

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao **COAF**².

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 Tânia Helena F. de melo inscrito (a) no CPF 421.026.772-49,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renangela Machado da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 673.150.462-91 do sinistro de DPVAT cobertura Finalizou da Vítima Renangela Machado da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 673.150.462-99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ **ÁREA DE SINISTRO** e apresento os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

24 JUL 2013

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

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

Endereço	Número	Complemento
R: Antônio Augusto martins	347	
Bairro	Estado	CEP
<u>José Francisco</u>	<u>RR</u>	<u>69.305-270</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>param_melar@btmail.com</u>	<u>(45)3224-0579</u>	<u>(45)99139-8405</u>

Boa Vista, 18 de Julho de 2018
Local e Data

Tânia Helena Fracalossi de melo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEFFERSON OLIVEIRAS REGO,
RG nº 3371859, data de expedição 11/10/2005
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 835.389.502-10, com
domicílio na cidade de Bon Vista, no Estado de
RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MACIA RODRIGUES DOS SANTOS, nº 522,
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 ROSÂNGELA BACHADO DA SILVA o condutor era
Jefferson Oliveira Rego.

Veículo: Moto elet. 4
Modelo: Honda CG 150 Fan ES
Ano: 2012/2012
Placa: NPB 0465
Chassi: 9E2KE1670ER555855
Data do Acidente: 16-04-18
Local e Data: Bon Vista 05-06-18


Jefferson Oliveira Rego
Assinatura do Declarante

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



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



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						DIURNO 07-19	44
Paciente ROSANGELA MACHADO DA SILVA	Data Nascimento 10/03/1977	Idade 41 A 1 M 6 D	CNS	CPF	Prontuário		
Tipo Doc IGNORADO	Documento 138313	Órgão Emissor SESP/RR	Sexo F	Estado Civil PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe ROSALIA DOS SANTOS MACHADO	Pai					Contato (95) 99115-1357	Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço RUA - RIO AMAJARI - 145 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento OUTROS	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Selos GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA			Procedimento Sol.	Registrado por: CASSIA.ANDRADE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<p><i>Colisão moto x carro</i></p> <p><i>Dor em epífise femoral</i></p>							
Anamnese de Enfermagem	<p><i>Dor em epífise femoral</i></p>						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</p>						
<p>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>24 JUL 2011</p>							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	<p>GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Dois Vizinhos - PR</p>						
SAD / Exames Complementares	<p><input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>						
<p>PREScrição</p> <p><i>Alérgico à Diphenox.</i></p> <p><i>Te fez histeria na ambulância.</i></p> <p><i>Cefalotina 250 mg NTF.</i></p> <p><i>DT 0,5 ml IM</i></p>							
<p>APRAZAMENTO</p> <p>OBSERVAÇÃO</p>							
Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Pedido</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Revenda</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>19110</i></p>						
Óbito	<p><input type="checkbox"/> Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</p> <p><input type="checkbox"/> Internação</p>						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<p>Data e Hora da Saida/Alta: / / : / : /</p> <p><i>30 MAIO 2013</i></p> <p><i>certifico e devo ser responsável</i></p> <p><i>2013-05-30 10:00</i></p> <p><i>Verso</i></p>					
<p>Assinatura do Paciente ou Responsável</p>							
<p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>							



União

graves viéses ou roturas de tendões (tendão rotuliano
ou extensor do dedo médio em rotina) e
pele lacerada, seu mais comum. Nas laceradas
pele laceradas, seu mais comum.

Rx Fratura de metatarso maior em dia 16/05/2019

Ca: Fura 2019 2019 2019

Dr. Elder
Médico Resid:
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



D

69,8 %

, ROSANGELA MACHADO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/4/2018 18:38:00

TR. EDSON ED. ROSANGELA

64,8 %

AREA DE SINTRO - 1000
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENESEGURADOR/24
CIA DE SEGUROS/4M/2018

16/4/2018 18:38:00

391M



GOVERNO DE RONDAIA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO à SAÚDE
SUCURSAL DA ESTADUAL DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Lvado Chárico

Próximamente com ocorrência de tempestades e tempestades de vento. No Rio Fracasso tempestades de vento comuns. Provavelmente se alternam com tempestades de chuva.

(2) *Aura* or *ontopedia*

ÁREA DE SINISTROS - DPMI
CONSELHO NÃO VERIFICADO

17-0145-2018

GENTE SEGURODORA S.A.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

16 09 18

EDUARDO SANTOS - AGÊNCIA CORONEL MASTA
Av. Presidente Vargas, 14 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP 20030-000 - Fone: 252-1111

Acino Alves - Noctriz

99148-3957-



GOVERNO DO AMAPÁ
AMAZÔNIA - PATRIMÔNIO DO BRASILEIRO
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE SAÚDE

RODRIGO MÁRIO DA SILVA RECEITURADO

NOTE:

Rodrigo Mário

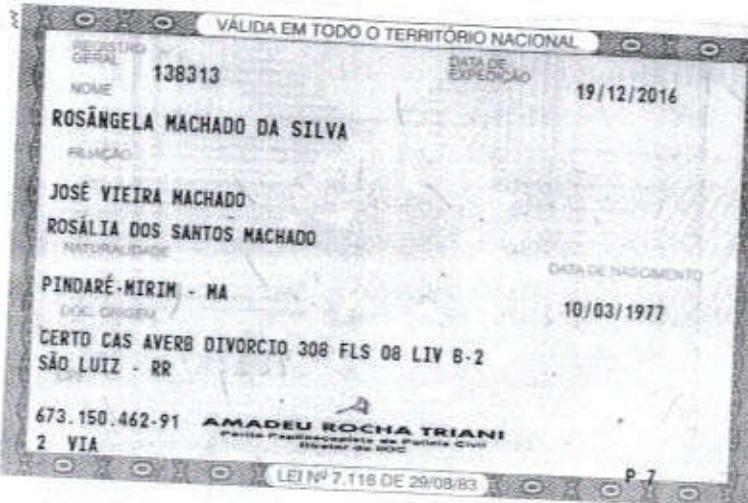
Paciente com diagnóstico de fratura do
máximo mem. do tornozelo direito. Em
acompanhamento ortopédico. Padrão à miss.
na sua atuação em suas atividades laborais
há 30 (trinta) dias. À volta de 100
pés.



18/06/16

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
EPM 1838/RR
Assinatura e Cachorro

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Presidente Vargas, 520 - Centro - 69010-000
CEP 69010-000 - Fone/Fax: (67) 3240-3000





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746364603

VIA COD. RENAVAM
01 00468276840

RNFRC

EXERCÍCIO
2017

NAME
JEFERSON OLIVEIRA REGO

CPF/CNPJ
835.389.502-10

PLACA
NBA0465

PLACA ANTO/UF

CHASSI

PC2KC1670CR555855

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

DATA/MOTOPROPULSOR

ALCO/ETANOL

MARCA/Modelo

HONDA/CG 150 FAN

CAP. PTO/OL

2P/0149CC/

ESI

ANO FAB

2012

ANO MOD

2012

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTICU

FRETA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1 P *PAGO*

2 V *PAGO*

3 A *PAGO COTA UN

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

1*

2*

3*

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2011

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Rosângela machado da Silva GENTE SEGURADORA S/A
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Desquitada
 Profissão: Aplicina
 Identidade: 138313 CPF: 673.150.562-91
 Endereço: R: Clílio Freire de Lima Bairro: Cambuci
 Cidade: Bon Vista CEP: 69.313-102

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
 Profissão: Gutâncio
 Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
 Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco
 Cidade: Bon Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representá-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

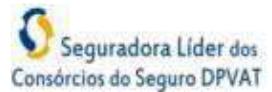
Bon Vista, 03 de maio de 2014.

Rosângela machado da Silva
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270935/18

Número do Sinistro: 3180341135

Vítima: ROSANGELA MACHADO DA SILVA

CPF: 673.150.462-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2018

Titular do CPF: ROSANGELA MACHADO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 17/10/2018
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR
CPF: 383.267.872-72

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ROSANGELA MACHADO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180341135

Vitima: ROSANGELA MACHADO DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341135**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180341135**
Vitima: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Data do Acidente: **16/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341135**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180341135**
Vitima: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Data do Acidente: **16/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341135**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180341135**
Vitima: **ROSANGELA MACHADO DA SILVA**
Data do Acidente: **16/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341135**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem riscos, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

24 JUL 2013.

Troswit

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

673.150.462-91

Nome completo da vítima

Rosângela machado da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosângela machado da Silva	673.150.462-91	Copista
Endereço	Número	Complemento
R. Clípia Freire da Silva	90	
Bairro	Estado	CEP
Caibara	Roraima	69.313-402
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ÍTAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3905 D/V CONTA NRO. 013.258 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V CONTA NRO. _____ D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bon Vista, 10 de Julho de 2018

Local e Data

Rosângela machado da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

ÁREA DE INFORMAÇÕES SOBRE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

01/03/2013

Tramit

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

ÁREA DE INFORMAÇÕES SOBRE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180341135

CPF da Vítima

673.150.462-91

Nome completo da vítima

Rosângela machado da silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosângela machado da silva	673.150.462-91	Copila
Endereço	Número	Complemento
R. Clípia Freire da Lima	90	
Bairro	Estado	CEP
Canbasa	Roraima	69.313-402
Email	Telefone (DDD)	
	(95)99148-3917	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
3905	013 258 6	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 30 de julho de 2018

Local e Data

Rosângela machado da silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180341135

CPF da Vítima

673.150.562-91

Nome completo da vítima

Rosangela Machado da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Rosangela Machado da Silva

CPF titular da conta

673.150.562-91

Profissão

Copista

Endereço

R. Alípio Freire da Silva

Número

70

Complemento

Bairro

Cambeba

Cidade

Ba Vista

Estado

Pará

CEP

69.313-402

Email

Telefone (DDD)

(95) 99168-3917

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

BANCO

Nome

NRO

CADASTRO ECONÔMICO FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3905

13258

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ba Vista, 07 de Agosto de 2018

Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

Rosangela Machado da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Sabrina
GENÉRICA SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas, 100 - Centro - Belo Horizonte - MG

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 355/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 06/06/2018.

COMUNICANTE: ROSÂNGELA MACHADO DA SILVA

RG:138313 EXP.: SSP/RR CPF: 673.150.462-91

ENDERECO: RUA RIO AMAJARI N° 145 BAIRRO: ARACÉLIS SOUTO MAIOR CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: COPEIRA

NATURALIDADE: PINDARÉ-MIRIM ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1977

IDADE: 41 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADA TELEFONE: 95 99148-3917 N° REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VIEIRA MACHADO

NOME DA MÃE: ROSÁLIA DOS SANTOS MACHADO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia 16/04/2018, por volta das 17h, estava na garupa de uma motocicleta pilotada por Jeferson Oliveira Rego (genro), quando no cruzamento da Rua Raimundo Pena Forte com Henrique de O. Gomes, a motocicleta em que se encontrava foi colidida por um cidadão desconhecido, o qual conduzia um automóvel que não sabe informar marca ou modelo. Que a motocicleta conduzida por Jeferson Oliveira é uma Honda CG 150 FAN ESI, ano/mod. 2012/2012, placa NBA-0465/RR, CHASSI 9C2KC167CR55855, de cor preta. Que o condutor do veículo parou para prestar socorro. Que devido ao acidente, o comunicante foi levada ao HGR por uma equipe do SAMU. Que este B.O é para fins de seguro DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

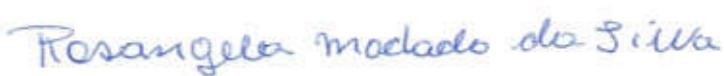

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Mat. 042000525

JUN. 2018

AC.ITE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nas Antigas 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


ROSÂNGELA MACHADO DA SILVA
COMUNICANTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rosângela machado da Silva

CPF da Vítima

073.150.462-91

Data do Acidente

16/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2017

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

Local e Data

Boa Vista, 10 de julho de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Unidade:	GAN	Equipe:	Shepav. Alison; Charles	Idade:	91	PREFEITURA BOA VISTA
Paciente:	Roxanele Maehido da Silva			Sexo:	Fem	
Endereço:	Rua Francisco Pinto Tostes e Ramalho de J. Gomes					
NO	0050	DATA: 18/10/18		HORA: 139 17:48		
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:						
MOTIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO Apoio a BII					

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA 60

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA Ocorrência

		MECANISMO DE TRAUMA	
AUTOMÓVEL Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima: <input type="checkbox"/> projetada <input checked="" type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão		MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Perna <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <input checked="" type="checkbox"/> Perna BICICLETA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espaçamento
			OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
		AVALIAÇÃO INICIAL	

Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica				
Dispnéia	M.V. Diminuído	Bradicárdico	NAVDN					
Bradipneia	M.V. Ausente	Taquicárdico	Miosse					
Taquipneia	Hipertimpanismo	Arrítmico	Midriase					
Resp. Ruidosa	Maciez	Enchimento capilar acima de 2"	Anisocoria					
Obstruída	Farida Aspirativa	Ausente	Otorréia					
Apnéia	<i>mvva si vta</i>	<i>men</i>	Otorragia					
Outro: <i>explosivo</i>		<i>2T</i>	Rinorrágia					
			Aparentemente alcoolizado					
			DNV					
SINAIS VITAS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	<i>8:40</i>	<i>70</i>	<i>15</i>	<i>99</i>				
	<i>10:00</i>	<i>79</i>	<i>15</i>	<i>99</i>				
	<i>10:00</i>	<i>79</i>	<i>15</i>	<i>99</i>				
Fim	<i>10:00</i>	<i>68</i>	<i>15</i>	<i>98</i>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão				<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quent+n	<input type="checkbox"/> Escoriações				<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Contusão			<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações			<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em lâmina
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Lacerações			<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular				<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Clandística	<input type="checkbox"/> Perfurante					
Pelve	Coluna Dorsal					
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> L. Contusão					

Escoりões	Confusão	Membros
Dor	Hematoma	
Instabilidade	Dor	

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filatur	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outras _____
				<i>ALERGIA A DIPRIVAN</i>	
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<small>MÉDIA</small> <small>INDISPONÍVEL</small>	<input type="checkbox"/> LOURO

<input type="checkbox"/> Cancelamento	REA DE SINISTROS - DPVA
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	PERÍODO NÃO VERIFICADO
<input type="checkbox"/> Não se encontra no local	
<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	
<input type="checkbox"/> Trole	
<input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	
24 JUL 2013	
<hr/> <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____	
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> GENTE SEGURADORA S/A	
<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	
<input type="checkbox"/> Obs.: Av. Ceará, Nilo Beira, 414 - Bairro Vila	

Assinatura e Carimbo Município (Unidade de Destino)	
MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	
DADOS PESSOAIS DA VITIMA ENTREGUE COM O ORIGINAIS EM 11/05/18 Supt. Cunha	

DESTINO	
---------	--

1 Atendido no local	<input type="checkbox"/>
1 Trauma HGR	<input type="checkbox"/>
1 Pronto Atendimento	<input type="checkbox"/>
1 Coronel Mota	<input type="checkbox"/>

1 Cosma e Silva	<input type="checkbox"/>
1 HCSA	<input type="checkbox"/>
1 Maternidade	<input type="checkbox"/>
1 Outros	<input type="checkbox"/>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ENTRADA DO PACIENTE	
---------------------	--

Descrição:	24 JUL 2011
Nome do Receptor:	
Função do Receptor:	GENTE SEGURADORA S/A
Assinatura do Receptor:	Av. Capitão Júlio Bazzetti, 484 - Boa Vista - RR

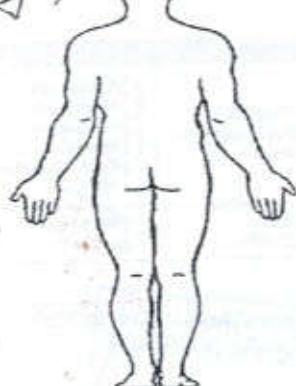
TERMO DE RECUSADA	
-------------------	--

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Acidente do sexo feminino vítima de colisão moto x carro. Encaminhada sendo atendida pelas equipes bravo II com colar pravecta e gesso ap no rosto. Orientada a paciente apesar da fratura em PMI. Dous vidros estilhaçados informou ser alergica a dipirona. Foi ministrado 50 mg de tilitril. Encaminhada ao GRS HGR. Enc. Mayra Soárez Cax 602192

ESCALA DE CONA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escaim		
Aberto	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4/5	10 - 24	17
Ocular	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3/5	25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2/5	≥ 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1/5	01 - 09	1
	Balbúcia	Balbúcia	5/5	0	0
Orientado				> 90	4
Confuso	Choro irritado	4/5		70 - 89	3
	Choro a dor	3/5		50 - 69	2
	Gemido a dor	2/5		01 - 49	1
	Nenhuma	Nenhuma	1/5	0	0
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6/5	14 a 15	5
Mais Resposta Vital	Localiza a dor	Retira ao toque	5/5	11 a 13	4
	Flexão normal	Retira a dor	4/5	8 a 10	3
	Flexão anormal	Flexão normal	3/5	5 a 7	2
	Extensão a dor	Flexão anormal	2/5	3 a 4	1
Mais Resposta Mortal	Nenhuma	Nenhuma	1/5		
	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	17

Cumprido em mês 02: Causa Moto x carro
encontramos a paciente inconsciente, imóvel, com
queixa alérgica em m.d. Alergica a dipirona,
medicou com Taxicon 40g, e foi vista no GRS sem
intervenções.



11/05/18
Planis

GESTANTE	Movimentos fetais:
IG p/ semana:	
Perda de líquido:	BCF:
[] Com cartão	[] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO
03 horas de procedimento feito
03 nascimentos
01 césario acetico, 01 xagou toque
01 jabs 18, 01 d'sacul, 01 tilitril
40mg, espalhado.



CNPJ: 05.920.487/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 34.001.114-4
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-610

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 284670

Abril/2018

Cliente:
JOSE MELO ARAUJO

Endereço do imóvel:
RUA ALFREDO FREIRE DE LIMA, NUM. 89 A - C
AVENIDA BOA VISTA RR 69313-402

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.017.015.0019.000	3	3411	1
Hidrômetro NAO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201803 10-0
201802 10-0
201801 10-0
201712 10-0
201711 10-0
201710 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Medidas Realizadas na Rede de Distribuição					
PERÍODO	CLORO	TURBIDEZ	PH	CONTAM.	EVOLU
01/01/2018	168	168	168	168	168
01/02/2018	263	263	263	263	263
01/03/2018	224	263	263	263	263

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3 50,10

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 04/2018
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2018

4,77
1,09

ENCERTEMO:	15/05/2018	TOTAL A PAGAR	55,96
AVISO: EM 31/03/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO			

Via do Cliente

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2011

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

Jânia Helena
95) 99139-8405
3224-6579



Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

www.vivo.com.br/meuvivo
Fale conosco: Central de Relacionamento
*9485 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
IE: 2401080215
CNPJ Matriz: 32.558.157/0001-02
CNPJ Filial: 32.558.157/0016-49

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
R. ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

Vencimento
21/01/2018