

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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF 421.026.772, / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benedita Machado da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.150.462, / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Benedita Machado da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.150.462, / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

ÁREA DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

GENIE SEGURADORA S/A

Endereço <u>R: Antônio Augusto Martins</u>		Número <u>347</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-270</u>
Email <u>maria_machado@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(95) 3224-6579</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99139-8405</u>

Boa Vista, 18 de Julho de 2018
Local e Data

Tânia Helena Incalossi de Melo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEFFERSON OLIVEIRA 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 BONVISTA, no Estado de

RODRIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

MARIA 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: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CB150 FANESI

Ano: 2012/2012

Placa: NAB0465

Chassi: 9C2KE1670EAF55855

Data do Acidente: 16-04-18

Local e Data: Bonvista 05-06-18

Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 5º Ofício de Bon Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aracá Talor, 4307 - Boa Vista - Bon Vista/RR
Fone: (067) 3027-4140
E-mail: daniel.aquino@cartorio5bonvista.com.br

25242-50130003593d
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
*JEFFERSON OLIVEIRA REGO

25.242
Thalita Oliveira de Aquino
Escritora Autorizada

Em testemunho da verdade BPO
Do que deu fe. Bon Vista/RR, 16 de junho de 2018.
Consulte o(s) serviço(s) abaixo em: cartorio5bonvista.com.br
RECIR158296JPUK7E1DN1V6J267

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

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



1800937203		16/04/2018 17:49:11		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	
Tipo Doc IGNORADO		Documento 138313		Órgão Emissor SESP/RR		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil	
Mãe ROSALIA DOS SANTOS MACHADO		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BRASILEIRA		Nacionalidade		Contato (95) 99115-1357		Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço RUA - RIO AMAJARI - 145 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR				Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento OUTROS		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: CASSIA ANDRADE		Pressão			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem Colisão moto x carro				Anamnese - (HORA DA CONSULTA - __:__:__h)				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Exame Físico				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				24 JUL 2018			
Hipótese Diagnóstica				GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR							
SAD - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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:				PRESCRIÇÃO Alérgico à Diphona.				APRAZAMENTO			
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revella <input type="checkbox"/> Transferência para: Gratop.				Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação				OBSERVAÇÃO			
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML				Data e Hora da Saída/Alta: __/__/__			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							

Impresso por: cassia.andrade
Data Hora: 16/04/2018 17:51:33



1800937203

Unidade

paciente vítima de acidente de trânsito (queda no asfalto)
com contusão e laceração extensa no tornozelo e pé
da lateral. Sem mais traumas. Não há alteração de sensibilidade.

RX FRATURA do osso metatarsiano III do pé

CR: Fazer cast gesso do pé e tornozelo, com curativo.

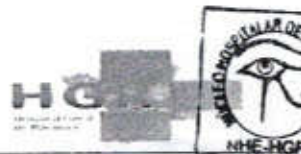
Prescrição:

Antidolorificos

Dr. Elder
Médico Res.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

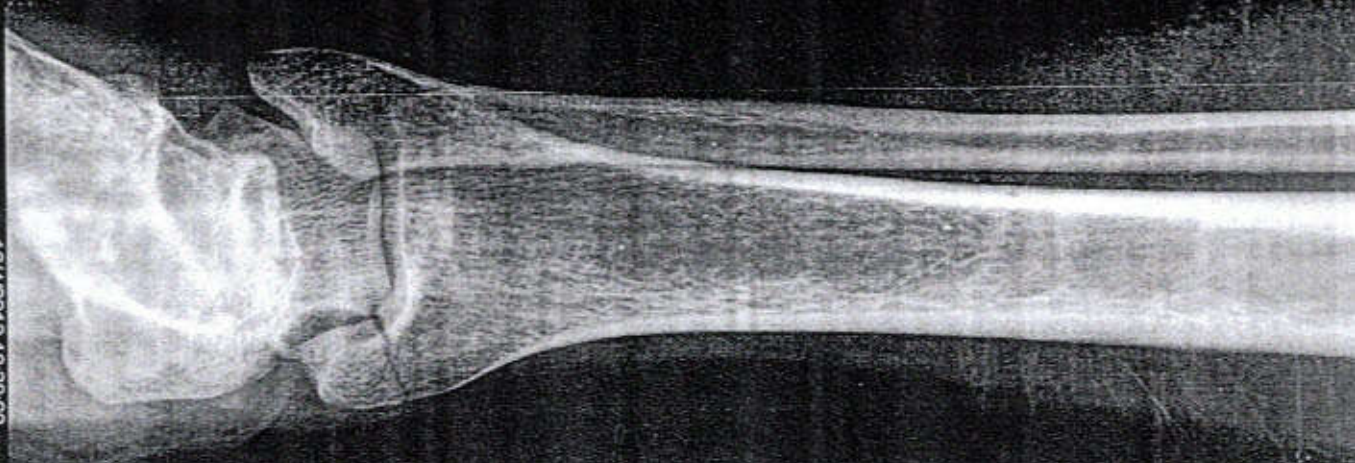


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800942043		26/04/2018 16:31:46		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		226	
Paciente ROSANGELA MACHADO DA SILVA				Data Nascimento 10/03/1977		Idade 41 A 1 M 16 D		CNS		CPF	
Tipo Doc IGNORADO		Documento 138313		Órgão Emissor SESP/RR		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil	
Mãe ROSALIA DOS SANTOS MACHADO		Pai		Raça/Cor PARDA		Naturalidade		Nacionalidade BRASILEIRA		Prontuário	
Endereço RUA - RIO AMAJARI - 145 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR				Contato (95) 99115-1357		Ocupação NÃO INFORMADA					
Class. do Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Pronatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: ELENILDA.SILVA					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL	
								AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>para me fazer o</i>											
Exame Físico <i>sa L R2</i>											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-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: _____											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Boa Vista - RR, 69200-000 Atendimento 07 MAIO 2018 Com o paciente presente em reprodução original em arquivo deste Hospital </div>											
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____											
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Thiago Muniz Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR-8008					
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 26/04/2018 16:32:35						1800942043					

D



69,8 %

, ROSANGELA MACHADO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/4/2018 18:38:00



64,8 %

TR. EDSON ED. ROSANGELA

16/4/2018 18:38:00

3917



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ronivaldo Mourão de Jesus

Lesão Clavícula

Presente com dor moderada e torção
na clavícula. No RX: fratura torçao
consolidada. Manobra de Neer neg. Sem
outras alterações.

cc: Atual do Ortopedia

ÁREA DE SINISTROS - GPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco, 484 - São Vito - RJ

16 07 18

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

Assinatura e Carimbo

UNIDADE ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Castelo Branco, 484 - Castelo Branco - RJ
CEP: 61.301-100 - CNPJ: 04.013.409/0001-26

Adalino Alves - Moltriz

99148-3917



GOVERNO DO PARANÁ
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DO BRASILEIRO
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE GESTÃO DA SAÚDE

NOME: ROSANGELA MARIANO DA SILVA

RECEITUÁRIO

LAÇO MEXILÃO

Apresenta com diagnóstico de fratura de
maxilar maxilar. DO TORNADOZULO DIREITO. E
acompanhamento ORTOPÉDICO. PAVENSO A MES-
MA EM ACOMPANHAR DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS
JUSQUE 30 (TRINTA) DIAS. A CRITÉRIO DO MÉDICO
PREVISTO.



DATA: 15.06.18

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Rosângela machado da Silva

ADSPATORA DO ESTATO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 138313 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/2016

NOME ROSÂNGELA MACHADO DA SILVA

RELACÃO JOSÉ VIEIRA MACHADO

ROSÁLIA DOS SANTOS MACHADO

NATURALIDADE PINDARÉ-MIRIM - MA DATA DE NASCIMENTO 10/03/1977

DOC. ORIGEM CERTO CAS AVERB DIVORCIO 308 FLS 08 LIV B-2

SÃO LUIZ - RR

673.150.462-91

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Forense-Capitão de Polícia Civil
Diretor da IOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2013

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 SANTA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
 489049 SSP RO

CPF
 421.026.772-49

DATA NASCIMENTO
 15/01/1972

FRAÇÃO
 JUNELSON FRACALOSSI
 MARIA ADNA FRACALOSSI

PERMISSÃO
 02796991920

ACC
 05/12/2018

CATEGORIA
 A.B.

OBSERVAÇÕES

Assina Helena S. de Melo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - BORATIMA

DATA DE EMISSÃO
 10/12/2012

32146487454
 RUA 207308780

DE TRANSPORTES (BORATIMA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 806644383

PROIBIDO PLASTIFICAR
 806644383

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2013

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013746364603

VIA 01 COD RENAVAM 00468276840 RNTRO EXERCÍCIO 2017

NOME
JEFERSON OLIVEIRA REGO

PRE/CNPJ 835.389.502-10 PLACA NBA0465

PLACA ANT/UF CHASSI 7C2KE1670CR555855

ESPECIE TIPO DOQ/MOTOCICLETA/ALCO/BASEL COMBUSTIVEL

MARCA/MODEL HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC/COTAS
I *PAGO* *PAGO* 1ª *****
P FAIXA LTV A PAR PLAMENTO/COTAS 2ª *****
V CA ** 3ª *****
A ** PAGO COTA UN CA **

PRESTO TARIFARIO PRE PRESTO COTA PRE DATA DE PAGAMENTO
R\$0.7 R\$185.9 03/10/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DIREITO DE PROIB SAIR AMAZ
80204 Francisco de Assis Diretor Pres-RR
DETRAN

LOCAL DATA
BOA VISTA-RR 14/11/2017

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2017

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2013

GENTE SEGUIRADORA S/A

Leandro de la Barra, 454 - Don Víctor - RF

Nome: Rosângela machado da Silva GENTE SEGURADORA
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Desquitada
 Profissão: Aplista
 Identidade: 138313 CPF: 673.150.562-91
 Endereço: R. Cláudio Teire de Lima Bairro: Cambangi
 Cidade: Bom Vista CEP: 69.313-502

Nome: Amia Helena Fracalossi de Melo
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
 Profissão: Autônoma CPF: 421.026.772-49
 Identidade: 488049
 Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: do Francisco
 Cidade: Bea Vista CEP: 61.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-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:

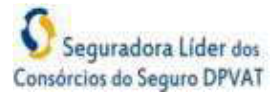
Boa Vista, 03 de maio de 2018

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 médico-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 FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13153527



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 FRACALLOSSI 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 FRACALLOSSI 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 FRACALOSSY 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



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").

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01/03/2018

THOMAS

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

Número do Sinistro ou ASL

3180341135

CPF da Vítima

073.150.462-91

Nome completo da vítima

Rosângela Machado da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rosângela Machado da Silva		CPF titular da conta 073.150.462-91	Profissão Copeira
Endereço R. Cláudio Freire de Lima		Número 70	Complemento
Bairro Camburi	Cidade Boa Vista	Estado Roraima	CEP 69.313-402
Email		Telefone (DDD) (95) 99158-3917	

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

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

Rosângela Machado da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Rosângela Machado da Silva		673.150.562-91	Copeira
Endereço	Número	Complemento	
R. Alípio Lima da Silva	90		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Camburi	Boa Vista	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)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
3905		13258	G
(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, 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Rosângela Machado da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Sabrina
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Ass. Sabrina da Rocha - Roraima - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 AGO 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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

ENDEREÇO: RUA RIO AMAJARI Nº 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 Nº 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

DAT

JUN. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Rosângela machado da Silva

ROSÂNGELA MACHADO DA SILVA
COMUNICANTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S/A

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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

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

073.150.562-91

Data do Acidente

16/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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
CONTENÇÃO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Boa Vista, 10 de Julho de 2018
Local e Data

Rosângela Machado da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Unidade: SAU Equipe: Shirley, Alisson, Charles

Paciente: Roxângela Machado da Silva Idade: 41 Sexo: Fem

Endereço: Rua Alcides Mendes, Rua João de Almeida de S. Gomes

Nº: 0630 DATA: 10/01/18 HORA: 13:17:48

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Cino JHO. 17:23

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO Apoio em BTI

CHAMADA

AUTOMÓVEL

Cinto ☐ SIM ☐ NÃO

Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada

Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO

Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro

Passageiro: ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão

MECANISMO DE TRAUMA

MOTO: em uso

☐ Condutor ☐ Carona ☒ Capacete ☐ queda ☒ Atropelamento ☒ Colisão

BICICLETA:

☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão

VIOLÊNCIA

☐ FAB ☐ PAF ☐ Espionagem ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:

OUTROS

☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão pr animal ☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas

☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☒ Outro: expiratório

Ventilação

☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa

Circulação

☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente nen 2"

Aval. Neurológica

☒ AVDN ☐ Mioso ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinorréia ☐ Rinorragia ☐ Aparelho alveolarizado DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>13:20</u>	<u>120/80</u>	<u>79</u>	<u>15</u>	<u>99</u>				
Fim <u>13:40</u>	<u>120/80</u>	<u>68</u>	<u>15</u>	<u>98</u>				

AValiação SECUNDÁRIA

Pele

☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica

Cabeça

☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Atupamento ☐ Fer. Penetrante

Face

☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular

Pescoço

☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema sub-cutâneo

Tórax

☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento

Abdome

☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendidos ☐ Em taboa ☐ Doloroso ☐ Evisceração

Pelve

☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade

Coluna Dorsal

☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor

Membros

☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☐ Luxações

☐ Fratura ☐ Amputação

AValiação CARDÍACA

☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter

☐ Fibrilação atria ☐ Fibrilação entriculer ☐ Assístolia

AFEÇÃO CLÍNICA

☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto

☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

INCIDENTE

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trole ☐ Bombeiro no local:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

☐ NÃO VERIFICADO

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

INICIADA AS: 24 JUL 2013 **TÉRMINO AS:**

RCP

☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.: GENTE SEGURADORA S/A

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)

EM 11/05/18

STEFANIE

DESTINO

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

- ☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☐ Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ERTECE
DO
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

24 JUL 2013

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

TERMO
DE
RECUS

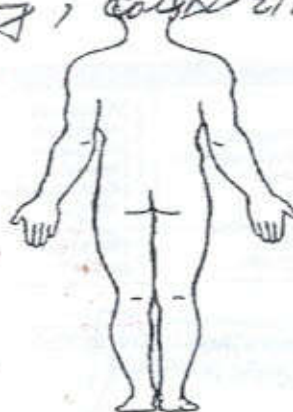
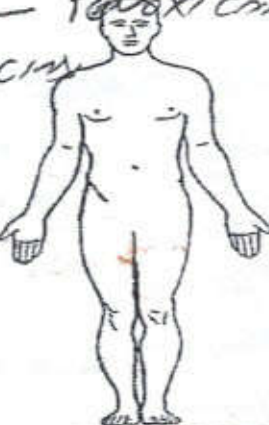
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Adulta do sexo feminino vítima de colisão moto x carro. Encaminhada sendo atendida pela equipe Bravo II com colar + prancha rígida ap. uso. Orientada e lucida, apresenta fraturas em MMII - fêmur e tíbia esquerda, fratura da clavícula direita e do rádio esquerdo. Apresenta hemiparesia esquerda. Administração 4mg de tilatril. Encaminhada ao GT do HGR. Cui Shyla Soares Cordeiro 24/192

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	25 - 35	36 - 45
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		3	2	1
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		2	1	0
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		1	0	0
Maturidade Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sistólica (mmHg)	01 - 09	10 - 19	20 - 29
	Orientado	Choro irritado	5		0	1	2
	Confuso	Choro a dor	4		> 90	70 - 89	50 - 69
	Palavras inapropriadas	Gemido e dor	3		01 - 49	0	1
Maturidade Motora	Sons ou gemidos	Nenhum	2	Escala de Glasgow	14 a 15	11 a 13	8 a 10
	Nenhuma	Movimentos espontâneos	1		6 a 7	5 a 7	3 a 4
	Obedece solicitações	Retira ao toque	6		1	2	3
	Localiza a dor	Retira a dor	5		1	2	3
Maturidade Motora	Flexão normal	Flexão normal	4	Escala de Glasgow	1	2	3
	Flexão anormal	Flexão anormal	3		1	2	3
	Extensão a dor	Extensão a dor	2		1	2	3
	Nenhuma	Nenhuma	1		1	2	3
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
15				13			

Chamados em apoio a dia 02: Colisão Moto x Carro
 encontrando a paciente pranchada, imobilizada, com
 queixa de dor em abd. ALERGICA a DILATADA,
 medicada com TETRAZOLAM 40mg, encaminhada ao GT de
 INTERCONECTIVIDADE



em 1774

11 05 18
 Sepiane

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

03 horas de procedimento P e M
 03 manobras
 01 grupo A, 01 grupo B, 01 grupo C
 01 grupo D, 01 grupo E, 01 grupo F
 40mg, espasmodico.



CNPJ: 08.930.487/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.096.114-4
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 13.300-410

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

Matrícula: 284670

Abril/2018

Cliente:
JOSE MELO ARAUJO

Endereço do Imóvel:
RUA ALÍPIO FREIRE DE LIMA, NÚM. 88 A - C
ARARA BOA VISTA RR 69013-402

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.017.015.0019.000	3	3411	1
Hidrometro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS

LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

10

0

ULTIMOS CONSUMOS

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

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO INTERNO N.º 5448 - 2005 Q.M.					
ANÁLISE	CLORO	TURBID.	COR	CONDUTIV.	PH
01/11/2018	160	160	160	160	160
02/11/2018	263	263	263	263	263
03/11/2018	224	263	263	263	263

DESCRIÇÃO

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

VENCIMENTO: 15/05/2018

TOTAL A PAGAR

55,96

AVISO: EM 31/03/2018 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2017

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

Jânia Helena
95) 99139-8405
3224-6579



Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 03/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

vivo

TANIA HELENA FRACALOSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 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 Júlio Bezerra, 957
CEP 69.395-025 - Boa Vista - RR
IE: 240106035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018