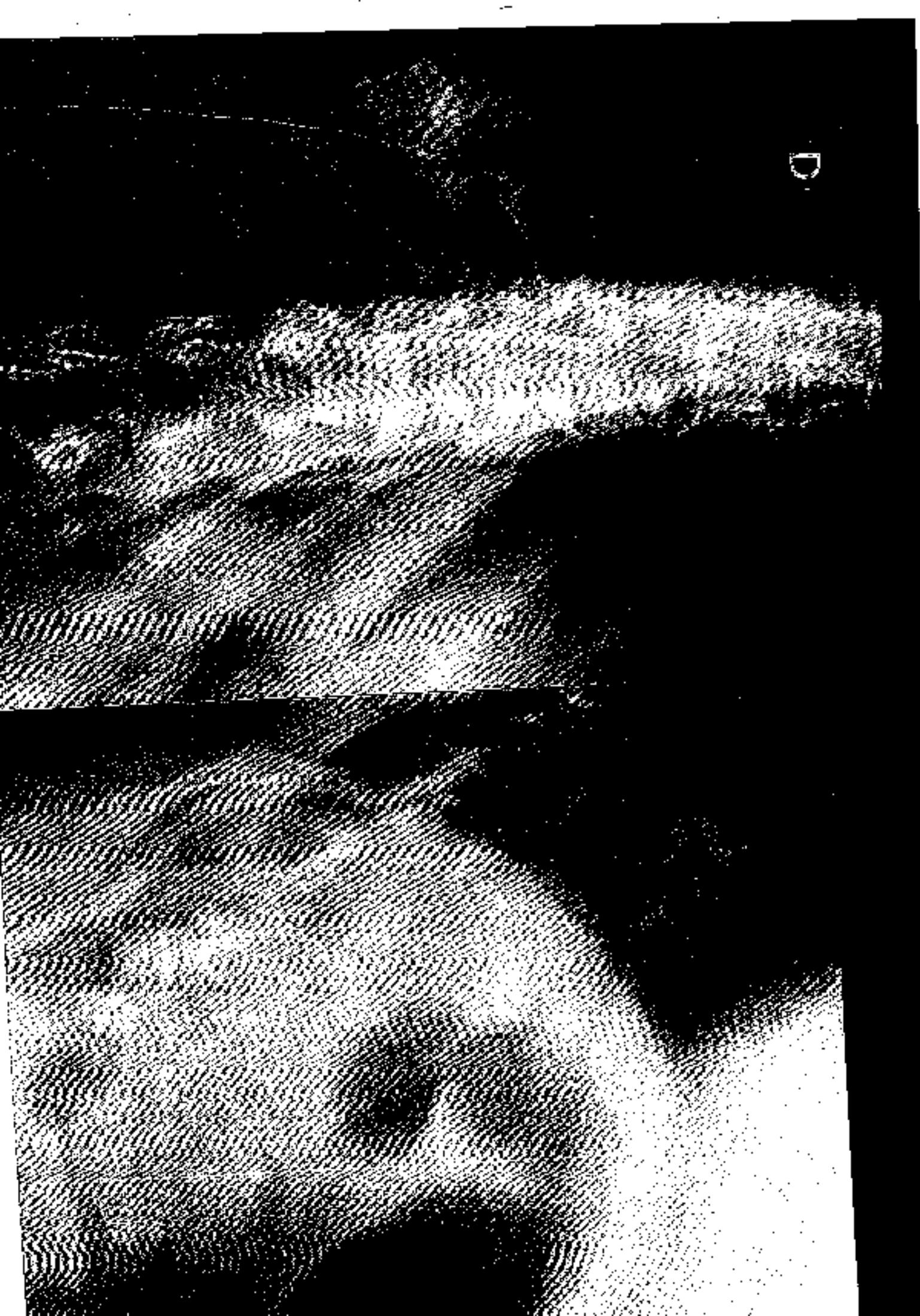
9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2010

Vision

100.0%



16/07/03

EDNEYSCUZA

5268

6435

16/07/03

air real

HOSPITAL CORONEL MOTA,

Viseu

(D)

13/08/2018

EDNEI M SOLZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

Pato real

9435

Vision

76062078

Tan. 198

Rua Villebois, 6529 - Centro, (Fax) 3003-5010

Pronto-Socorro
Pediatria
Obstetria
Ginecologia
Urologia
Endocrinologia
Cardiologia
Neurologia
Reumatologia
Oftalmologia
Dermatologia
Ortopedia
Traumatologia
Cirurgia Geral
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia de Abdomen
Cirurgia de Pernas e Mão
Cirurgia de Urologia
Cirurgia de Endocrinologia
Cirurgia de Cardiologia
Cirurgia de Neurologia
Cirurgia de Reumatologia
Cirurgia de Oftalmologia
Cirurgia de Dermatologia
Cirurgia de Ortopedia

Medicina Interna
Medicina Intensiva
Medicina do Trabalho
Medicina do Desporto
Medicina da Família
Medicina do Idoso

Medicina Nuclear
Radioterapia
Terapias Alternativas
Medicina Estética
Medicina do Bebe

Medicina da Mulher
Medicina do Homem
Medicina do Adolescente
Medicina do Idoso
Medicina do Desportista
Medicina do Trabalhador
Medicina do Idoso
Medicina do Bebe

Medicina Nuclear
Radioterapia
Terapias Alternativas
Medicina Estética
Medicina do Bebe

Medicina da Mulher
Medicina do Homem
Medicina do Adolescente
Medicina do Idoso
Medicina do Desportista
Medicina do Trabalhador
Medicina do Idoso
Medicina do Bebe

Medicina Nuclear
Radioterapia
Terapias Alternativas
Medicina Estética
Medicina do Bebe

Medicina da Mulher
Medicina do Homem
Medicina do Adolescente
Medicina do Idoso
Medicina do Desportista
Medicina do Trabalhador
Medicina do Idoso
Medicina do Bebe

Medicina Nuclear
Radioterapia
Terapias Alternativas
Medicina Estética
Medicina do Bebe



www.dentaresortabonmail.com

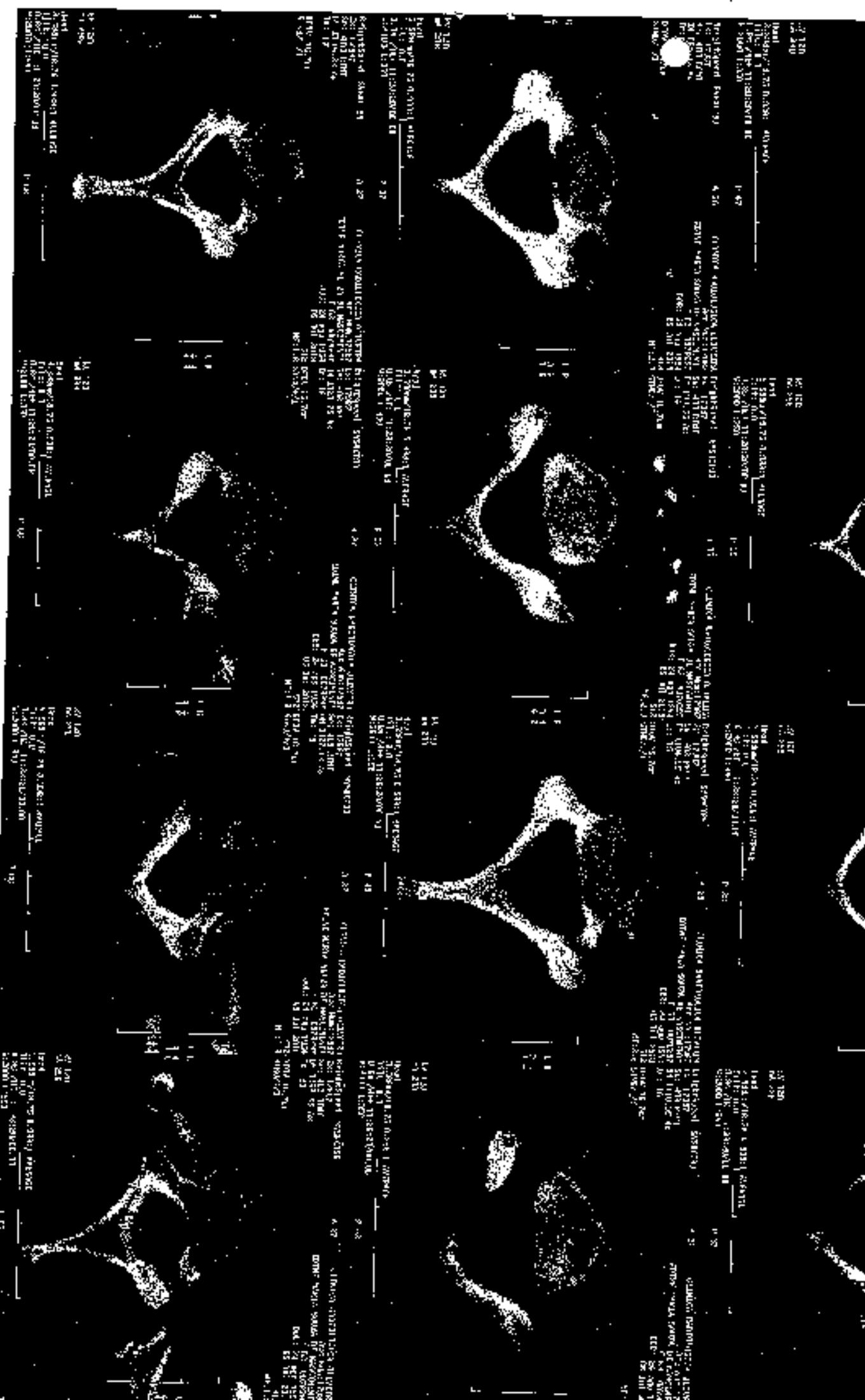
clintcaresort@gmail.com

[95] 3224 - 7999 [95] 3224 - 0485 [95] 3623 - 1091 Fax
[95] 99122 - 2122 Vito [95] 98119 - 0555 Tim

Clínica Radiológica Oliveira

EE 358A - 2008-2009

CLINICAL HANDBOOK OF ULTRASOUND



cliniicasanjuan@gmail.com clinicasanjuan@gmail.com

(95) 32224 - 7989 (95) 32224 - 6485, (95) 3623 - 1691 Fax
[] (95) 99122 - 2122 Vito (95) 92119 - 0555 Tim

BRUNSWICK SHORTS 100% COTTON
FABRIC. 150 G/M².
SOLAR PROTECTION INDEX UPF 50+.
CLASICO RONQUILLOZA DIVINITY. BREATHABLE. STRETCHABLE.
COLOR: WHITE. SIZE: AUS MEDIUM. ETC: 15007.

CLINICO RADILOGICO DI VENEZIA - IRIS S.p.A. - S.p.A. - S.p.A. - S.p.A.

DATE: 24 Jun 1955
PAGE: 2
STATION: 5
TIME: 0530-1510Z
WIND: 30° 10
TEMP: 70°
RHUM: 50%

CLINICO, RABDOMYOSA, OR TUMOR, REINTERPRETED
HANS H. FRASER, JR., 1967
THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY
65, 353-362, APRIL 1971
© 1971 by THE AMERICAN
SOCIETY FOR
PATHOLOGY

CLINICAL PEDIATRICIAN, PT, THERAPY,
EDTRIF MARTA, SOCIETY OF VOSCHIMMEL
DUES: 29.890

1996
120

Figure 1. A typical example of a dendrite with a soma.

CLINICAL RADIOLOGIC DOCUMENTATION
PATIENT NUMBER: 44524-501-74
NAME: MCKEE, RAY E.
SEX: MALE
AGE: 50
BIRTH DATE: 02-08-1939
SOCIAL SECURITY: 00-00-0000
ADDRESS: 100 N. 3RD ST.
CITY: BLOOMINGTON
STATE: IL
ZIP: 61701
PHONE: 524-2815
FAX: 524-2815
E-MAIL: RAY@BLOOM.EDU
DATE: 05-JUL-2001
TIME: 16:57:07
REF ID: 28M01-T

Digitized by Google

10 120

6 228

6 160

6 268

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

6 0

Clinica Radiologica Oliveira

Av. Vlt. Prof. 6625 - Centro, 13000-0000 São Paulo - SP
Tel: 301-5000 Bca. Vlt. 238



CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
RUA SANTOS DUMONT, 13000-0000 São Paulo - SP
TÉLEFONE: 301-5000 BCA. VLT. 238

EDINE 494-40 SOUTZA DE MASTROTTI
F. 63 100-2627 100-2628 100-2629
00-24 300-1854 00-300-2628

00-300-2628

CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
RUA SANTOS DUMONT, 13000-0000 São Paulo - SP
TÉLEFONE: 301-5000 BCA. VLT. 238
FAX: 301-5000 BCA. VLT. 238

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

00-24

AP 120
N 200

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

RP 120
N 200

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

IP 120
N 200

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

IP 120
N 200

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

Hand
S.3Barry 75 0.004:1 ANHSGE

T1c: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

R: 0.0 0.0 11:28:20/06.00

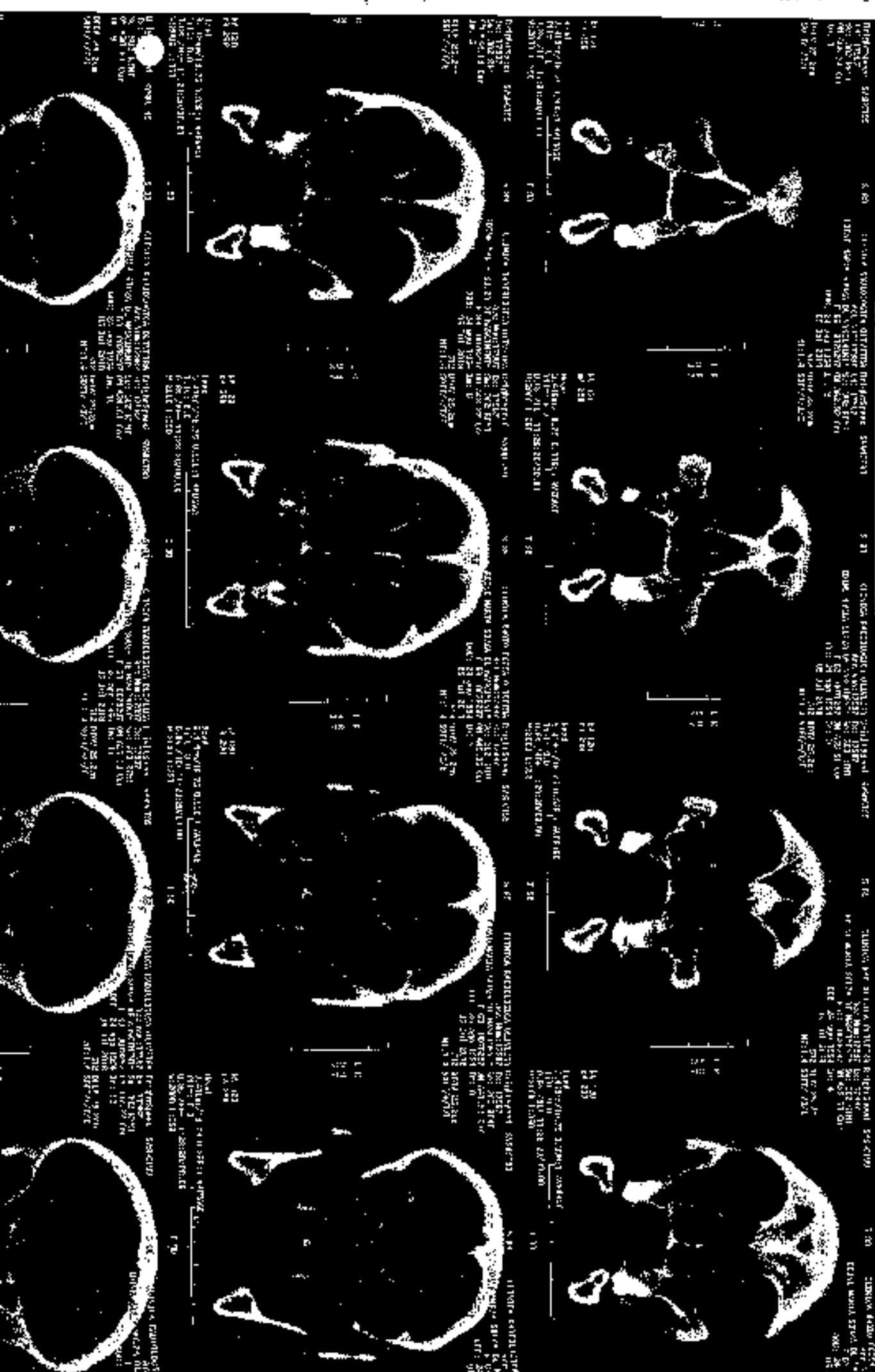
clinicservice@gmail.com clinicservice@gmail.com

(95) 3224 - 7509 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 FAX
(95) 99122 - 2122 9690 (95) 98719 - 0555 FAX

Clínica Radiológica Oliveira

સુરત પ્રદીપ

CRX



(95) 99122 - 21221100 (95) 98111 - 05551100
(95) 3544 - 7954 (95) 3524 - 0185 (95) 3522 - 1037 FAX

clinisexp@hotmail.com clinisexp@gmail.com





The figure consists of two side-by-side line graphs. Both graphs have 'Number of species' on the x-axis and 'Number of individuals' on the y-axis. The top graph's x-axis ranges from 0 to 10, and its y-axis ranges from 0 to 100. It contains six data points and a dashed regression line. The data points are approximately at (1, 10), (2, 20), (3, 35), (4, 50), (5, 65), and (6, 80). The bottom graph's x-axis ranges from 0 to 10, and its y-axis ranges from 0 to 100. It contains six data points and a solid regression line. The data points are approximately at (1, 80), (2, 70), (3, 60), (4, 50), (5, 40), and (6, 30).

卷之三

卷之三

(95) 3224-7099 (95) 3224-6185 (95) 3623 -

1

1091 Fax

4. 1995 年度の公的年金の支給額は、前年比で約 1.6% 増加した。

475

257

卷之三

100

卷之三

22

卷之三

四

N. L. P.
26, 204

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

200-2000 21-4.

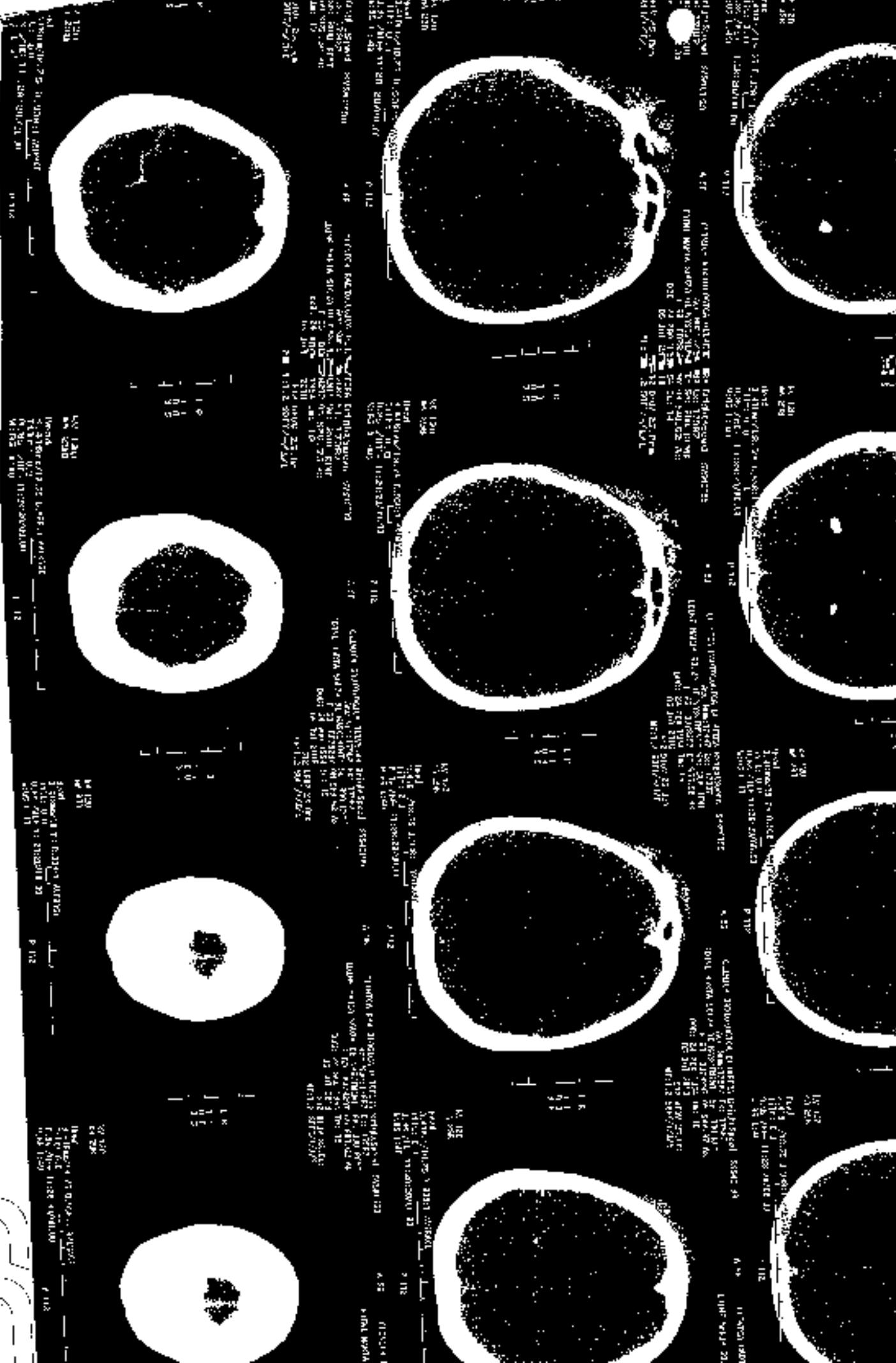
A black and white micrograph showing a cross-section of a heart. A large, dark, irregularly shaped cavity occupies most of the center, representing a thrombus or a large area of necrosis. The surrounding tissue appears lighter and more organized. A scale bar at the bottom right indicates 1 mm.

A black and white micrograph showing a single cell with a large, dark, irregular nucleus. The cell membrane is visible as a thin, irregular line. A scale bar is located in the bottom right corner.

CLUBBERS FROM WEEKS AGO ON. UNTIL PRESENT
LORD'S, WEDNESDAY EVENING. NO. 100, NEW YORK.
12 REHEARSAL. 14 CONCERT. 16-17 DANCE.
TUE., APR. 19, 1914. TUE., APR. 20, 1914.

卷之三

۱۰۸



elminseco@gmail.com

elminseco@gmail.com

(95) 3014 - 7999 (95) 3224 - 0485

(95) 90119 - 0 - 555 Tim

(95) 90122 - 2122 Viva

D

D

16/08/2016

EDNEY M SOUZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

9435

1am recd

v/sor

Clinica Radiológica Oliveira

Rua Ville Foz, 6529 - Centro, São Paulo - SP
04301-026 - Fone: 5228-5111

320
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

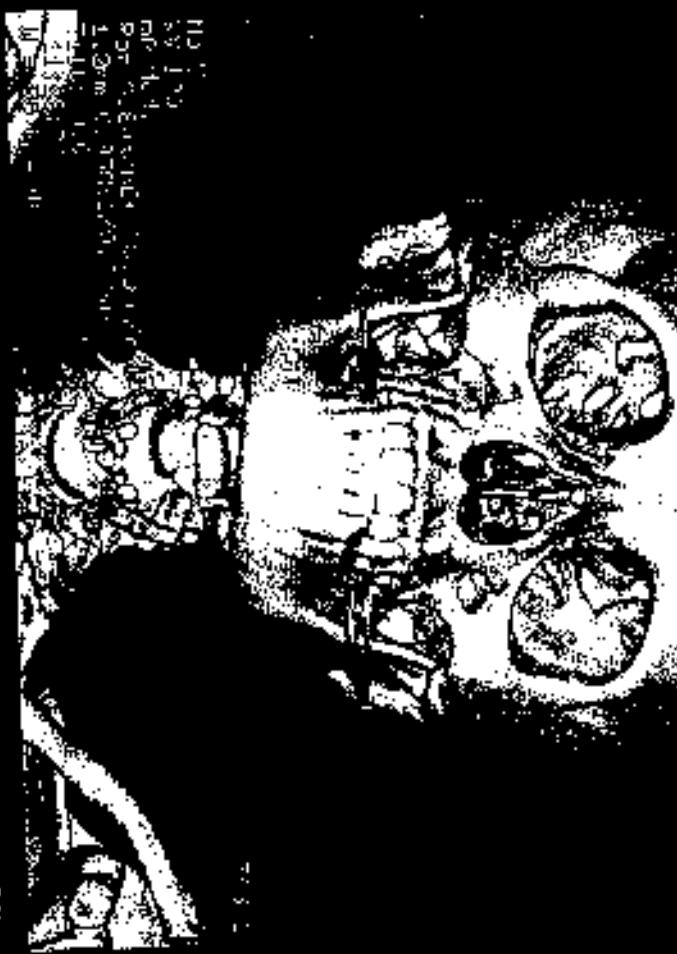
320
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

320
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc



3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc



3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

3T
Ext. 17900
SCT. 1
Volume: 2000cc

No
10

$$\begin{array}{r} 1 \\ \times 2 \\ \hline 2 \end{array}$$

23

3
3-4

100

卷之三

1

232

En vert
M. J. C.
M. M.
M. M.
M. M.
M. M.
M. M.
M. M.
M. M.

卷之三

卷之三

卷之三

六

1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
20100

1978
1979

0-1

202



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - RR

Nº 013187632571

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VN 01	01117473250	COO. PESAVAM	55516044609
ANTONIA DA SILVA PEREIRA	NOME DO PROPRIETÁRIO		
AV GAL ATALDE TETIVE	ENDEREÇO		
LIBERDADE-Nº 12063			
BOA VISTA-RR 69309000	CEP		

ORGANE	PLACA
14.431.324/0001-99	MAP3775

RORAIMA MOTORES LTDA	HOME AND MOB
----------------------	--------------

9G2KC250C1H015917	CHASSI

FAB./MOTOCICLETA/ANº APLIC.	CATEGORIA
HONDA/CG 160 START	GASOLINA

MARCA/ANº/MODELO	COMBUSTIVEL
2016	2017

CAPACIDADE	COR PREDOMINANTE
2P/0162CC/	PRETA

USO/USO/CÓD.	DATA INICIAL
	15/05/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MAZON OCTD *

Luiz Eduardo Silva de Castilho
Luis Eduardo Presidente Interino
BOA VISTA-RR Detentor do Documento
15/05/2017

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé
KVS Em testemunho _____ da verdade.
Boa Vista-RR, 18/07/2018
Email.: 2,40, FUNDEJURR 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: RECFIR1583451YGG8IJ5DIH2W308
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA MA
Av Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PRÓPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZADO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 6.500,00

NO. 3481832 CINQUENTA E OITO MIL E TRÊS CENTAVOS
ENDEREÇO: RUA SENADOR JOSÉ GREGORIO 924
CACHAPÍ BOA VISTA 18/07/2018

DATA: 18/07/2018
NOME DO COMPRADOR: L. EDUARDO ALVES MED
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDENDOR)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDENDOR)

O(a) vendedor tem a obrigatoriedade de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

O(a) comprador deve aguardar o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação para proceder a transferência pelo agente para o seu nome, sobrenome de encarte em nome de falso (Art. 233 do CTB).

O(a) comprador deve aguardar o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação para proceder a transferência pelo agente para o seu nome, sobrenome de encarte em nome de falso (Art. 233 do CTB).

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDENDOR)
CONFIRMAR ART. 389 C.P.C.

DANIEL AQUINO
Daniel Aquino - Presidente Interino
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil
2018. Sua assinatura é feita com tinta eletrofotográfica
de testemunho de verdade. WES
De que sorte Boa Vista, 18 de junho de 2018
Assinado (s) abaixo em dia e no local e pertencente a: DR.
RECFIR1583451YGG8IJ5DIH2W308
Email.: 2,40, FUNDEJURR 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: RECFIR1583451YGG8IJ5DIH2W308
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>

Thays Coutinho Weber
Thays Coutinho Weber
Escrivente Autorizada
Cartório Loureiro

DR. JOZIEL LOUREIRO

DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELIÃO E REGISTRADOR
Av. Vila 311 - 363 - Centro - Boa Vista - RR - Tel. (95) 3624-6092 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé
KVS Em testemunho _____ da verdade.
Boa Vista-RR, 18/07/2018
Email.: 2,40, FUNDEJURR 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: RECFIR1583451YGG8IJ5DIH2W308
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>

Thays Coutinho Weber
Thays Coutinho Weber
Escrivente Autorizada
Cartório Loureiro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405805 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
 PROFISSÃO: DO LAR RG: 570735-4
 CPF: 703.196.422-91 ENDEREÇO: RUA CIDADE N° 62
 BAIRRO: NOVA CANAÁ CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
 CEP 69.316-385

VÍTIMA: Edine maria souza do Nascimento
 CPF: 703.196.422-91 DATA DO ACIDENTE: 05-07-2018
 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: José Santana Farias Gimaraes
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: AUTONOMO
 Nº DO RG: 114846399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
 DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
 Nº CPF: 627.942.803-68
 ENDEREÇO: RUA CIDADE N° 312 Bairro: Nova Canaá

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, 13 de Junho de 2019

Edine maria souza do nascimento
 Assinatura

ÁREA DE AUTENTICO DE NOTA
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bacellar, 414 - Boa Vista - RR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220732/19

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

CPF: 703.196.422-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO : 703.196.422-91

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: 01/07/2019
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190405805

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405805

Vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 703.196.422-91 4 - Nome completo da vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 703.196.422-91
 7 - Profissão: JO LAR 8 - Endereço: RUA Gideão 9 - Número: 62 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CAMBORAÍ 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-785
 15 - E-mail: SANTANA01MARACSR2@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 195199169-3685

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0250	CONTA: <input checked="" type="text"/> 120.305	(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 (DO NÃO VERIFICADO)

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):

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou | 01 JUL 2019 |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | |
| <input type="checkbox"/> 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 de Vida - IR 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.

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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário 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, 13/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000830/2019

GENTE SEGURADORA S/A

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2019 09:47 Data/Hora Fim: 11/01/2019 09:59
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/07/2018 06:30

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: BR 401

Bairro: .
Nº: KM 56

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Presidente Dutra Sexo: Feminino Nasc: 24/08/1959
Profissão: Do Lar
Nome da Mãe: Luiza Ferreira Lima

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 540735-4
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.196.422-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Gedeao Nº: 62
Bairro: Cambará
Telefone: (95) 99122-3728 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 14.431.324/0001-99	Placa NAP3775
Renavam 01117473250	Número do Motor KC25E0H015731
Número do Chassi 9C2KC2500HR015947	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/05/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ediné Maria Souza do Nascimento	Possuidor





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000830/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela BR 401, sentido Boa Vista, como garupa da motocicleta acima descrita, conduzida por seu marido, MANOEL JOSE DO NASCIMENTO (CNH 02755774675), quando o pneu traseiro furou, fazendo com que o condutor perdesse o controle. Que a comunicante caiu da motocicleta, sofrendo lesões corporais. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

Ediné Maria Souza do Nascimento
(Comunicante)

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

DAT

9 a JUL. 2019

ACIDENTE DE POLÍCIA

CONCEITA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do documento ASL: 3-CPF da vítima: 703.196.422-91 4- Nome completo da vítima: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO 6- CPF: 703.196.422-91

7 - Profissão: 9- Endereço: RUA GIDEÃO 8- Bairro: 62

11 - Bairro: CAMBORAÚ 12 - Cidade: UBA VIAGEM 13 - Estado: RJ 14 - CP: 69.316-785

15 - Email: SANTAMARIAIMPRESARIAL@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 193 19969-3695

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 comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECEU INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM PENDA R\$0,001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - PROFISSÃO E INSCRIÇÃO:

CONTA POUPANÇA (somente caso o beneficiário esteja aposentado)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: 3

Informar o dígito da conta (Inserir o dígito da conta) (Inserir o dígito da conta) (Inserir o dígito da conta)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/morbofusso ou Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o como o mais alto limite de cobertura de danos, desde já e somente após a efetivação do crédito, e quitando total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DO PAC VERIFICADO

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou SIM 01 JUL 2019

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, soucio o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com a mesma apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às curas da Seguradora Lider para verificação da invalidade e da cobertura de indenização, permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6º 1ºº/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa concordância com a utilização médica ou veridicidade da comprovação, caso descreva seu conteúdo.

GENTE SEGURADORA LIDA

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

24 - Fim de Período com a vítima: Sim Não 25 - Vítima deixou com谁? Sim Não 26 - Se a vítima deixou (un)cônjugue, informar o nome completo:

27 - Vítima Sim Não Sim Não 28 - Vítima Sim Não Sim Não 29 - Vítima Sim Não Sim Não

30 - Vítima Sim Não Sim Não 31 - Vítima Sim Não Sim Não 32 - Vítima Sim Não Sim Não

33 - Vítima Sim Não Sim Não 34 - Vítima Sim Não Sim Não 35 - Vítima Sim Não Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devise, a indenização no Seguro DPVAT por morte bém que as autoridades que se apossarem e provoquem esta condição, estando clara, ainda, de que qualquer omisão ou desatenção, ao não verificá-la, poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

36 - Nome legível de quem assina a régua/pedido 37 - CPF legível de quem assina a régua/pedido 38 - Nome legível de quem assina a régua/pedido

39 - Assinatura da testemunha 40 - Assinatura da testemunha 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (eletrônica) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 44 - Assinatura do Advogado (se houver)

45 - Assinatura do Advogado (se houver) 46 - Assinatura do Advogado (se houver)

47 - Assinatura do Advogado (se houver) 48 - Assinatura do Advogado (se houver)

49 - Assinatura do Advogado (se houver) 50 - Assinatura do Advogado (se houver)

51 - Assinatura do Advogado (se houver) 52 - Assinatura do Advogado (se houver)

53 - Assinatura do Advogado (se houver) 54 - Assinatura do Advogado (se houver)

55 - Assinatura do Advogado (se houver) 56 - Assinatura do Advogado (se houver)

57 - Assinatura do Advogado (se houver) 58 - Assinatura do Advogado (se houver)

59 - Assinatura do Advogado (se houver) 60 - Assinatura do Advogado (se houver)

61 - Assinatura do Advogado (se houver) 62 - Assinatura do Advogado (se houver)

63 - Assinatura do Advogado (se houver) 64 - Assinatura do Advogado (se houver)

65 - Assinatura do Advogado (se houver) 66 - Assinatura do Advogado (se houver)

67 - Assinatura do Advogado (se houver) 68 - Assinatura do Advogado (se houver)

69 - Assinatura do Advogado (se houver) 70 - Assinatura do Advogado (se houver)

71 - Assinatura do Advogado (se houver) 72 - Assinatura do Advogado (se houver)

73 - Assinatura do Advogado (se houver) 74 - Assinatura do Advogado (se houver)

75 - Assinatura do Advogado (se houver) 76 - Assinatura do Advogado (se houver)

77 - Assinatura do Advogado (se houver) 78 - Assinatura do Advogado (se houver)

79 - Assinatura do Advogado (se houver) 80 - Assinatura do Advogado (se houver)

81 - Assinatura do Advogado (se houver) 82 - Assinatura do Advogado (se houver)

83 - Assinatura do Advogado (se houver) 84 - Assinatura do Advogado (se houver)

85 - Assinatura do Advogado (se houver) 86 - Assinatura do Advogado (se houver)

87 - Assinatura do Advogado (se houver) 88 - Assinatura do Advogado (se houver)

89 - Assinatura do Advogado (se houver) 90 - Assinatura do Advogado (se houver)

91 - Assinatura do Advogado (se houver) 92 - Assinatura do Advogado (se houver)

93 - Assinatura do Advogado (se houver) 94 - Assinatura do Advogado (se houver)

95 - Assinatura do Advogado (se houver) 96 - Assinatura do Advogado (se houver)

97 - Assinatura do Advogado (se houver) 98 - Assinatura do Advogado (se houver)

99 - Assinatura do Advogado (se houver) 100 - Assinatura do Advogado (se houver)

101 - Assinatura do Advogado (se houver) 102 - Assinatura do Advogado (se houver)

103 - Assinatura do Advogado (se houver) 104 - Assinatura do Advogado (se houver)

105 - Assinatura do Advogado (se houver) 106 - Assinatura do Advogado (se houver)

107 - Assinatura do Advogado (se houver) 108 - Assinatura do Advogado (se houver)

109 - Assinatura do Advogado (se houver) 110 - Assinatura do Advogado (se houver)

111 - Assinatura do Advogado (se houver) 112 - Assinatura do Advogado (se houver)

113 - Assinatura do Advogado (se houver) 114 - Assinatura do Advogado (se houver)

115 - Assinatura do Advogado (se houver) 116 - Assinatura do Advogado (se houver)

117 - Assinatura do Advogado (se houver) 118 - Assinatura do Advogado (se houver)

119 - Assinatura do Advogado (se houver) 120 - Assinatura do Advogado (se houver)

121 - Assinatura do Advogado (se houver) 122 - Assinatura do Advogado (se houver)

123 - Assinatura do Advogado (se houver) 124 - Assinatura do Advogado (se houver)

125 - Assinatura do Advogado (se houver) 126 - Assinatura do Advogado (se houver)

127 - Assinatura do Advogado (se houver) 128 - Assinatura do Advogado (se houver)

129 - Assinatura do Advogado (se houver) 130 - Assinatura do Advogado (se houver)

131 - Assinatura do Advogado (se houver) 132 - Assinatura do Advogado (se houver)

133 - Assinatura do Advogado (se houver) 134 - Assinatura do Advogado (se houver)

135 - Assinatura do Advogado (se houver) 136 - Assinatura do Advogado (se houver)

137 - Assinatura do Advogado (se houver) 138 - Assinatura do Advogado (se houver)

139 - Assinatura do Advogado (se houver) 140 - Assinatura do Advogado (se houver)

141 - Assinatura do Advogado (se houver) 142 - Assinatura do Advogado (se houver)

143 - Assinatura do Advogado (se houver) 144 - Assinatura do Advogado (se houver)

145 - Assinatura do Advogado (se houver) 146 - Assinatura do Advogado (se houver)

147 - Assinatura do Advogado (se houver) 148 - Assinatura do Advogado (se houver)

149 - Assinatura do Advogado (se houver) 150 - Assinatura do Advogado (se houver)

151 - Assinatura do Advogado (se houver) 152 - Assinatura do Advogado (se houver)

153 - Assinatura do Advogado (se houver) 154 - Assinatura do Advogado (se houver)

155 - Assinatura do Advogado (se houver) 156 - Assinatura do Advogado (se houver)

157 - Assinatura do Advogado (se houver) 158 - Assinatura do Advogado (se houver)

159 - Assinatura do Advogado (se houver) 160 - Assinatura do Advogado (se houver)

161 - Assinatura do Advogado (se houver) 162 - Assinatura do Advogado (se houver)

163 - Assinatura do Advogado (se houver) 164 - Assinatura do Advogado (se houver)

165 - Assinatura do Advogado (se houver) 166 - Assinatura do Advogado (se houver)

167 - Assinatura do Advogado (se houver) 168 - Assinatura do Advogado (se houver)

169 - Assinatura do Advogado (se houver) 170 - Assinatura do Advogado (se houver)

171 - Assinatura do Advogado (se houver) 172 - Assinatura do Advogado (se houver)

173 - Assinatura do Advogado (se houver) 174 - Assinatura do Advogado (se houver)

175 - Assinatura do Advogado (se houver) 176 - Assinatura do Advogado (se houver)

177 - Assinatura do Advogado (se houver) 178 - Assinatura do Advogado (se houver)

179 - Assinatura do Advogado (se houver) 180 - Assinatura do Advogado (se houver)

181 - Assinatura do Advogado (se houver) 182 - Assinatura do Advogado (se houver)

183 - Assinatura do Advogado (se houver) 184 - Assinatura do Advogado (se houver)

185 - Assinatura do Advogado (se houver) 186 - Assinatura do Advogado (se houver)

187 - Assinatura do Advogado (se houver) 188 - Assinatura do Advogado (se houver)

189 - Assinatura do Advogado (se houver) 190 - Assinatura do Advogado (se houver)

191 - Assinatura do Advogado (se houver) 192 - Assinatura do Advogado (se houver)

193 - Assinatura do Advogado (se houver) 194 - Assinatura do Advogado (se houver)

195 - Assinatura do Advogado (se houver) 196 - Assinatura do Advogado (se houver)

197 - Assinatura do Advogado (se houver) 198 - Assinatura do Advogado (se houver)

199 - Assinatura do Advogado (se houver) 200 - Assinatura do Advogado (se houver)

201 - Assinatura do Advogado (se houver) 202 - Assinatura do Advogado (se houver)

203 - Assinatura do Advogado (se houver) 204 - Assinatura do Advogado (se houver)

205 - Assinatura do Advogado (se houver) 206 - Assinatura do Advogado (se houver)

207 - Assinatura do Advogado (se houver) 208 - Assinatura do Advogado (se houver)

209 - Assinatura do Advogado (se houver) 210 - Assinatura do Advogado (se houver)

211 - Assinatura do Advogado (se houver) 212 - Assinatura do Advogado (se houver)

213 - Assinatura do Advogado (se houver) 214 - Assinatura do Advogado (se houver)

215 - Assinatura do Advogado (se houver) 216 - Assinatura do Advogado (se houver)

217 - Assinatura do Advogado (se houver) 218 - Assinatura do Advogado (se houver)

219 - Assinatura do Advogado (se houver) 220 - Assinatura do Advogado (se houver)

221 - Assinatura do Advogado (se houver) 222 - Assinatura do Advogado (se houver)

223 - Assinatura do Advogado (se houver) 224 - Assinatura do Advogado (se houver)

225 - Assinatura do Advogado (se houver) 226 - Assinatura do Advogado (se houver)

227 - Assinatura do Advogado (se houver) 228 - Assinatura do Advogado (se houver)

229 - Assinatura do Advogado (se houver) 230 - Assinatura do Advogado (se houver)

231 - Assinatura do Advogado (se houver) 232 - Assinatura do Advogado (se houver)

233 - Assinatura do Advogado (se houver) 234 - Assinatura do Advogado (se houver)

235 - Assinatura do Advogado (se houver) 236 - Assinatura do Advogado (se houver)

237 - Assinatura do Advogado (se houver) 238 - Assinatura do Advogado (se houver)

239 - Assinatura do Advogado (se houver) 240 - Assinatura do Advogado (se houver)

241 - Assinatura do Advogado (se houver) 242 - Assinatura do Advogado (se houver)

243 - Assinatura do Advogado (se houver) 244 - Assinatura do Advogado (se houver)

245 - Assinatura do Advogado (se houver) 246 - Assinatura do Advogado (se houver)

247 - Assinatura do Advogado (se houver) 248 - Assinatura do Advogado (se houver)

249 - Assinatura do Advogado (se houver) 250 - Assinatura do Advogado (se houver)

251 - Assinatura do Advogado (se houver) 252 - Assinatura do Advogado (se houver)

253 - Assinatura do Advogado (se houver) 254 - Assinatura do Advogado (se houver)

255 - Assinatura do Advogado (se houver) 256

VOTE
MEU

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



ATO DECLARATÓRIO

1800976858 05/07/2018 08:04:39

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						DIURNO 07-19	2
Paciente EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO Tipo Doc Documento IDENTIDADE 791578 Mãe LUIZA FERREIRA LIMA Endereço - SITO SAO LUCAS - SN -- BONFIM - RR	Data Nascimento 24/08/1959	Idade 58 A 10 M 12 D	CNS	CPF 70319642291	Prontuário		
Órgão Emissor SSP/MA	Data Emissão 17/06/1982	Sexo F	Estado Civil UNIAO ESTAVEL	Raça/Cor PARDA NI	Naturalidade PRESIDENTE DUTRA - MA	Nacionalidade BRASILEIRA	
					Contato (95) 99129-1638	Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Promoção Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Selos GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por: DANIEL.VIANA		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> TOTAL						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 8:10 h)	Queda de moto. Chegou aos meios próprios. Pct. algo desorientado no tempo e respir. ECG = 15, movimento os de membros, obedece a comandos, observa ocorr. espontânea. Hipótese Diagnóstica Volutizando. AR: rrui bi siva / ACV: BRMF 8,5 2T. SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: PRESCRIÇÃO @ filo tel 40 m GV Baco feito. @ Dipico na 10 GV 8:40 feito. @ Phen chia griffa 7 N23 tem na moxidol @ celor levitox 3 dia mto mal @ mox @ mox @ mox @ mox						
	APRAZAMENTO ÁREA DE SINISTROS - DEMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 01 JUL 2019 Henrique Zuri C. Silva ENFERMEIRO CORE/RR/306.847 GENTE SEGURADORA S/A Dr. Celso J. Baliza, 444 - Boa Vista - RR						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: PA: 180 x 80 mmHg TC: 100 bpm Freq: 120 lpm						
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 25 SET 2018						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> P. T. C. Engenheiro Henrique R. da Silva <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica Carimbo e Assinatura do Médico						
Assinatura do Paciente ou Responsável ECG : 64	Dr. Cláudio Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 05/07/2018 08:05:05	Copia da Ficha de Atendimento original que foi apresentada neste Hospital						
Carimbo e Assinatura do Médico Carimbo Henrique R. da Silva CRM-RR 1803							



1800976858

Transf. 0004605
 elevece stt

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão José Geraldo, 891 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.34.1473/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3
Nota Fiscal 1 | Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Para contato
nosso número
este número

SEU CÓDIGO
0032579-1

Nº da Nota Fiscal: 002905540

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	220	146,48

MANOEL JOSE DO NASCIMENTO
R. GTDEAO 62 CAMBARA
CPF: 00023710969387
CEP: 69.313-448 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.010300

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		29998		Atual:	22/05/2019
Anterior:		29778		Anterior:	18/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	18/06/2019
Consumo Mínimo:	220			Emissor:	20/05/2019
Consumo Faturado:	220		FCAM	Apresentação:	22/05/2019

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Pulse	Código Faz	Média 12 meses
RESID.BX.REND.	BI	E2834381	N 1521571	1.4.1.2	149
HISTÓRICO kWh					
Mesano consumo ABR/19 277 MAR/19 202 FEV/19 193 JAN/19 187 DEZ/18 85 NOV/18 213 OUT/18 162 SET/18 120 AGO/18 85 JUL/18 74 JUN/18 80 TRIBUTOS: 30 A 277 = 8.314,00 30 A 162 = 4.860,00 30 A 213 = 6.390,00 30 A 85 = 2.550,00					
DESCRITIVO DA CONTA CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86 70 A R\$ 0,449385 = 31,45 120 A R\$ 0,674684 = 80,89 SUBVENCAO BAIXA RENDA - 48,01 ILUMINACAO PUBLICA 26,28					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
 Mes/Ano Valor R\$
 04/2018 187,46

***** 140 dias aviso desde 18/04/2018 ate vencimento. Vencido o débito em 18/05/2018. Sendo Pago, avise para sua fatura de pagamento.

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

RESERVADO AO FISCO B29F.6355.6D4A.4AE7.0460.1BF1.DA37.6C66

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	30,89	Base de Cálculo:	120,20
Energia:	65,48	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	20,43
Encargos:	3,40	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	20,43	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
1,58			3,00		0,98	
DISTRITO					03/07/2019	45 45



Nº da Conta: 00001300738223
Mês de referência: 04/2019
Período: 02/03/2019 a 01/04/2019
Data de emissão: 02/04/2019

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
RUA GIDEAO 312
NOVA CANAA
69314-406 BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DP/MAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

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

Seus Números Vivo
95-99169-3685

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

128/POS/SMP - VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM

O que está sendo cobrado
de 02/03/2019 a 01/04/2019

Serviços Contratados

VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III
BÔNUS CONTA DIGITAL
Subtotal Serviços Contratados

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
VIVO CTRL DIGITAL-3,5GB ILIM	1	1	64,99			64,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III	1	1	0,00			0,00
BÔNUS CONTA DIGITAL	1	1	0,00	500MB		64,99
Subtotal Serviços Contratados						

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP: 69305-025 - Boa Vista - RR
IE: 0251453
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
17/04/2019

Total a Pagar
R\$ 64,99

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza