

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 ROSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES inscrito(a) no CPF 627.942.803 / 68 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito(a) no CPF sob o Nº 703.196.422 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO inscrito(a) no CPF sob o Nº 703.196.422 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

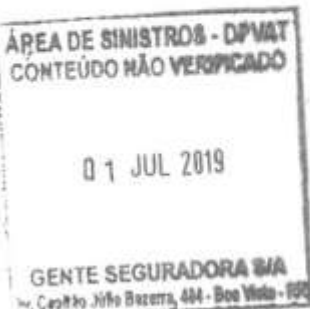
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>RUA GILDEÃO</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>
Email <u>SANTANAGUIMARAE@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(95) 98129-0794</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99169-3685</u>



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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ANTÔNIA DA SILVA PEREIRA
RG nº 25.326, data de expedição 08/11/85
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 042.743.932-91
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de RORAIMA
AV SURRONI 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
EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO, cujo o condutor era
MANOEL JOSE DO NASCIMENTO
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 160 START Ano: 2016/2017
Placa: NAP-3775 Chassi: 9C2.KC2500HR015947
Data do Acidente: 05/07/2018

Local e Data:

BOA VISTA-RR, 13 DE JUNHO DE 2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO
1º OFÍCIO

Cartório do 1º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alvaro Pires, 6902 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (067) 5637-4180
E-mail: daniel.aquino@cartorioseguro.com.br

117573.5d0278b1f159c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ANTONIA DA SILVA PEREIRA e MANOEL JOSE DO
NASCIMENTO

Em testemunho da verdade, L.F.S.
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 13 de junho de 2018.
Consulte a(s) tabela(s) abaixo em: cidadaoportalsegur.com.br
REC/FIR168296P84TYTSVPUCMLP66 / REC/FIR168296JNVLTMAOJ97EP39 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 6,00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

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

13-05

Exame clínico do
Bomgo Bucomário P. A. C. e
V. A. A. A. A.

Dr. Sérgio Henrique R. da Silva
Médico
CRM-RR 1803

[Signature]

BVF.

18/08/18.

12:45h.

Exame abdominal, com inflexão de resaca
e distensão significativa. Hto. compatível
com embolia. No Hcm.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capital 1011 - B. Nova - SP - 05014-000

Ata de Exame
Arterial e Venoso

Rodrigo da França Azeite
Ortodontista
CRM-RR 257

[Signature]

25 SET 2018
CRM-RR 257

15/07/2018 *[Signature]*

Relato de TCE sobre o exame realizado em 18/08/18
de acordo com o protocolo de TCE.

CC 15, cap 15 (5) 15/08/18, movimento de 4 registros.
CC: Sem sobre o exame no momento

Siraciu D. Azeite
Neurologista
CRM-RR 1347

15-30h

Ata de Exame

[Signature]

**HOSPITAL MACROREGIONAL 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 HIAS + DM, apresentando trauma em face, dor e edema, dificuldade para deglutir. 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.

CID-10: S 02.4

Presidente Dutra - MA, 08/10/2018.

Sérgio Augusto S. Moraes
Diretor Clínico
CRM - 9340
H.M.U.E.P.O.

Rua Honório Gomes, S/N - Centro

Presidente Dutra-MA

CEP: 65760-000

ÁREA DE REGISTRO - OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2018

COMPTE SEGURADORA S/A
Av. Eng. Dr. João Batista, 111 - Boa Vista - RJ

Nº PRONT.

197449

GUIA DE ATENDIMENTO

10:30:30

03/10/2018

MÉDICO

DADOS DO PACIENTE

NOME EDINE MAARIA SOUZA DO NASCIMENTO

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

EST. CIVIL CASADO

PAI JOSE FERREIRA DE SOUZA

COR PARDA

SEXO F

MÃE LUIZA FERREIRA LIMA

FONE

ENDEREÇO TRAVESSA 04, Nº 530

BAIRRO VILA MILITAR

CIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

NATURALIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

RESP. *Marlene de M. Pereira*Ass. Recepcionista: *Deborah*

Nível de consciência:

consciente

Escala de dor:

leve

Doenças pré-existentes:

*Diabetes Hipertensão*Queixa: *Queixa de inchaço na perna e dor na face*

Medicamentos em uso:

Alergias:

ureca

Obs.:

Peso aproximado:

PA: *60x70x90*

FR:

TEMP.:

SAT O2:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

☒ AZUL☐ VERDE☐ AMARELO☐ VERMELHO

ENFERMEIRO:

CURATIVO

IMOBILIZAÇÃO:

MS

MI

PARACENTESE ABDOMINAL

TAMPONAMENTO NASAL

RETRADA DE FIMADOR

RETIRADA DE FIO DE KIRSCHNER

ÁREA DE SINISTROS - OPMAT
CONTÉIDOR NÃO VERIFICADO

07 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

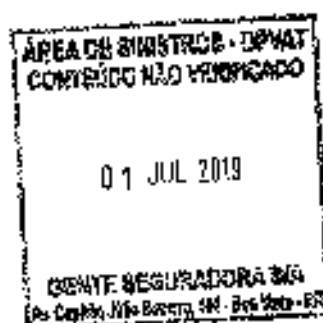
Capitais: 30% Bazar, 40% - 50% 50% - 10%

*HCAVd = Risco cirurgico**HAAS + DM**ACC**ECG = RS, DCRD, limites normais**LAB → glic 226, g/dl**#Risco global II / ASA II**ABS: sufixo controle de glicemia**antes da procedimento**Dr. Carlos Amancio
Endocrinologista
Ribeirão
MA 65002*

Pelo 03.10.18

Paciente avaliada oporata TC com
fratura de zygoma.

Interessa em planos para cirurgia




Magno Herculano Jr.
Médico Bucodentário
CRO-RJ 4184



AUGUSTOS

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Paciente: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
Sexo: FEM
Convênio: NEOCLINICA - PARTICULAR
Solicitante: Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
Idade: 59 anos
Código: 149808.01
Data: 29/11/2018 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 PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2854

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capita João Soares, 504 - Boa Vista - Foz



Pronto Socorro Francisco Eliesbão

Governo do Estado

Pronto Atendimento Aírton Rocha

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 tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital, portanto será **LIBERADO**. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações inesperadas 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 aparecerem sintomas ou sinais abaixo relacionados:

- Dor de cabeça
- Sonolência excessiva ou insônia
- Irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional
- Desmaios, fraqueza, diminuição da 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 perda 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
- Queda depressivo ou de agressividade
- Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço
- Dificuldades para realizar suas atividades domésticas ou no emprego
- Pode continuar usando somente as medicações prescritas por seu MÉDICO, porém, não use sedativos ou remédios para dormir, xarope para tosse, ou outras que possam produzir sono ou hebreas alcoólicas, no menos durante 48 horas. Durante este período, deve ser acompanhado frequentemente, para que se possa avaliar a presença das orientações acima.


Assinatura

Recebi o Original em 08/07/18



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

FOLHA DE SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: <u>Edine Marcia Souza do Nascimento</u>					Nº DO PRONTUÁRIO	
Sexo: <u>F</u>	Cor	Idade	Estado Civil		Profissão	
Clínica: <u>Buco</u>			Médico Assistente			
DIAGNOSTICO						
Provisório						
Principal: <u>Fratura de zygma</u>						
Acessórios Complicações					"Causa Mortis"	Histo- Patológico
						ÁREA DE SINISTROS - DPMA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Sintomas e Sinais Principais <u>Dor, dificuldade para mastigar</u>					01 JUL 2019	
					GENTE SEGURADORA S/A	
TRATAMENTO						
TIPO		TERAPÉUTICA		OPERAÇÃO		EFICÁCIA
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico				Principal <u>osteossíntese</u> Acessórios		<input checked="" type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Prejudicial <input type="checkbox"/> Não Avaliado
Data da Internação: <u>03.10.18</u>			Data da Alta: <u>05.10.18</u>		Data de Hospitalização	
ALTA						
CONDIÇÕES		TIPO		ÓBITO		
<input checked="" type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Estacionado <input type="checkbox"/> Outros*		<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Para Tratamento Ambulatório <input type="checkbox"/> Transferência p/ outro Hospital <input type="checkbox"/> Vale só p/ Diagnóstico <input type="checkbox"/> Outros*		<input type="checkbox"/> S/ Tratamento <input type="checkbox"/> Decurso Tra. Clínico <input type="checkbox"/> Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório (12hs) <input type="checkbox"/> Pós-Operatório (24 hs) <input type="checkbox"/> Pós-Operatório (1ª Semana) <input type="checkbox"/> Pós-Operatório (Até 40 dias) <input type="checkbox"/> Outros*		
*ESPECIFICAR AQUI		*ESPECIFICAR AQUI		*ESPECIFICAR AQUI		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <u>05.10.18</u> Data </div> <div>  Ass. do Médico </div> <div> Magno Elacelar Jr. Cirurgião Bucodentofacial CRO-MG 4184 </div> </div>						



E C O P E R E Z

Ecodopplercardiografia Transtorácica e Transesofágica/Ecodopplercardiografia Fetal/ Ecografiar Vascular

Laudo de Ecodopplercardiograma

Paciente : EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Exame : 008875

Data de Nasc.: 24/08/1959

Sexo : Feminino

Data : 13/08/2018

Idade : 58 Anos 11 Meses

Convênio : CDD

Matric. :

Solicitado por Dr. Fernando Perez

Registro

Dados do Exame

Dados do Paciente:

Altura 155 cm
Peso 74,00 kg
Superfície Corporal 1,733 m²

Parâmetros Estruturais:

Aorta (Diâmetro da Raiz)	24 mm	(23 ± 02) mm, /SC: 14 (13 ± 01) mm/m ²
Átrio Esquerdo	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 (Teicholz)	67 %	
Percent Encurt Cavidade	37 %	27 a 45 %
Massa Ventricular Esquerda	106,03 g	67 a 162 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 99 g/cm - Normal
Espessura Rel. das Parades do VE	0,37 cm	0,22 a 0,42 cm - Normal
Relação ERP e Massa VE i:	Normal	
Relação E/A	0,57	0,75 < E/A > 1,5 (E/e' Sep.: 15,16)
TD Mitral:	296,41 ms	200 ± 40 ms
Variação da Vela Cava Inferior (VCI)	90,91 %	> 50 %

ÁREA DE SINISTROS - DPUAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

Página: 1

Endereço: Rua dos Estudantes, 100 - Jd. dos Estudantes - Itaboraí - RJ - CEP: 26100-000 - Fone: (24) 3333-1111 - E-mail: contato@ecoperes.com.br

GENTE SEGURADORA S/A
R. Cristiano 275 - B. 200 - 441 - B. 200 - 441



E C O P E R E Z

Echocardiografia Transesofágica e Transesofágica/Echocardiografia Total / Ultrassomografia Vascular

EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

Parâmetros Descritivos

EXAME REALIZADO EM APARELHO G&E LOGIQ 6 PRO, COM TRANSDUTORES SETORIAL (ECHO-CARDIOGRAFIA) 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 aterosclerose.

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 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 Colapsibilidade da Veia Cava Inferior (ICVCI)**, sem anormalidades.

A **Função Diastólica** mostra-se compatível com **Disfunção Diastólica Grau I - Déficit de Relaxamento**.

* TAPSE: Triangulo anterior plano superior excavation - Deslocamento do anel Tricúspide.

Dr. Fernando Perez
Cardiologista
CRM-RR 639 - RQE: 655

Dr. Fernando Perez
CRM-RR 659

Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC/AMCRA - RQE 655
Especialista em Medicina Legal e Forense, Medicina pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica - ABMLP/AMOCM - RQE 572
Professor da Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação 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, 1-18 (January 2015). Parâmetros: AE, Área AE, VE(d) Indicados, Espaço DVE, Área do VE, Área do VE e relações, FRP, An. Vol do AE/VE, VLI(d) Fórmula de Simpson(SIMPSON).
- 2) ASE/ASE Echocardiographic Assessment of Valve Stenosis. JASE 2000; Volume 22 (Issue 1).
- 3) Recommendations for Evaluation of the Severity of Native Valvular Regurgitation with Two-dimensional and Doppler Echocardiography - JASE 2000; 16:777-802.
- 4) ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. JACC 2005; 46:3, e1-148.

REA DE SIMBIOSE - UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

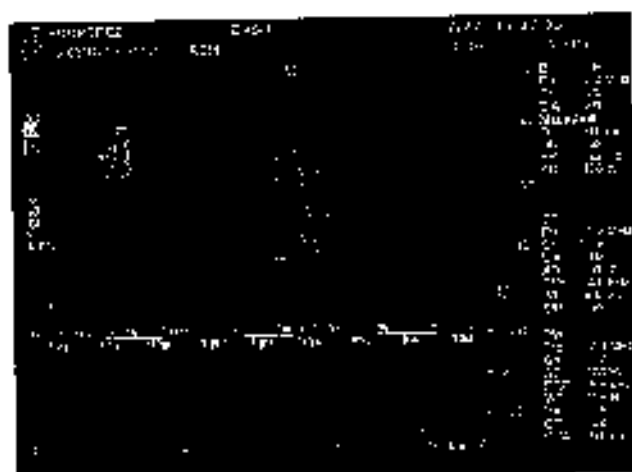
Página: 2

Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica - ABMLP/AMOCM - Fone: (0800) 7101 5375 - <http://www.abmlp.com.br>

CENTE SEGURADORA S/A
Cidade Rio de Janeiro, RJ - Rua Vitor - 85

Nome EMSN

Data 13/08/2018



ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

91 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão da Roca, 444 - São João - SP

Dr. Fernando Perez
Cirurgião
CRM-RR 858 RQC 558

07 JUL 2019

COMPANHIA SEGUROSA S.A.
Rua Capão da Boa Vista, 491 - Boa Vista - Foz



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde

Eclíné Maria Souza Reis

Solteiro:

D.T.C. crânio

2.8
11
18

Dr. Eclíné Maria Souza Reis
CRM-11232 / ERM 12674

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Oftalmologia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Neurologia
Dermatologia - Mastologia - Radiologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • 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: 24/03/1959

SOLICITO:

ENCAMINHAMENTO AO NEUROLOGISTA

Teresina 03/12/2018

DR. GLAISON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cangaço, 500 - Teresina - PI

Clínica Médica - Cardiologia - Proctologia - Cirurgia - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Pneumologia - Proctologia - Cirurgia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Radiologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fones: 3331-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

004 18097415

004 18097415

004 18097415

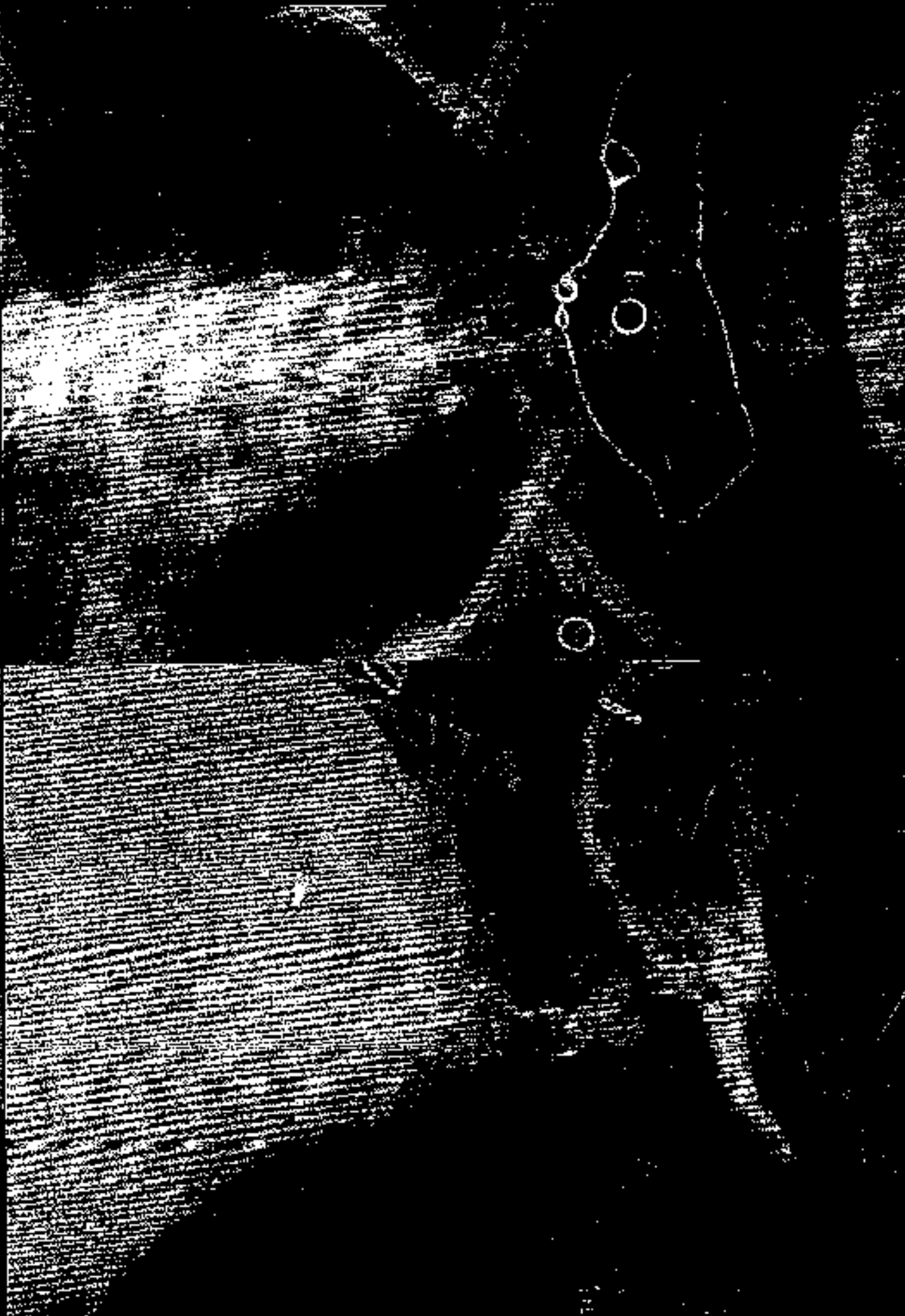
004 18097415

EDINE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AREA VERM. G.T

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. CAMILO ADOLEFSON



D

EDINE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AVILA VERM. 07

5/7/2018 09:44:15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TO DANIEL EDUARDO NELSON

1000%

EDINLE M. SOUZA DO NASCIMENTO

AR 70 x 400 C.T.

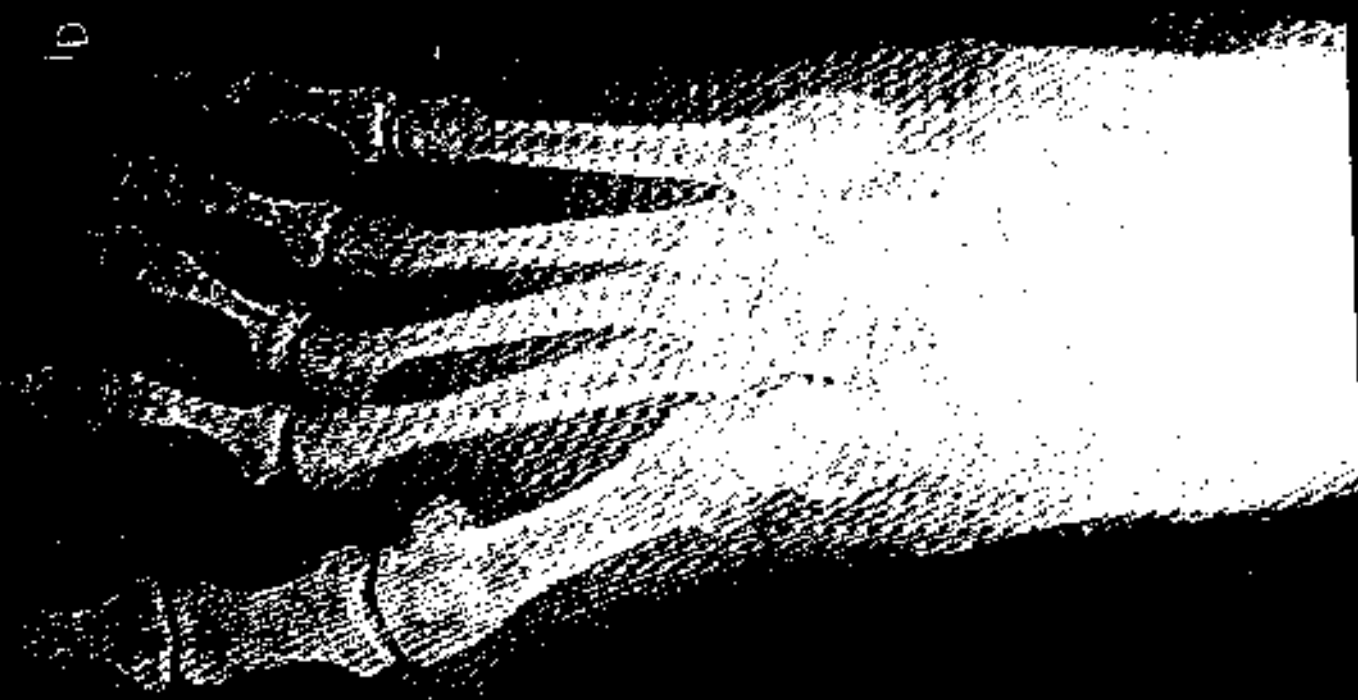
5/7/2018 09:44:15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR CARVALHEIROS NELSON

27/7/16

10



11



EDNEI M SOUZA

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2018

WISOP

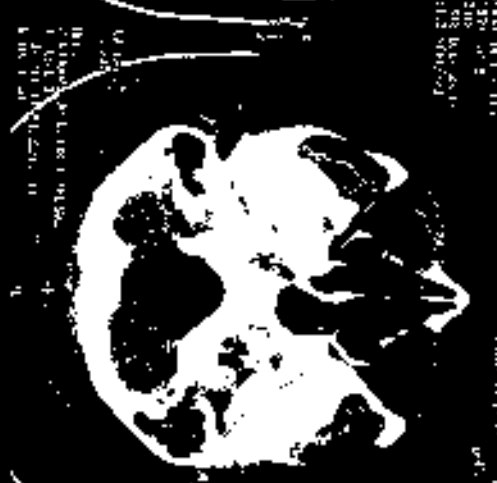
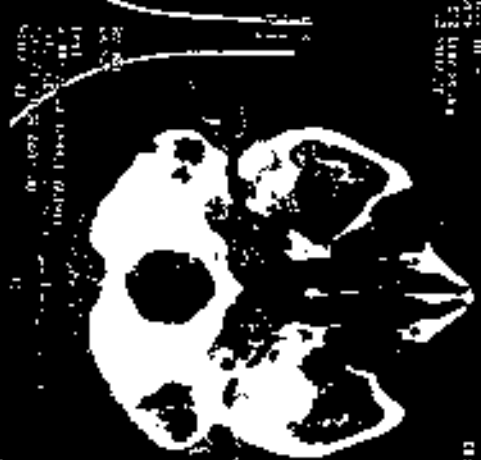
1-400-466-1

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	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

Send orders to: 4454
1st Floor
100 North 3rd St. Box 100
Tulsa, OK 74103
Tel: 918/445-4454
Fax: 918/445-4454

18 12 21
 22 10 841 14 1 11
 23 1 987 20 2
 24 972 105
 25 145 25 15
 26 1 116 51 20 41 25 20 2 52 10 1
 27 1 10 841 14 1 11
 28 1 987 20 2
 29 972 105
 30 145 25 15
 31 1 116 51 20 41 25 20 2 52 10 1

$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}}$


$$\begin{aligned} \text{Li} &= 1.4015 \pm 21.2 \times 10^{-6} \text{ mol}^{-1} \text{ cm}^{-1} \\ \text{LiI} &= 1.4015 \pm 21.2 \times 10^{-6} \text{ mol}^{-1} \text{ cm}^{-1} \\ \text{LiI} &= 1.4015 \pm 21.2 \times 10^{-6} \text{ mol}^{-1} \text{ cm}^{-1} \end{aligned}$$
[illegible]

E-mail: edward@edward.com
 Tel.: +86 20 8333 3333
 Fax: +86 20 8333 3333
 24 hrs. 24 hrs.
 412 000 0000

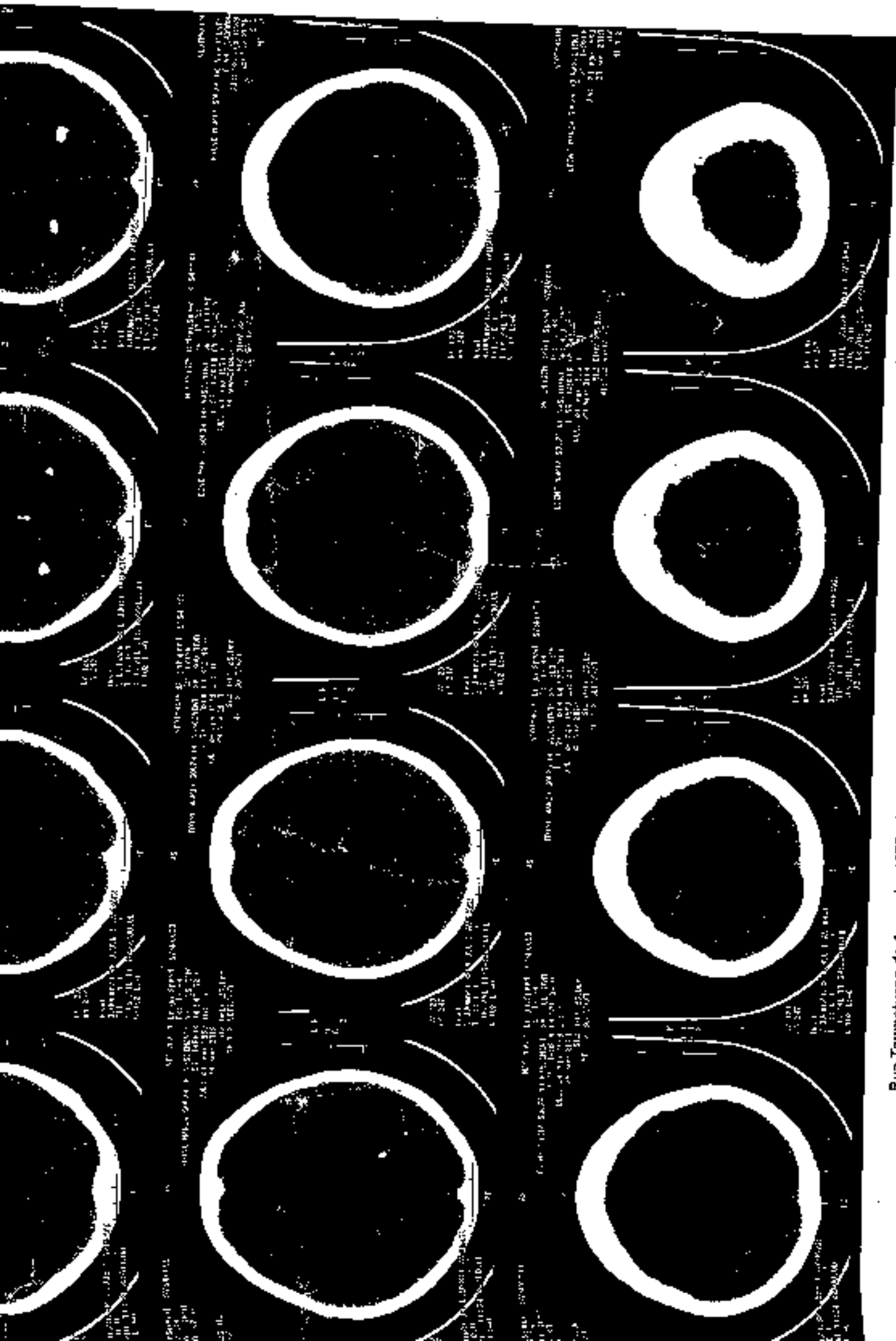
[illegible]

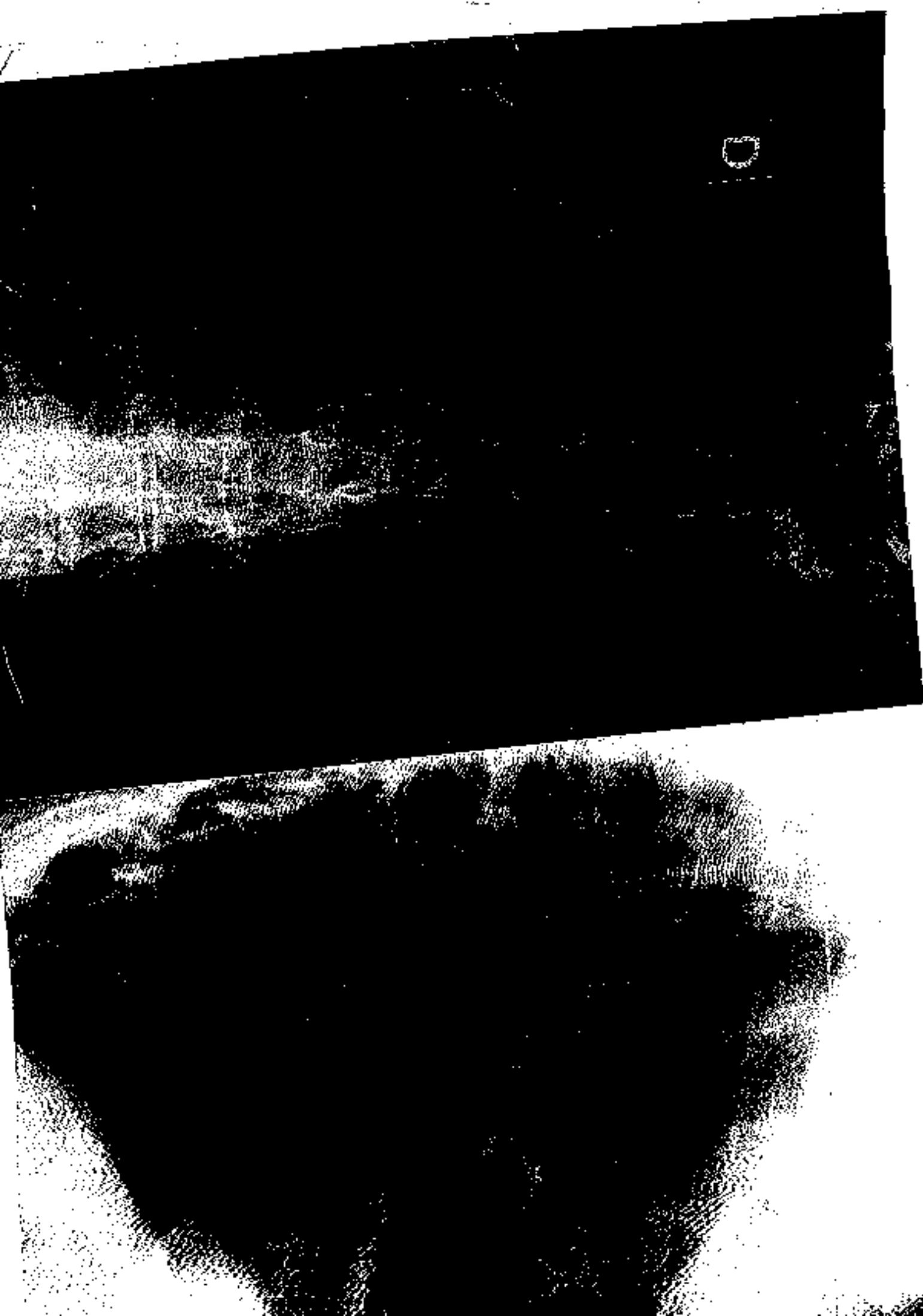
Station	Time	Temp	Wind	Dir	Bar	Hum	Cloud	Vis	Remarks
1	0000	59.0	10	100	30.00	75	100	10	
2	0100	58.0	10	100	30.00	75	100	10	
3	0200	57.0	10	100	30.00	75	100	10	
4	0300	56.0	10	100	30.00	75	100	10	
5	0400	55.0	10	100	30.00	75	100	10	
6	0500	54.0	10	100	30.00	75	100	10	
7	0600	53.0	10	100	30.00	75	100	10	
8	0700	52.0	10	100	30.00	75	100	10	
9	0800	51.0	10	100	30.00	75	100	10	
10	0900	50.0	10	100	30.00	75	100	10	
11	1000	49.0	10	100	30.00	75	100	10	
12	1100	48.0	10	100	30.00	75	100	10	
13	1200	47.0	10	100	30.00	75	100	10	
14	1300	46.0	10	100	30.00	75	100	10	
15	1400	45.0	10	100	30.00	75	100	10	
16	1500	44.0	10	100	30.00	75	100	10	
17	1600	43.0	10	100	30.00	75	100	10	
18	1700	42.0	10	100	30.00	75	100	10	
19	1800	41.0	10	100	30.00	75	100	10	
20	1900	40.0	10	100	30.00	75	100	10	
21	2000	39.0	10	100	30.00	75	100	10	
22	2100	38.0	10	100	30.00	75	100	10	
23	2200	37.0	10	100	30.00	75	100	10	
24	2300	36.0	10	100	30.00	75	100	10	

505862 2013 Feb
 Engl J Med. 2013 Feb 28;368(8):753-62.
 doi: 10.1056/NEJMoa1211451.
 Epub 2013 Feb 28.

11:21
11:22
11:23
11:24
11:25
11:26
11:27
11:28
11:29
11:30
11:31
11:32
11:33
11:34
11:35
11:36
11:37
11:38
11:39
11:40
11:41
11:42
11:43
11:44
11:45
11:46
11:47
11:48
11:49
11:50
11:51
11:52
11:53
11:54
11:55
11:56
11:57
11:58
11:59
12:00
12:01
12:02
12:03
12:04
12:05
12:06
12:07
12:08
12:09
12:10
12:11
12:12
12:13
12:14
12:15
12:16
12:17
12:18
12:19
12:20
12:21
12:22
12:23
12:24
12:25
12:26
12:27
12:28
12:29
12:30
12:31
12:32
12:33
12:34
12:35
12:36
12:37
12:38
12:39
12:40
12:41
12:42
12:43
12:44
12:45
12:46
12:47
12:48
12:49
12:50
12:51
12:52
12:53
12:54
12:55
12:56
12:57
12:58
12:59
13:00
13:01
13:02
13:03
13:04
13:05
13:06
13:07
13:08
13:09
13:10
13:11
13:12
13:13
13:14
13:15
13:16
13:17
13:18
13:19
13:20
13:21
13:22
13:23
13:24
13:25
13:26
13:27
13:28
13:29
13:30
13:31
13:32
13:33
13:34
13:35
13:36
13:37
13:38
13:39
13:40
13:41
13:42
13:43
13:44
13:45
13:46
13:47
13:48
13:49
13:50
13:51
13:52
13:53
13:54
13:55
13:56
13:57
13:58
13:59
14:00
14:01
14:02
14:03
14:04
14:05
14:06
14:07
14:08
14:09
14:10
14:11
14:12
14:13
14:14
14:15
14:16
14:17
14:18
14:19
14:20
14:21
14:22
14:23
14:24
14:25
14:26
14:27
14:28
14:29
14:30
14:31
14:32
14:33
14:34
14:35
14:36
14:37
14:38
14:39
14:40
14:41
14:42
14:43
14:44
14:45
14:46
14:47
14:48
14:49
14:50
14:51
14:52
14:53
14:54
14:55
14:56
14:57
14:58
14:59
15:00
15:01
15:02
15:03
15:04
15:05
15:06
15:07
15:08
15:09
15:10
15:11
15:12
15:13
15:14
15:15
15:16
15:17
15:18
15:19
15:20
15:21
15:22
15:23
15:24
15:25
15:26
15:27
15:28
15:29
15:30
15:31
15:32
15:33
15:34
15:35
15:36
15:37
15:38
15:39
15:40
15:41
15:42
15:43
15:44
15:45
15:46
15:47
15:48
15:49
15:50
15:51
15:52
15:53
15:54
15:55
15:56
15:57
15:58
15:59
16:00
16:01
16:02
16:03
16:04
16:05
16:06
16:07
16:08
16:09
16:10
16:11
16:12
16:13
16:14
16:15
16:16
16:17
16:18
16:19
16:20
16:21
16:22
16:23
16:24
16:25
16:26
16:27
16:28
16:29
16:30
16:31
16:32
16:33
16:34
16:35
16:36
16:37
16:38
16:39
16:40
16:41
16:42
16:43
16:44
16:45
16:46
16:47
16:48
16:49
16:50
16:51
16:52
16:53
16:54
16:55
16:56
16:57
16:58
16:59
17:00
17:01
17:02
17:03
17:04
17:05
17:06
17:07
17:08
17:09
17:10
17:11
17:12
17:13
17:14
17:15
17:16
17:17
17:18
17:19
17:20
17:21
17:22
17:23
17:24
17:25
17:26
17:27
17:28
17:29
17:30
17:31
17:32
17:33
17:34
17:35
17:36
17:37
17:38
17:39
17:40
17:41
17:42
17:43
17:44
17:45
17:46
17:47
17:48
17:49
17:50
17:51
17:52
17:53
17:54
17:55
17:56
17:57
17:58
17:59
18:00
18:01
18:02
18:03
18:04
18:05
18:06
18:07
18:08
18:09
18:10
18:11
18:12
18:13
18:14
18:15
18:16
18:17
18:18
18:19
18:20
18:21
18:22
18:23
18:24
18:25
18:26
18:27
18:28
18:29
18:30
18:31
18:32
18:33
18:34
18:35
18:36
18:37
18:38
18:39
18:40
18:41
18:42
18:43
18:44
18:45
18:46
18:47
18:48
18:49
18:50
18:51
18:52
18:53
18:54
18:55
18:56
18:57
18:58
18:59
19:00
19:01
19:02
19:03
19:04
19:05
19:06
19:07
19:08
19:09
19:10
19:11
19:12
19:13
19:14
19:15
19:16
19:17
19:18
19:19
19:20
19:21
19:22
19:23
19:24
19:25
19:26
19:27
19:28
19:29
19:30
19:31
19:32
19:33
19:34
19:35
19:36
19:37
19:38
19:39
19:40
19:41
19:42
19:43
19:44
19:45
19:46
19:47
19:48
19:49
19:50
19:51
19:52
19:53
19:54
19:55
19:56
19:57
19:58
19:59
20:00
20:01
20:02
20:03
20:04
20:05
20:06
20:07
20:08
20:09
20:10
20:11
20:12
20:13
20:14
20:15
20:16
20:17
20:18
20:19
20:20
20:21
20:22
20:23
20:24
20:25
20:26
20:27
20:28
20:29
20:30
20:31
20:32
20:33
20:34
20:35
20:36
20:37
20:38
20:39
20:40
20:41
20:42
20:43
20:44
20:45
20:46
20:47
20:48
20:49
20:50
20:51
20:52
20:53
20:54
20:55
20:56
20:57
20:58
20:59
21:00
21:01
21:02
21:03
21:04
21:05

[illegible]







18037315

EDNEI M SOLZA

82.5 %

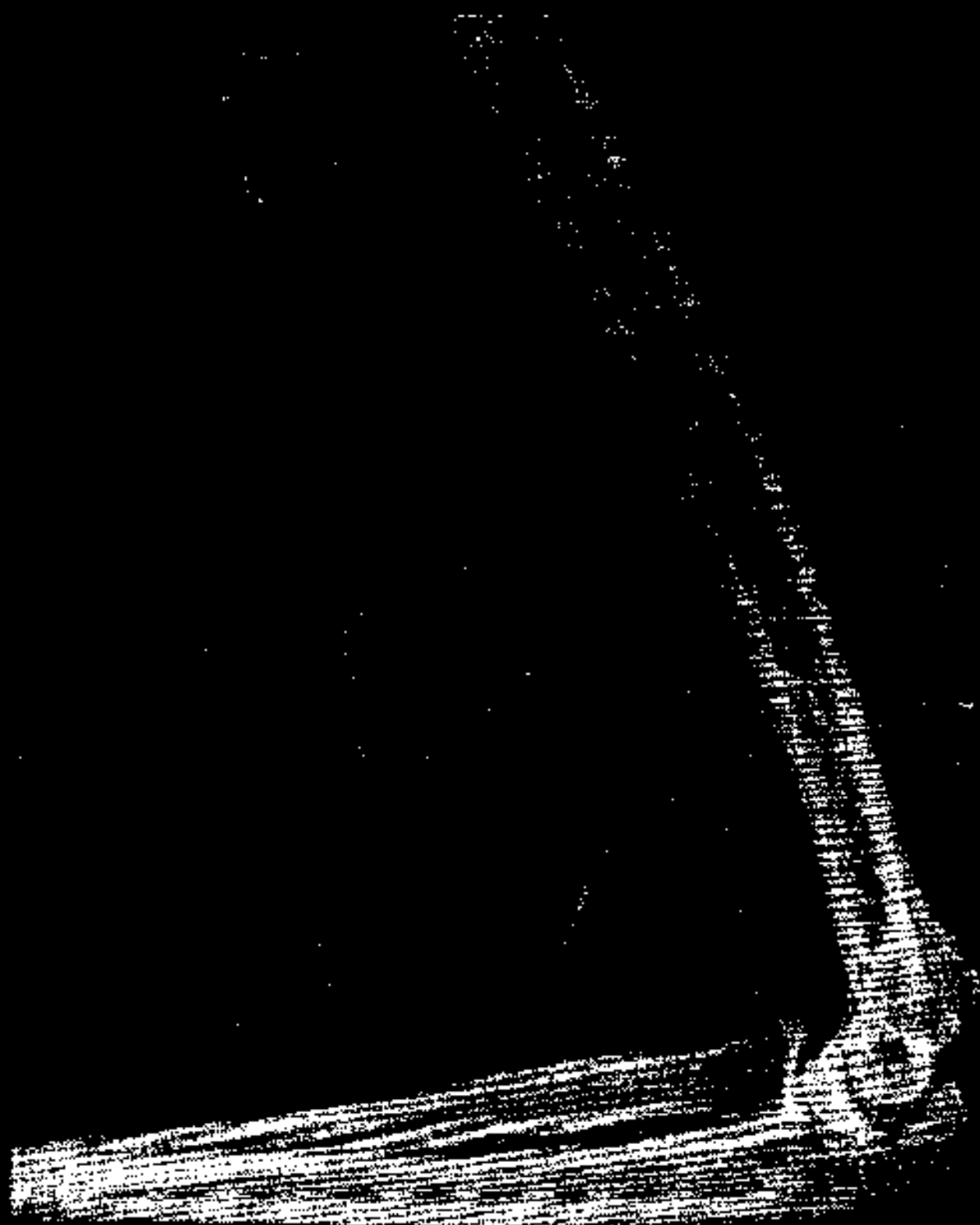
9435

19092912

53.7 %

JOSEPH AL CORBONE, MOTA

W 1501



D

HOSPITAL CORONEL MOTA

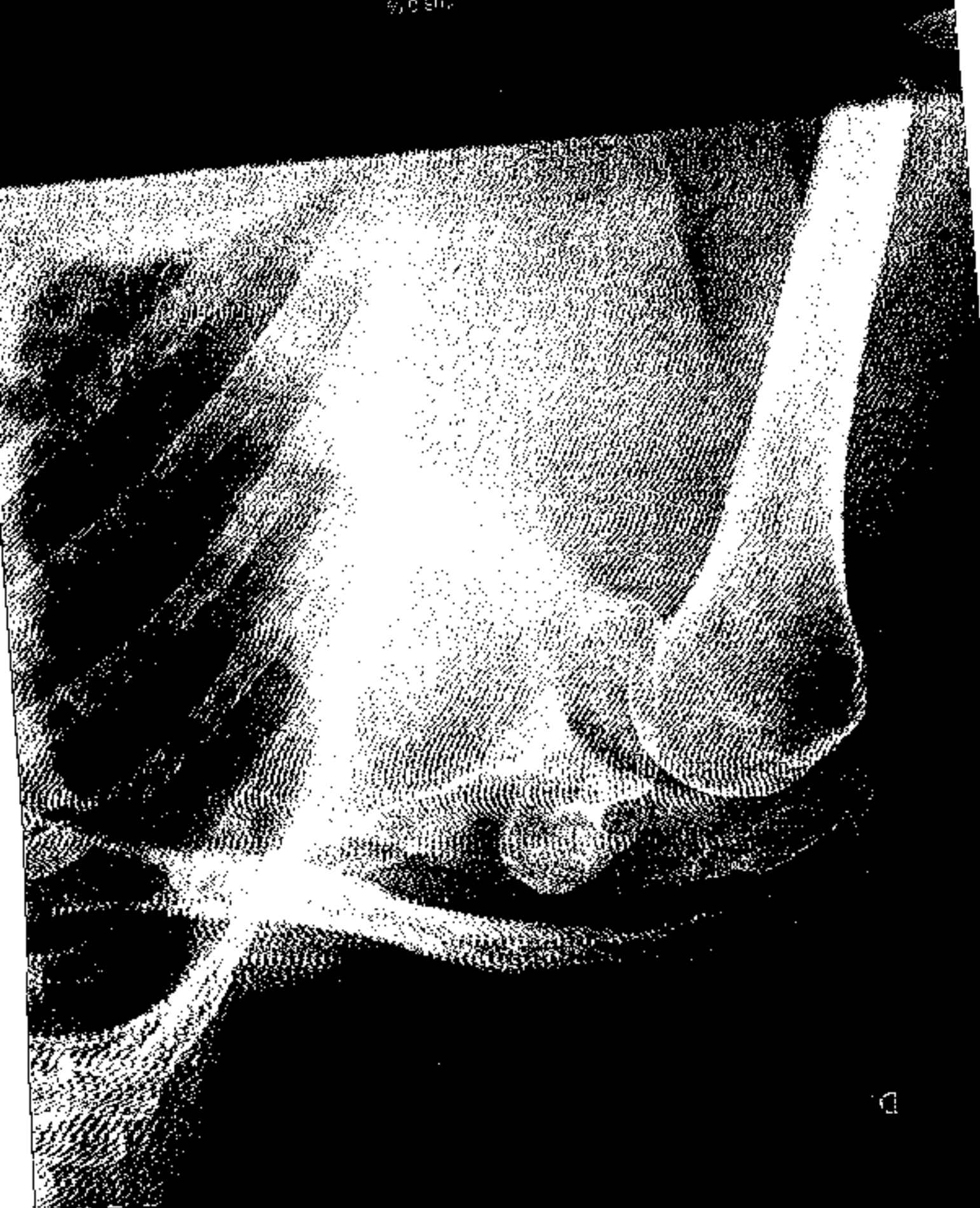
EDNEI M. SOUZA

15/08/2013

9485

01/08/13

01/08/13



E

D

EDNEI M SOUZA

9435

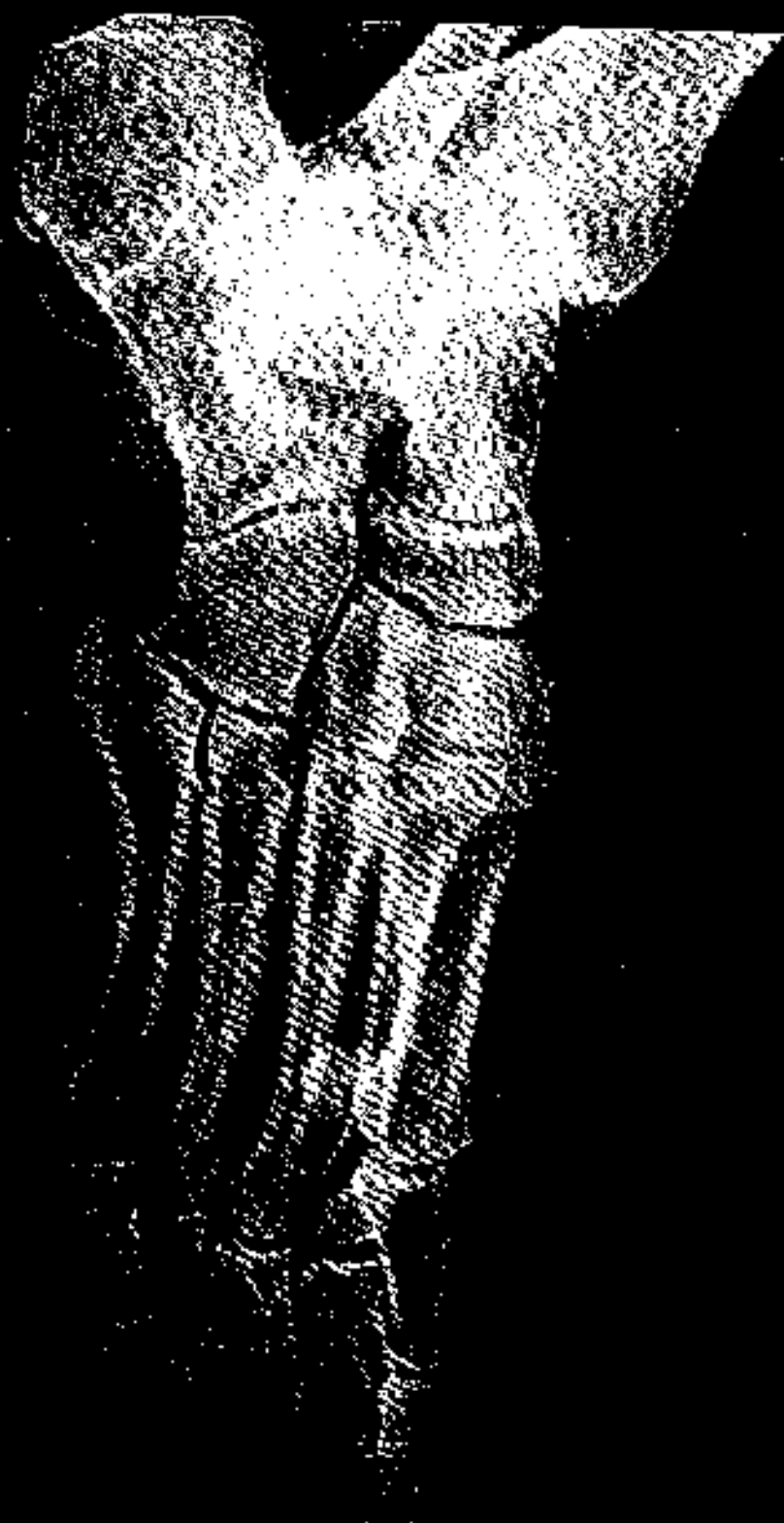
HOSPITAL CORONEL MOTA

16/03/2019

Vision

Tamara

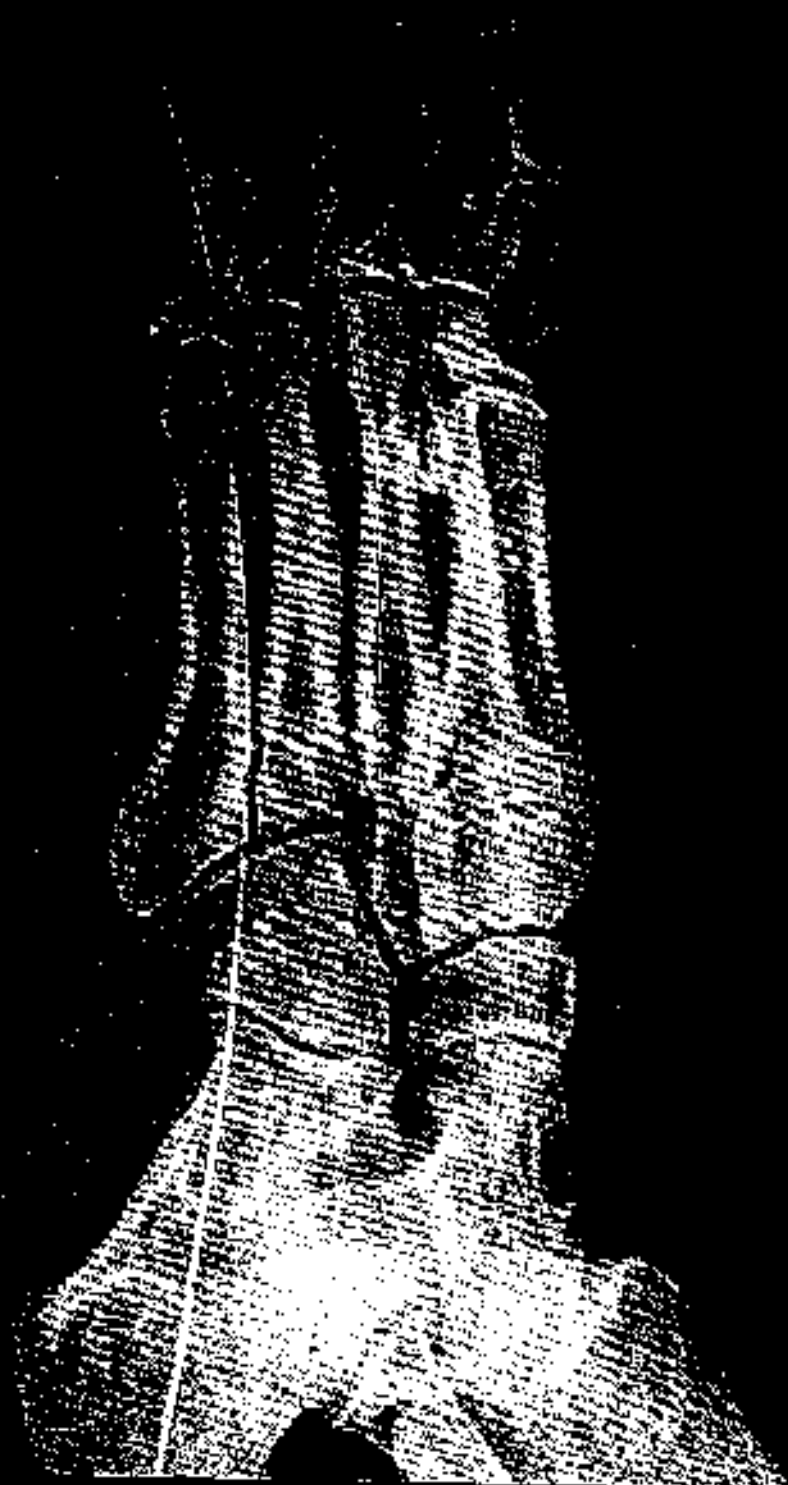
11



101



|E|



EDNEI M SOUZA

B435

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2018

Vision

100.0%



1540000 4

0204

EDNEI M SOUZA

8435

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vicor

1540000 18

air real

(D)

13/08/2015

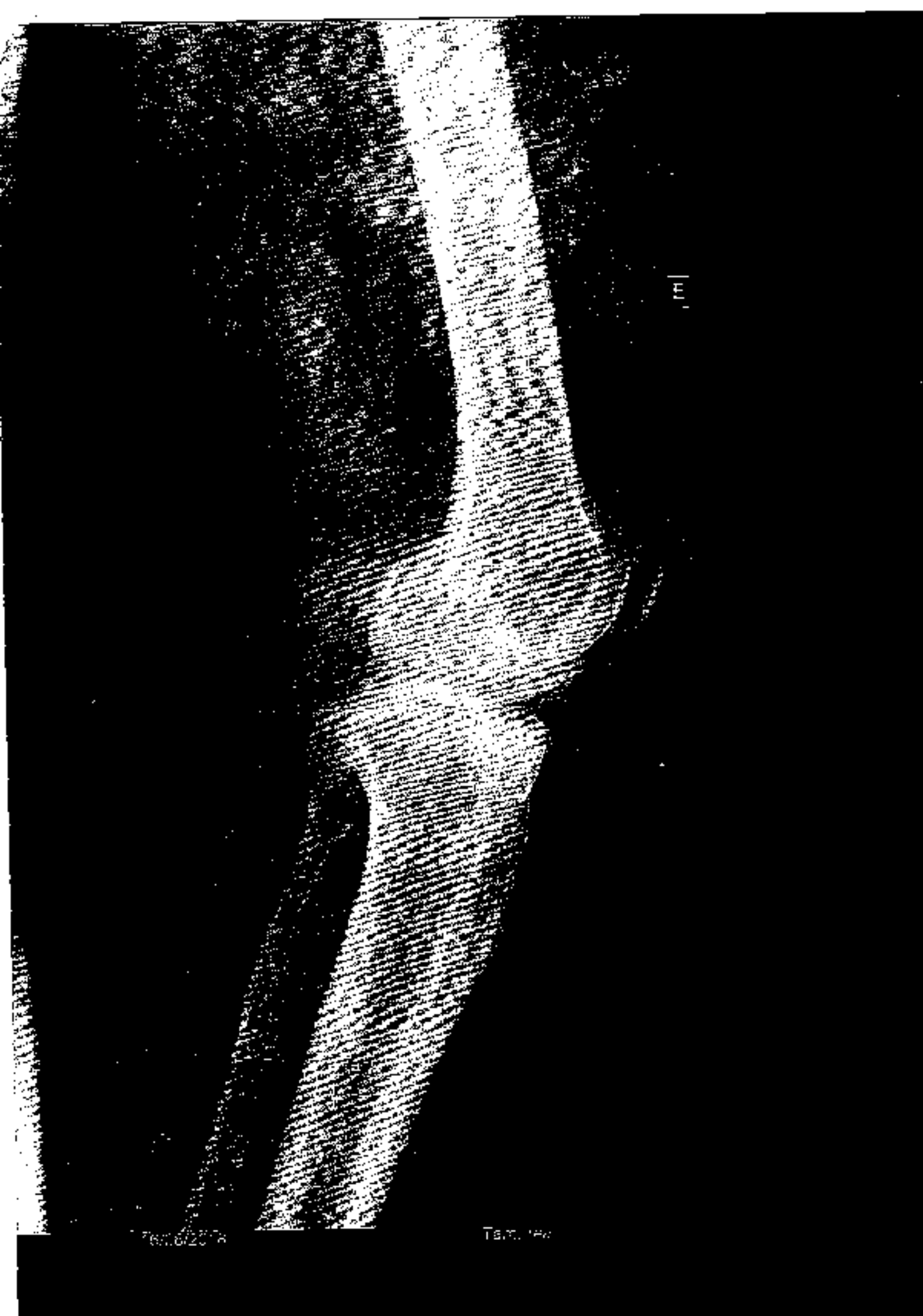
EDNEI M. SOLZA

Tam. real

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilam



[m]

76116/2078

T&M 196

Av. Ville Poy, 5579 - Centro, Itaquara (Núcleo Filho)
EC-504-200 Boa vista-RN

STATION 41104 28100
E 28100

[illegible]

NAME	DATE	TIME	LOCATION	STATUS	REMARKS
JOHN DOE	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
JANE SMITH	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	Sick
BOB JONES	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
ALICE BROWN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
CHARLIE WHITE	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
DAVID GREEN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
EMILY BLACK	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
FRED BROWN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
GRACE WHITE	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
HELEN GREEN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
IRVING BLACK	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
JACK BROWN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
JILL WHITE	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
KARL GREEN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
LUCAS BLACK	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
MARY BROWN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
NATHAN WHITE	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
OLIVIA GREEN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
PETER BLACK	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
QUINN BROWN	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Rachel White	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
Samuel Green	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Tina Black	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Umar Brown	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Victoria White	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave
Walter Green	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Xavier Black	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Yara Brown	11/20/2023	14:30	Room 101	Present	Good
Zoe White	11/20/2023	14:30	Room 101	Absent	On leave

[illegible]

	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	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	---

[illegible]

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

KL 120
MA 258
Head
2.58800/18.75 0.388-1 AVTHROG
T111: 0.0
0.85 /H1: 11:28:20/00.00
L: 1350
I 143

2007

Clínica Radiológica Oliveira

60. Yllc Hrg 6E25 30000, (E25 0000000 7000)
 20 001-700 000 000 000

CLIMAX RADIOLOGICAL OLIVE:R.R.



001-688-9594
283-7252
306-3011
000-567-800
P 207

CANTIN & RESTAURANTE OLIVARIA, 212-2010, 2nd Fl., 155 St., C/O 1960
 1001, NINT-17000, 1001, NINT-17000, 1001, NINT-17000
 EDITE 70400, 1001, NINT-17000, 1001, NINT-17000
 F. 63, 1001, NINT-17000, 1001, NINT-17000
 0011, 24 June 1955, 1001, NINT-17000
 05, 201, 1001, NINT-17000

CLIVEA PAROLOLOGIA DI TEVIA
422 N. 61294
COTE MARIN 80620 DE VAS-CPA-1
F. 021 008-2829
006: 261 200-1353
DE-101 2010

CELIA TO RAPPRESENTARE IL TITOLO
del Mio: 178
PIU' VISSA SUCCO DI 4488 THESA
F. 69 m7622
BIO: 24 206 141

Head

E SHIMADZU TS-9000 ANALYZER
T11: 0.0
C 25 AIR - 11:28:37 AM, UO
P-160 L:40
...

H204
 5:58PM '13 75:00:00:1 207F:G
 File: 0-0
 4:00 PM 17:50:20:00:00
 4:00m L-00

Head
 0.558 1718.74 160.69 1.607527
 111: 0.0
 0.08 7812 11:28.20/00.00
 K:440 1:30

[illegible]

CIENTIA AGRICOLA OBJETIVA - Professores
que não tinham sido pagos
totalmente pela SGA de Assistência
técnicas ao produtor.
DIRETORIA GERAL DE AGRICULTURA
DE VIÇOSA
03-91-3371

03-91-3371

Q336263 500000073 01791464 8000000000 5000000000
 602 600 179147 FN 175857
 40000 94673 50074 01 8000000000 400 00 10000
 F 602 00000000 0000 00 0000
 1500 24 00000000 0000
 05 101 20 21
 01000000 10 200
 0000 0000000000

GEORGE BOUTON and
DUNCAN
THOMAS
MORRIS
1951

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

CLINICA ODONTOLÓGICA ATIVIDADE CLÍNICA
DOCT MORTA SORCA OF ANGIOPLASTY
09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

CLINICA ODONTOLÓGICA ATIVIDADE CLÍNICA
DOCT MORTA SORCA OF ANGIOPLASTY
09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

CLINICA ODONTOLÓGICA ATIVIDADE CLÍNICA
DOCT MORTA SORCA OF ANGIOPLASTY
09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

09 120
05 296

Head
3.500x/18.75 0.950 1 OFFSCALE
TTL: 0.0
0.85 /HR- 11:28:20/00.00
L:40

clinicadent@bol.com clinicadent@gmail.com

(91) 3224-7999 (95) 3224-0485 (95) 3623-1091 Fax
(95) 99122-2122 Vitor (91) 940119-0645 Tm

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

1 10
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 1200
SE: 400 100V
UT: 017.000 cur
IR: 1
DEPU: 15.70V
STNDV: 1/T

Clínica Radiológica Oliveira

Av. Vitor Roca, 5529 - Chafariz (Fragata do Arco F. No)
60.501-200 Belo Horizonte

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**



PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**



PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**

PROVA DE RADIOLOGIA - SISTEMA DIGITAL - 2007/2008
 Nome: **ROSA, ALEXANDRE**
 Data: **20/07/2008**
 Hora: **14:30**
 Local: **CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA**
 Valor: **R\$ 100,00**



Exame: Tórax - Radiografia de Tórax em PA
 Data: 10/05/2011
 Hora: 14:30
 Paciente: JOÃO CARLOS DE SOUZA
 Idade: 65 anos
 Sexo: M
 Motivo: Exame de rotina



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Exame: Tórax - Radiografia de Tórax em PA
 Data: 10/05/2011
 Hora: 14:30
 Paciente: JOÃO CARLOS DE SOUZA
 Idade: 65 anos
 Sexo: M
 Motivo: Exame de rotina



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Exame: Tórax - Radiografia de Tórax em PA
 Data: 10/05/2011
 Hora: 14:30
 Paciente: JOÃO CARLOS DE SOUZA
 Idade: 65 anos
 Sexo: M
 Motivo: Exame de rotina



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



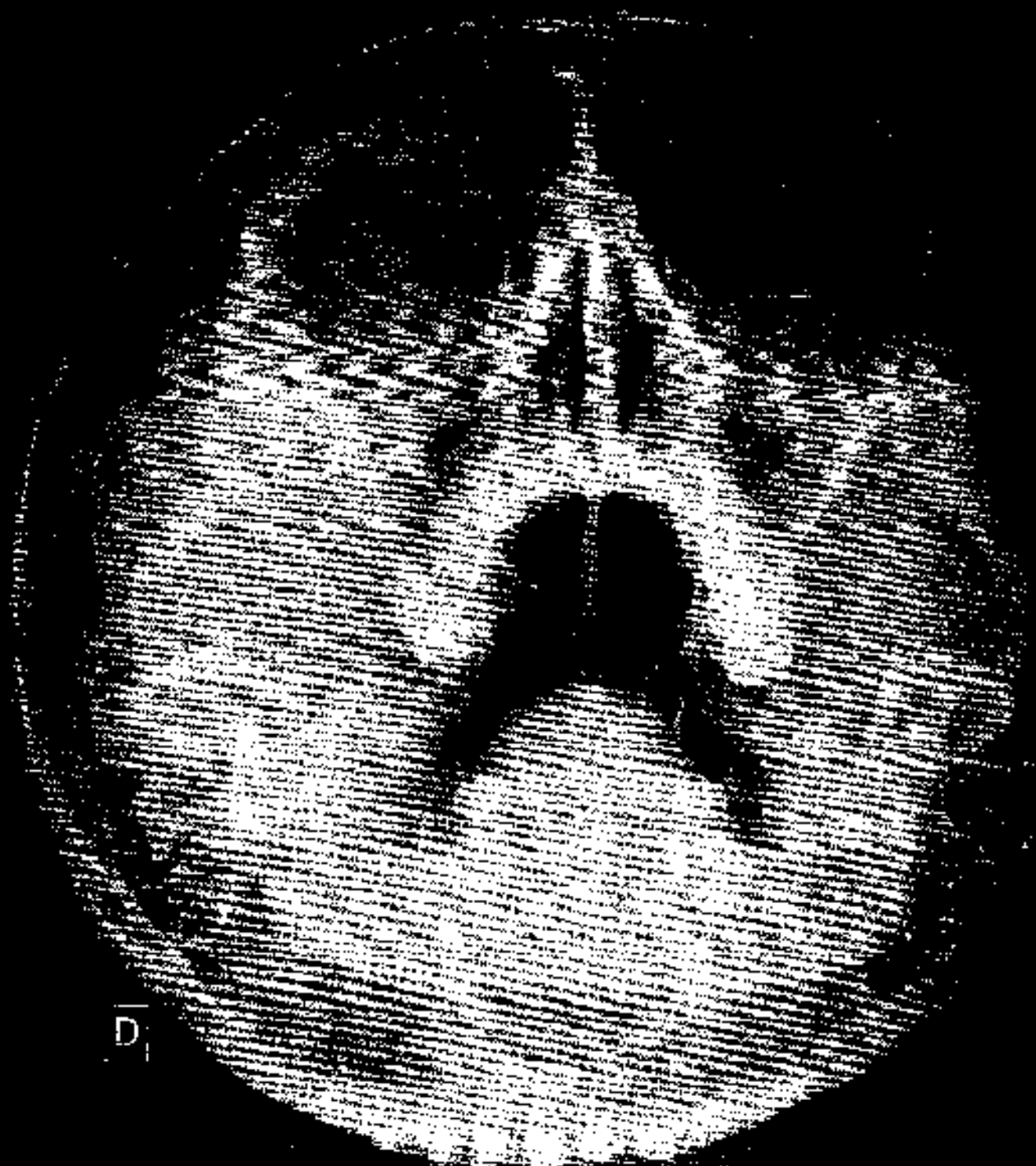
Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



Observação: Exame normal. Não há alterações evidentes no tórax.



D



D

10/08/2018

EDNEI M SOUZA

9435

HOSPITAL CORONEL MOTA

1am. res.

vísor

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 06-23-2001 BY 60321 JAL/MLL

100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Ediné Maria Souza do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 540735-4

DATA DE EMISSÃO 18/12/2017

DATA DE NASCIMENTO 24/08/1959

NOME EDINÉ MARIA SOUZA DO NASCIMENTO

RELIGIÃO

FILIAÇÃO JOSÉ FERREIRA DE SOUZA
LUIZA FERREIRA LIMA
NATURALIDADE PRESIDENTE DUTRA - MA

703.196.422-91

1ª VIA

ANADELI SOUZA TRIASCHI
Fotografadora

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RPO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER 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 GIDEÃO Nº 62
BAIRRO: NOVA CANAÃ CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.316-785

VÍTIMA: EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
CPF: 703.196.422-91 DATA DO ACIDENTE: 05-07-2018
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: José Santana Feitosa Guimarães
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº DO RG: 114846399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627942803-68
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

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.

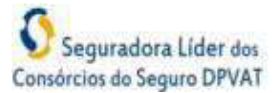


BOA VISTA - RR, 13 de JUNHO de 2019.

Edine Maria Souza do Nascimento
Assinatura



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 médico-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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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 médico-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



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

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: DO LAR 8 - Endereço: RUA GIDEÃO 9 - Número: 62 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAMBARÁ 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-785
15 - E-mail: SANTANAOLVIMARACRIZ@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: ☒ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 120.305 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 01 JUL 2019
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 (ou nascido)? ☐ 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 - 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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 13/06/2019

x EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



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

532109

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000830/2019

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

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

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

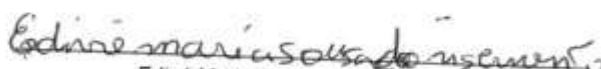
Nº: 000830/2019

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 a ciência 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."



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

2 - Nº do Enchimento 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: 90 LAR 8 - Endereço: RUA GIDEÃO 9 - Número: 62 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAMPARÁ 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.316-785

15 - E-mail: SANTARCO@MARCOSRIO.COM 16 - Telefone: 195199169-3685

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, residing no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$5.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Possui conta bancária? ☒ SIM ☐ NÃO

☐ CONTA POUPANÇA (somente para quem não possui conta corrente) ☒ CONTA CORRENTE (somente para quem possui conta corrente)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 120.305 3

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, que não há laudo do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

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

Pelo motivo exposto, solicito o processamento de análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, a ser paga, desde já, em nome subscritor à avaliação médica da Curadoria da Seguradora LIDER para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito da correção, caso discorde do seu conteúdo.

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

24 - Beneficiário: ☐ VIVO ☐ FALLECIDO

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Esposo ☐ Outros

26 - Vítima deixou com a vítima? ☐ SIM ☐ NÃO

27 - Se a vítima deixou com a vítima, informar o nome completo: _____

28 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Vivos ☐ Fallecidos

30 - Vítima deixou com a vítima? ☐ SIM ☐ NÃO 31 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Vivos ☐ Fallecidos

33 - Vítima deixou com a vítima? ☐ SIM ☐ NÃO 34 - Vítima ☐ SIM ☐ NÃO

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, a indenização no Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem a provar esta condição, estando ciente 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.

35 - Nome: _____ 36 - CPF: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a região pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RJ, 13/06/2019

EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALIQUOTADO

T55514001.6.11.05

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

HGR

Vnt
w

ATO DECLARATORIO

1800976858	05/07/2018 08:04:39	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
EDINE MARIA SOUZA DO NASCIMENTO		24/08/1959	58 A 10 M 12 D		70319642291	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	791578	SSP/MA	17/06/1982	F	UNIAO	PARDA
Mãe					ESTAVEL	
LUIZA FERREIRA LIMA					Naturalidade	
Endereço					PRESIDENTE DUTRA BRASILEIRA	
- SITO SAO LUCAS - SN - - BONFIM - RR					- MA	
					Contato	
					(95) 99129-1638	
					Ocupação	
					NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Selhor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 8:10 h)						
Queda de moto. Cheguei por meus próprios						
Pct. algo desconhecido do no tempo e						
Exame Físico						
Esp. ECG: IS, movimentos os de membros,						
obedece a comandos, observação ocular espontânea,						
Hipótese Diagnóstica						
AR: MVU bi 81RA / ACV: BRNF 315 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						
1) fto 40 mg CV 2) Dipico na 18 CV 3) Pilon da 18 CV 4) Pilon da 18 CV						
Não tem ne injetado disponível no mo						
APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO						
ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
01 JUL 2019						
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR						
28 - 10:55 a paciente foi transportada por cuidados médicos.						
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:						
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> R. da Silva <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável ECG: 14						
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 05/07/2018 08:05:05						
Dr. Gustavo Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Carimbo e Assinatura do Médico						
Dr. Gustavo Henrique R. da Silva Médico CRM-RR 1803						
Traumatologia 1800976858						

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.475/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato:
Fonetele 068
Este número

SEU CÓDIGO
0032579-1

Nº da Nota Fiscal: 002908540

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	220	148,48

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

ROT: 8.001.16.07.010300

DADOS DA LEITURA			DADOS DA LEITURA		
	kWh	kVarh			
Atual:	29998		Atual:	18/03/2019	
Anterior:	29778		Anterior:	18/04/2019	
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	18/06/2019	
Consumo Medido:	220		Emissão:	20/05/2019	
Consumo Faturado:	220	FCAM	Apresentação:	22/05/2019	
NORMAL			33		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Classe Subclasse	Localidade	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Méda 12 meses
RESID. EX. RENDA	81		E2834381	N 1521571	1.4.1.2	149

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MESES ANTERIORES	
ABR/19 277	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 202	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 193	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 187	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 48,01
DEZ/18 85	ILUMINACAO PUBLICA 28,28
NOV/18 213	
OCT/18 162	
SET/18 120	
AGO/18 85	
JUL/18 74	
TOTAL COM TRIBUTOS	
0 A 220 = 0,220400	
220 A 440 = 0,440800	
440 A 660 = 0,661200	
660 A 880 = 0,881600	
880 A 1100 = 1,102000	
1100 A 1320 = 1,322400	
1320 A 1540 = 1,542800	
1540 A 1760 = 1,763200	
1760 A 1980 = 1,983600	
1980 A 2200 = 2,204000	
2200 A 2420 = 2,424400	
2420 A 2640 = 2,644800	
2640 A 2860 = 2,865200	
2860 A 3080 = 3,085600	
3080 A 3300 = 3,306000	
3300 A 3520 = 3,526400	
3520 A 3740 = 3,746800	
3740 A 3960 = 3,967200	
3960 A 4180 = 4,187600	
4180 A 4400 = 4,408000	
4400 A 4620 = 4,628400	
4620 A 4840 = 4,848800	
4840 A 5060 = 5,069200	
5060 A 5280 = 5,289600	
5280 A 5500 = 5,510000	
5500 A 5720 = 5,730400	
5720 A 5940 = 5,950800	
5940 A 6160 = 6,171200	
6160 A 6380 = 6,391600	
6380 A 6600 = 6,612000	
6600 A 6820 = 6,832400	
6820 A 7040 = 7,052800	
7040 A 7260 = 7,273200	
7260 A 7480 = 7,493600	
7480 A 7700 = 7,714000	
7700 A 7920 = 7,934400	
7920 A 8140 = 8,154800	
8140 A 8360 = 8,375200	
8360 A 8580 = 8,595600	
8580 A 8800 = 8,816000	
8800 A 9020 = 9,036400	
9020 A 9240 = 9,256800	
9240 A 9460 = 9,477200	
9460 A 9680 = 9,697600	
9680 A 9900 = 9,918000	
9900 A 10120 = 10,138400	
10120 A 10340 = 10,358800	
10340 A 10560 = 10,579200	
10560 A 10780 = 10,799600	
10780 A 11000 = 11,020000	
11000 A 11220 = 11,240400	
11220 A 11440 = 11,460800	
11440 A 11660 = 11,681200	
11660 A 11880 = 11,901600	
11880 A 12100 = 12,122000	
12100 A 12320 = 12,342400	
12320 A 12540 = 12,562800	
12540 A 12760 = 12,783200	
12760 A 12980 = 13,003600	
12980 A 13200 = 13,224000	
13200 A 13420 = 13,444400	
13420 A 13640 = 13,664800	
13640 A 13860 = 13,885200	
13860 A 14080 = 14,105600	
14080 A 14300 = 14,326000	
14300 A 14520 = 14,546400	
14520 A 14740 = 14,766800	
14740 A 14960 = 14,987200	
14960 A 15180 = 15,207600	
15180 A 15400 = 15,428000	
15400 A 15620 = 15,648400	
15620 A 15840 = 15,868800	
15840 A 16060 = 16,089200	
16060 A 16280 = 16,309600	
16280 A 16500 = 16,530000	
16500 A 16720 = 16,750400	
16720 A 16940 = 16,970800	
16940 A 17160 = 17,191200	
17160 A 17380 = 17,411600	
17380 A 17600 = 17,632000	
17600 A 17820 = 17,852400	
17820 A 18040 = 18,072800	
18040 A 18260 = 18,293200	
18260 A 18480 = 18,513600	
18480 A 18700 = 18,734000	
18700 A 18920 = 18,954400	
18920 A 19140 = 19,174800	
19140 A 19360 = 19,395200	
19360 A 19580 = 19,615600	
19580 A 19800 = 19,836000	
19800 A 20020 = 20,056400	
20020 A 20240 = 20,276800	
20240 A 20460 = 20,497200	
20460 A 20680 = 20,717600	
20680 A 20900 = 20,938000	
20900 A 21120 = 21,158400	
21120 A 21340 = 21,378800	
21340 A 21560 = 21,599200	
21560 A 21780 = 21,819600	
21780 A 22000 = 22,040000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

Informamos que o valor do débito reavisto é de R\$ 187,46. Caso o cliente não tenha sido avisado, procure o setor de atendimento da Distribuidora Roraima com o seu comprovante 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: 30,43	Base de Cálculo: 120,10
Energia: 65,48	Alíquota 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 3,40 16,92 33,84 4,82
1,58 3,00 0,98

DISTRITO

03/7010

45 45

vivo

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 CANAÃ
69314-406 BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

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

www.vivo.com.br/meuvivo

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

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP: 69305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 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

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\$
1	1	64,99			64,99
1	1	0,00			0,00
1	1	0,00	500MB		0,00
					64,99