



RORAIMA
ENERGIA

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0510314-2

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ: 366/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

A Tanta Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	301	240,77

ALEXANDRA DIAS DOS SANTOS
R. SAO DOMINGOS CENTRO
CPF: 00087744902220
CEP: 69.375-000 - SAO JOAO DA BALIZA ROT: 413.055.13.03.129000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	28927		Atual: 25/10/2019
Anterior:	28626		Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/11/2019
Consumo Medido:	301		Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	301	FCAM	Apresentação: 25/10/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	Ligação Número Medidor Poste Código Faf. Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI 900910451 1.1.1.2 318
HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA

Mês/Ano consumo

SET/19	365	CONSUMO 301 A R\$ 0,764602 = 230,14
AGO/19	172	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00 2,11
JUL/19	298	MULTA POR ATRASO 07/19-00 4,65
JUN/19	280	JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 3,87
MAI/19	283	
ABR/19	405	
MAR/19	189	
FEV/19	277	
JAN/19	334	
DEZ/18	293	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
V A 361 - 0,634620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
09/2019 279,62

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/11/2019, em função das contas reavisadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e/ou reavisação(s) no valor de R\$ 205,78 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 080087019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D674.FE10.C7A1.C465.4118.366E.FDFE.A728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	59,13	Base de Cálculo:	230,14
Energia:	125,38	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	39,12
Encargos:	6,51	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	39,12	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00						

08/2019 0,00

ROT: 413.055.13.03.129000

RORAIMA
ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0510314-2 TOTAL A PAGAR - R\$ 240,77

MÊS FATURADO 10/2019 VENCIMENTO 11/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003907946 FCAM

83610000002 2 40710075000 0 00000000510 8 31421019008 3



SEQ.: 00121 UC: 0510314-2 DT.LEIT.: 25/10/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 28927 NORMAL TOTAL: 240,77 CARGA: 001

DT.VENC.: 11/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3042



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Gómez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/RR/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal 003301566
A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215

CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h	DATOS DA LEITURA
Anter:	37543		Anter:
Anterior:	37276		Próxima Leitura: 23/08/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Emissão: 22/07/2019
Consumo Medido:	267		Apresentação: 23/07/2019
Consumo Faturado:	267	FCAN	

NORMA		TRIBUTO	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póste
RESIDENCIAL	B1	LE0006955 H-131801	1-1-1
HISTÓRICO kWh			DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo			
JUN/19	147	CONSUMO	267 A R\$ 0,64662 = 204,14
MAI/19	212	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00	0,04
ABR/19	239	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00	0,88
MAR/19	182	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	1,56
FEV/19	170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,29
JAN/19	294	MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,27
DEZ/18	210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	1,85
NOV/18	280	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,53
OUT/18	292		
SET/18	229		
TRIBUTO	BR 267 - 0,64662		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO			
Hes/Ano	Válida R\$		
06/2019	148,63		
LIGUE 08007019120 E FAÇA UMA VERIFICAÇÃO! L 6 L 16 L 26			

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 003301566	FCAN

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015

DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR.: 1231

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 falsa 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 William Gonçalves inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rozemberg Furtado neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 716625652 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIZ da Vítima Arthur Pernoldos Furtado, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.083.40 / 58, 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			
Bairro	<u>R. CC. 11</u>	Número	<u>294</u>
Email	<u>lourenomoreira</u>	Complemento	<u></u>
Cidade	<u>Bog Vista</u>	Estado	<u>CEP</u>
		Telefone comercial(DDD)	<u>69.031050</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>99113 3855</u>

1300 Vista, 17 de dezembro de 19
Local e Data

William gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOLOGIA

~~ADO DOS EX~~

~~COMPLEMENTARES~~
CONFERE COM O ORIGINAL
84

84.013.408/0001-98

UNIDADE MISTA DE S. J. DA BAIXA
BR 210 S/N - CENTRO

LEPP 69-375-000

~~CEP 69-375-001~~

SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

ANAMNESE DO PACIENTE:

93 Sativação

~~fc 34 Bpn~~

PA: 120 x 80

TEMPERATURA: °C

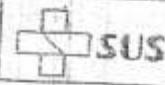
PESO: _____ **Kg**

DEXTRO: _____ mg/DL

ALERGIA? Sim (X) Não ()

Descreva aqui:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E ENFERMAGEM



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Turmat: 31.07.19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alexandra Lourdes dos Santos Furtado

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7061910161131414120838

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Alexandra Dias dos Santos

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173782

7 - SEÇÃO

M

TELEFONE DE CONTATO
(P/ FONE DE TELEFONE)

800

9 - COD. ICD-10

AK

10 - ICD-10 SECUNDÁRIO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente encaminhado a Ressano Góis refere dor lombar com náuseas e vômitos há 01 dia com consenso de trauma causado no MIO. Paciente com fato médico documentado e fratura clínica à direita.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fracasso da Lâmina

Hospital Regional da Capital
Av. Eng. Encarlos Gama, 510
Novo Planalto - Tel (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica; exame físico, RX

17 DEZ 2019
Santos

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fracasso da Lâmina (diáfragma) a direita

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CÓDIGO ASSOCIADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/07/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Alder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RB*

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO PAISSEUR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1308010019

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/07/19

TO68
SATZ V299



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA



207-2

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO		
AGNÓSTICO	Fratura da diáfise do fêmur direito.		
ALERGIAS	DIPIRONA	HAS NEGA	DM2 NEGA
IDADE	LEITO	DATA	29-07-19
ITEM	PREScrição	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SUSPENSO	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	06	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	02/00	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SN	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SUSPENSO	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	06	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	SN	
14	CURATIVO DIÁRIO	Retirar	
15	CLEXAN 40mg SC 1x/dia	Realizar	
16	PARACETAMOL 01g. ou 406TS (VO). 6/6HS. S/N	16	
17		SN	
18	PAISAGEM SÓ VENHO PRA FAZER		
19			
20	Ao bloco.	Dr. Marcus Brunner Médico CRM-RR 1917	
21		Dr. Anderson Soares Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1928/RR	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ÁFEBRIL, EUPNEICO
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX; # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

AV. Brig. Eduardo Gomes, 5/11
Novo Planalto Tel (65) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO
13 BEZ 2019
Silva

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

21:00
PA - 115 x 71
FC - 104
TX - 36.9
TAC - 200 mm Hg

Paciente tentou
retirar Sonda vesical
por conta própria,
não conseguindo e a
mão não suporta o peso que retinse →

Regulado
para leito
DRB 207-2
Regulação



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

207-2

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 31/7/99
PACIENTE: Arthur Rondol dos S Funkado
DIAGNOSTICO(S): edema de juntas difuso
DIH: 207/09

KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____

CULTURAS (/ /): _____
IMAGEM: _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____

IMAGEM: _____

ANTIBIOTICO
USADO: _____
JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIOTICO: _____
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: *Alexand + S. Fernando*

EVOLUÇÃO CLINICA:

*Vale
Evolugao*

Boa Vista, 31 de julho de 2019. Hora: _____

CRM: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

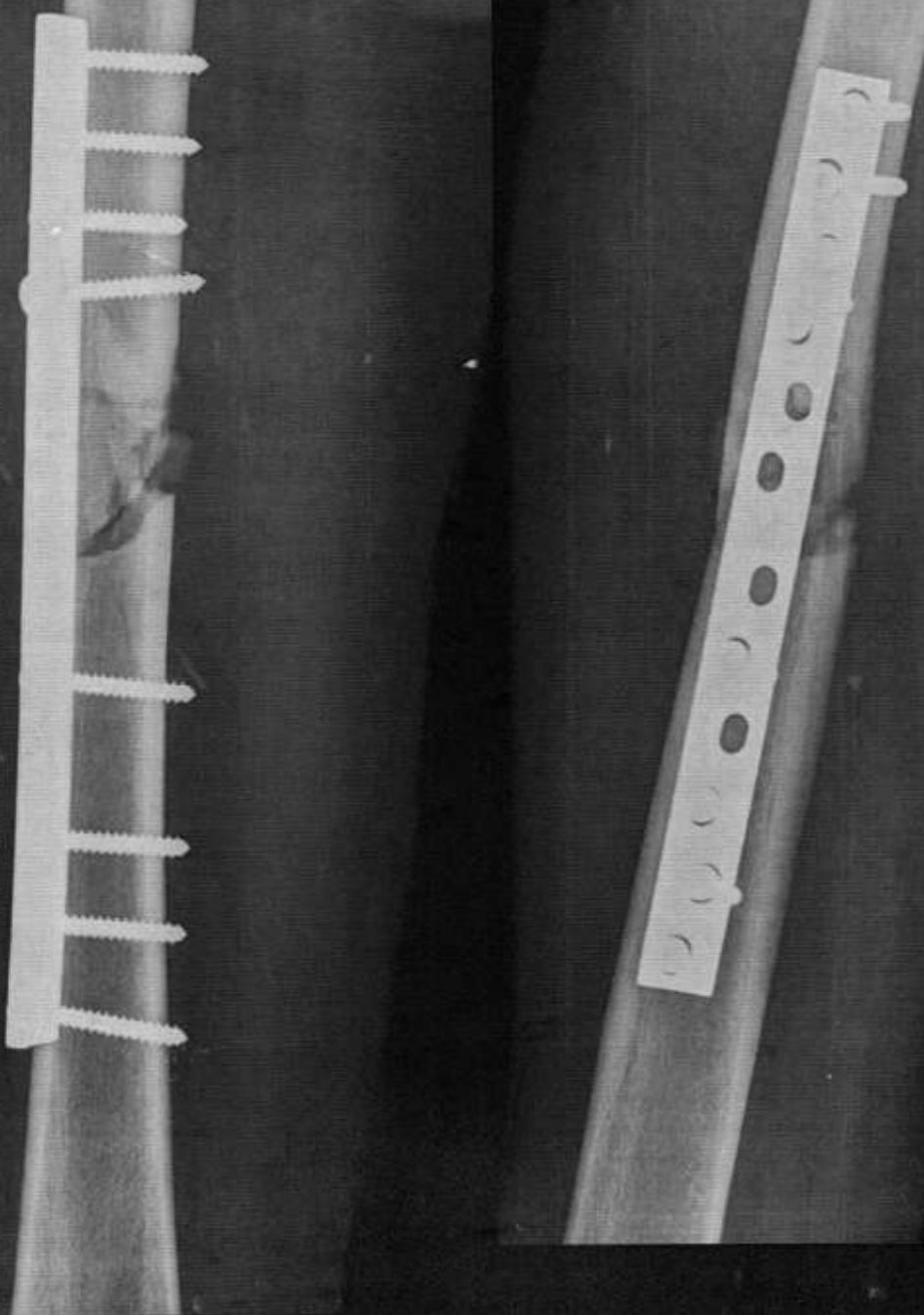
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM: _____

Dr. Augusto Chvalante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1064

D



15/08/2019

81,7 %

ARTHU ROND SANTOS FURTADO 9156

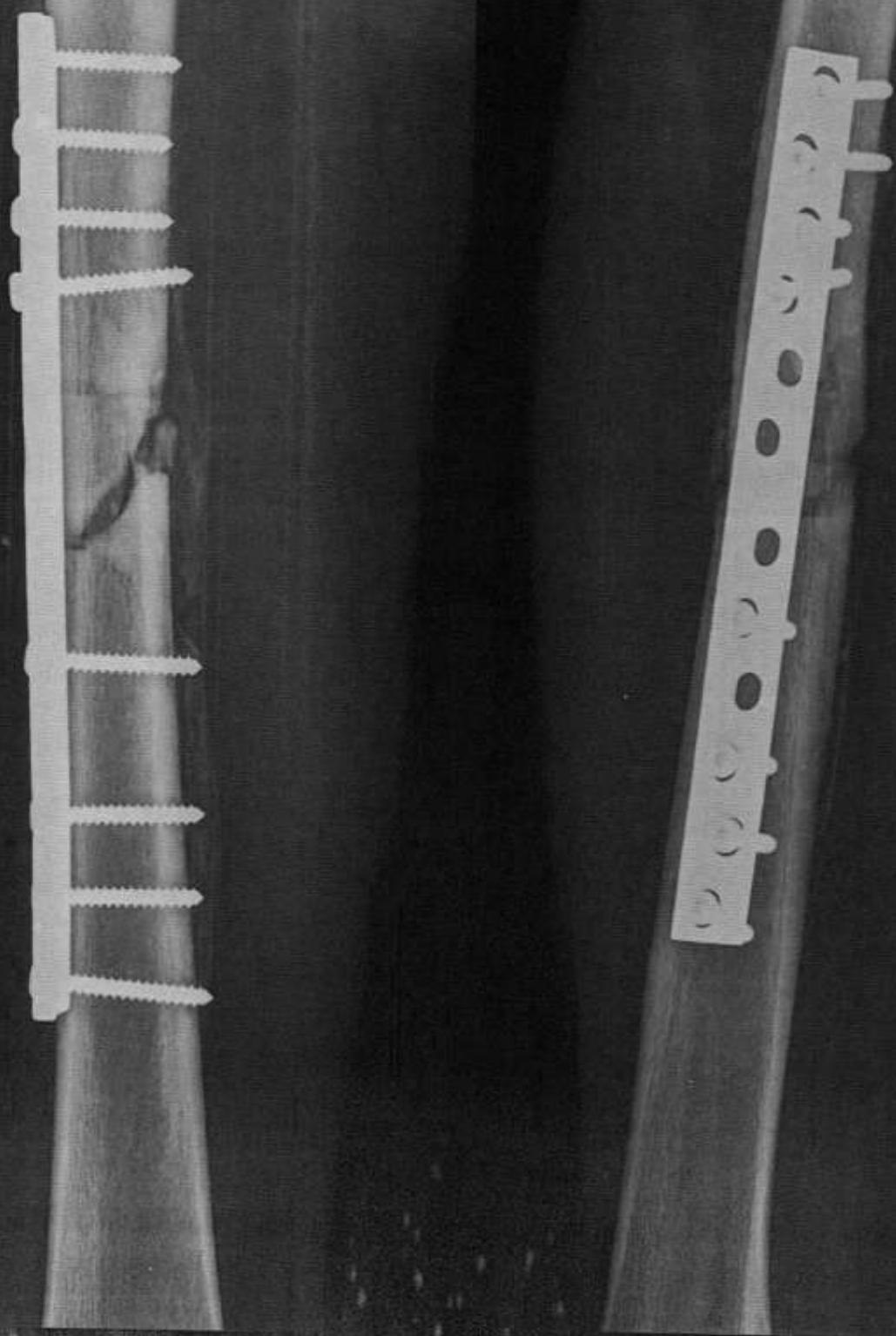
15/08/2019

57,1 %

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

D



09/09/2019

ARTHUR R DOS SANTOS

10341

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

Bando Médico

Arthur Ronald dos Santos Furtado, CPF 033.081.412-56,
Vítima de acidente automobilístico conforme ficha de
atendimentos 1905143521 de 29/07/2019 do P.S. Francisco Elísio,
sendo constatados queixas de dor média do joelho direito. Foram
realizados osteossintese com placa e parafusos. Apesar de
mínima, persistindo apresente redução de força e de massas
musculares do membro inferior direito em relação ao membro
contralateral; limitação para esforços repetitivos com membro
inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusões: Segue funcional permanente
de membro inferior direito.

Boa Vista, 30/01/2020

Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

033.081.412-56

Nome

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Nascimento

22/07/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

F9CC.2869.B068.4875

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

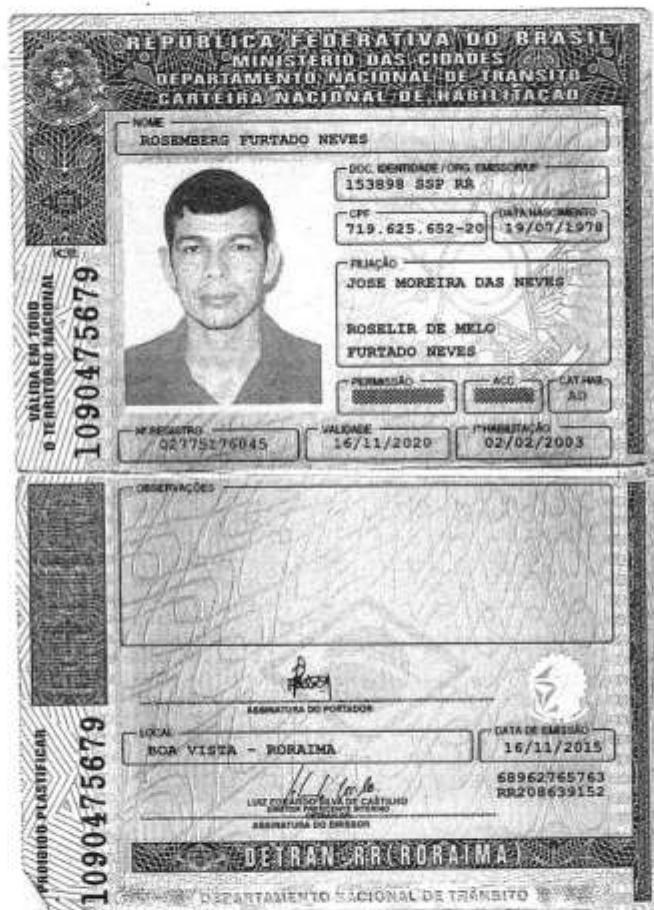
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:53:16 do dia 10/09/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROSEMBERG FURTADO NEVES : 719.625.652-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO : 033.081.412-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE
FURTADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8/9_CIRÚRGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE
FURTADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE
FURTADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8/9_CIRÚRGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE
FURTADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: Rosenberg Furtado Neves
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 PROFISSÃO: Fim Público
 CPF: 719.625.652-30
 BAIRRO: Centro
 CEP: 69.375-000

ESTADO CIVIL: Solteiro
 RG: 153898
 ENDEREÇO: R. São Domingos
 CIDADE: Boa Vista

VITIMA: Arthur Ronald dos Santos Furtado
 CPF: 033.081.412-56
 NATUREZA: Inválidez

DATA DO SINISTRO: 28/07/19

OUTORGADA:

NOME: Willam Gonçalves Franco
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 ESTADO CIVIL: Casado
 PROFISSÃO: Dono de casa
 Nº DO RG: 239717
 DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
 Nº. CPF: 825.396.343-20
 ENDEREÇO: Rua CC-11, 299 - Centro Moreira

ÓRGÃO EMISSOR: SESP RR

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Inválidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPAVAT 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, substancializar, 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, 11 de Novembro de 2019.



Rosenberg Furtado Neves

ASSINATURA

Obs – Reconhecimento por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROSEMBERG FURTADO NEVES : 719.625.652-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO : 033.081.412-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

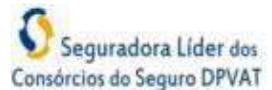
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Número do Sinistro: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSEMBERG FURTADO NEVES

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



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSEMBERG FURTADO NEVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ROSEMBERG FURTADO NEVES

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000003783-4**

Conta: **000008599-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

033.081.452-56 Arthur Ronaldo Santes Furtado

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

5 - Nome completo:

Arthur Ronaldo Santes Furtado 033.081.452-56

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. São Domingos

6 - CPF:

511

69345-000

11 - Bairro:

Centro João Bazio

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69345-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

591133855

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:

Rosamberg Furtado Neto

18 - CPF do Representante Legal:

756 625 652-20

19 - Profissão do Representante Legal:

Pedreiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3783

4

CONTA: 8599

5

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

teve filhos?

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Sim

Não

34

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Baixo Leste 17, dezembro 19

Arthur Ronaldo Santes Furtado

Rose Melberg Furtado Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

033.081.452-56 Arthur Ronaldo Santes Furtado

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

5 - Nome completo:

Arthur Ronaldo Santes Furtado 033.081.452-56

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. São Domingos

6 - CPF:

511

69345-000

11 - Bairro:

Centro João Bazio

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69345-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

591133855

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:

Rosamberg Furtado Neto

18 - CPF do Representante Legal:

756 625 652-20

19 - Profissão do Representante Legal:

Pedreiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3783

CONTA: 8599

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim

Não

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

34

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Baixo Leste 17, dezembro 19

Arthur Ronaldo Santes Furtado

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



571566

DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 900/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 22/10/2019	ATENDENTE: MARDETE BEZERRA. 420000618
HORA: 09h06min.	LOCAL, DATA E HORA: AV. PERIMETRAL NORTE S/Nº EM FRETE A PRAÇA DE ALIMENTAÇÃO; 28/07/2019; 18:54HS SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

DADOS DA COMUNICANTE

NOME: LAERCIO AGUIAR ALVES
ENDEREÇO: AV.: SÃO LAZARO S/Nº; BAIRRO: UNIVERSO; SÃO JOÃO DA BALIZA

DADOS DA VITIMA

NOME: LAERCIO AGUIAR ALVES E ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO
END: AV.: SÃO LAZARO S/Nº; BAIRRO: UNIVERSO; SÃO JOÃO DA BALIZA
FILIAÇÃO: BERNADO FERREIRA ALVES E MARIA RAIMUNDA AGUIAR ALVES
GRAU DE INST: NIVEL MEDIO COMPLETO
COR/IDADE: PARDO / 33 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1986
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
APELIDO:
PROFISSAO: SERVIDOR PÚBLICO
FONE: 95 98409-9275
CNPJ:

DADOS DO ACUSADO

NOME:
END:
FILIAÇÃO:
GRAU DE INST:
COR/IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:
NATURALIDADE:
APELIDO:
PROFISSAO:
FONE
NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
A TIPIFICAR		

BREVE RELATO DOS FATOS: O comunicante informa que trafegava no dia 28/07/2019 as 18:54hs, em sua motoneta HONDA/BIS 125 EX de cor preta PLACA NBA 7618 com seu sobrinho, ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO na garupa, na AV. PERIMETRAL NORTE S/Nº e parou em FRETE A PRAÇA DE ALIMENTAÇÃO, na esquina quando foi atropelado por uma motocicleta que vinha por traz deles, a qual atingiu enchei-o na perna do garupa ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO, com o impacto caiu no chão ao se levantar percebeu que ARTHUR tinha quebrado a perna direita tendo fatura exposta. É o breve relato.

(Assinatura)
LAERCIO AGUIAR ALVES
COMUNICANTE

(Assinatura)
MARDETE BEZERRA
ATENDENTE

OBS: Comunicante/vítima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia , às : hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar); Intimar comunicante; Aguardar audiência agendada;
 OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____; Aguardar novos fatos ou representação;
 Outra(s) providênci(a)s: _____.
 Elabore-se _____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Dados da(s) Vítima(s) de cobertura:

<input type="checkbox"/> DAVIDES (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do nascimento ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	033.081.417.50	Arthur Ronaldino Souto Furtado

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE) FGAI - ORCULAR SUSP N° 445/2022

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. São Domingos 9 - Número: 517 10 - Complemento: S/N

11 - Bairro: Centro Jardim Belo 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 65336-000

15 - E-mail: 16 - CPF (DDD): 8131338965

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Renata Borges Furtado 18 - CPF do Representante Legal: 716.623.642-20 19 - Profissão do Representante Legal: Médica

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa [ANEXAR CóPIA].
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA PÓLIPANCA (número para transferências bancárias) CONTA CORRENTE (número bancário)

Bradesco (237) Itaú (414)

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

Número do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: 3783-4 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 3783-4 CONTA: 8599-5 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a emitir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização devidamente calculado e descontado desde já e durante o prazo de efetivação do crédito, que é de total do valor solicitado.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEIRA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da apuração da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.794/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza exames para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza exames para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito o amanheceramento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação fornecida à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, a ser feita por médico autorizado, conforme o disposto na Lei 8.794/74.

Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a declaração médica da renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso visando da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DAVIDES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Causa da morte:	<input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Criminoso (ou PM) <input type="checkbox"/> Drown <input type="checkbox"/> Sepultado (enterrado) <input type="checkbox"/> Apóio	24 - Data da morte:	<input type="checkbox"/> aberto da vítima		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou herdeiro(s) empanhado(s):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou herdeiro(s), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vivem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiro(s) empanhado(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha filhos, informar se vivem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou herdeiro(s) empanhado(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	35 - Se tinha filhos, informar se vivem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	36 - Vítima deixou herdeiro(s) empanhado(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	37 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	38 - Se tinha filhos, informar se vivem: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	39 - Vítima deixou herdeiro(s) empanhado(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Este cliente da que a Seguradora Lider pagará a sua devida, a indenização do Seguro DPVAT não incide águas beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verificável poderá gerar obrigatoriedade resarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.

34
Indicando
que
não
é
possível
assinar
o
pedido

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cega)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cega)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cega)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Belo Jardim 17/12/2022

Renata Borges Furtado Arthur Ronaldino Souto Furtado

Assinatura da vítima/benfeitor (declarante) Renata Borges Furtado

Assinatura do Procurador (se houver) Renata Borges Furtado



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192/BALIZA



Dr.: 21/07/2002

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: bombeiros
Equipe: Dinamom / Ibonome

Paciente: Arthur Ronald dos Santos Fundado
Endereço: Almeida Braga - Rio das Pedras

Idade: 17

Sexo: M

CHAMADA	Nº <u>12700</u>	Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: <u>Amorim</u>	DATA <u>28/10/1997</u>	HORA SAÍDA:						
	MOTIVO <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTRO			HORA CHEGADA:						
AValiação no local do Acidente	AUTOMÓVEL		MECANISMO DE TRAUMA		OUTROS					
	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto _____	<input type="checkbox"/> Vítima projetada _____	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto					
	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____						
	<input type="checkbox"/> Colisão _____	<input type="checkbox"/> Air Bag _____	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica _____						
	<input type="checkbox"/> Motorista _____	<input type="checkbox"/> Moto <u>X</u> _____	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Violência Sexual _____						
	<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro _____	<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <u>X</u> _____	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____						
	<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro _____	<input type="checkbox"/> Bicicleta _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____						
	<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> passageiro _____	<input type="checkbox"/> Com capacete _____		<input type="checkbox"/> Outros: _____						
	<input type="checkbox"/> Sem capacete _____	<input type="checkbox"/> Sem capacete _____								
	<input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro _____	<input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro _____								
AValiação no local da Ocorrência	Vias Aéreas		AValiação INICIAL		Aval. Neurológica					
	<input type="checkbox"/> Dispnéia _____	<input type="checkbox"/> Ventilação	<input type="checkbox"/> Bradicardia _____	<input type="checkbox"/> AVDN						
	<input type="checkbox"/> Bradipnéia _____	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____	<input type="checkbox"/> Taquicardia _____	<input type="checkbox"/> Miose _____						
	<input type="checkbox"/> Taquipnéia _____	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____	<input type="checkbox"/> Arritmico _____	<input type="checkbox"/> Midriase _____						
	<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa _____	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo _____	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" _____	<input type="checkbox"/> Anisocoria _____						
	<input type="checkbox"/> Obstruída _____	<input type="checkbox"/> Maciez _____	<input type="checkbox"/> Ausente _____	<input type="checkbox"/> Otorréia _____						
	<input type="checkbox"/> Apneia _____	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa _____		<input type="checkbox"/> Otorragia _____						
	<input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Rinorrágia _____						
				<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado _____						
				<input type="checkbox"/> DNV _____						
AValiação no local da Ocorrência	Horas	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	SINAIS VITAIS E ESCORES	APGAR				
	Inicio <u>11:54</u>	<u>140x70</u>	<u>100bpm</u>	—	Sat O ₂ % <u>98%</u>	T. °C. —	Esc. visual anal. EVA "DOR" —	Glicemias —	Trauma <u>X</u>	APGAR —
	Fim <u>3:00</u>	<u>140x80</u>	<u>111</u>	—	<u>98%</u>	—	—	—	<u>X</u>	—
	AValiação no local da Ocorrência	Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome			
		<input type="checkbox"/> Corada _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____			
		<input type="checkbox"/> Quente _____	<input type="checkbox"/> Escoriação _____	<input type="checkbox"/> Lacerações _____	<input type="checkbox"/> Lacerações _____	<input type="checkbox"/> Lacerações _____	<input type="checkbox"/> Lacerações _____			
		<input type="checkbox"/> Pálida _____	<input type="checkbox"/> Laceração _____	<input type="checkbox"/> Hematoma _____	<input type="checkbox"/> Hematoma _____	<input type="checkbox"/> Tórax Instável _____	<input type="checkbox"/> Distorcido _____			
		<input type="checkbox"/> Fria _____	<input type="checkbox"/> Hematoma _____	<input type="checkbox"/> Afundamento _____	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____	<input type="checkbox"/> Respir. paradoxal _____	<input type="checkbox"/> Em tábua _____			
		<input type="checkbox"/> Úmida _____	<input type="checkbox"/> Afundamento _____	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante _____	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo _____	<input type="checkbox"/> Tamponamento _____	<input type="checkbox"/> Doloroso _____			
		<input type="checkbox"/> Seca _____					<input type="checkbox"/> Evisceração _____			
<input type="checkbox"/> Cianótica _____										
Pelve		Coluna Dorsal		Membros						
<input type="checkbox"/> Contusão _____		<input type="checkbox"/> Contusão _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____	<input type="checkbox"/> Fratura <u>paciente feriu face</u> _____	<input type="checkbox"/> Fratura _____					
<input type="checkbox"/> Escoriações _____	<input type="checkbox"/> Hematoma _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____	<input type="checkbox"/> Amputação _____	<input type="checkbox"/> Amputação _____						
<input type="checkbox"/> Dor _____	<input type="checkbox"/> Dor _____	<input type="checkbox"/> Lacerações _____	<input type="checkbox"/> Luxações _____	<input type="checkbox"/> Luxações _____						
AValiação CARDIÁCA		AFECCÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA						
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal _____	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial _____	<input type="checkbox"/> Respiratória _____	<input type="checkbox"/> Digestiva _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Alergias <u>dúspinos</u> _____					
<input type="checkbox"/> Taquicardia _____	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular _____	<input type="checkbox"/> Neurológica _____	<input type="checkbox"/> Infeciosa _____	<input type="checkbox"/> Cardiopatia _____	<input type="checkbox"/> Outros _____					
<input type="checkbox"/> Bradicardia _____	<input type="checkbox"/> Assistolia _____	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____	<input type="checkbox"/> Obstétrica _____	<input type="checkbox"/> HAS _____						
<input type="checkbox"/> Flutter _____		<input type="checkbox"/> Metabólica _____	<input type="checkbox"/> Pediátrica _____							
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular _____	<input type="checkbox"/> Outra <u>enfermeira</u> _____							
<input type="checkbox"/> Aborto _____										
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> EQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA							
	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA							
				<input type="checkbox"/> OUTRO						
Assinatura e Cunhão Médico (Unidade de Destino)										
<u>J. H. Perez</u> <u>DT. AMBULÂNCIA</u> <u>CRM 1554</u> <u>Urgência Geral</u>										
MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS										
<input 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										
<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros <u>Jairinho HG R</u>										

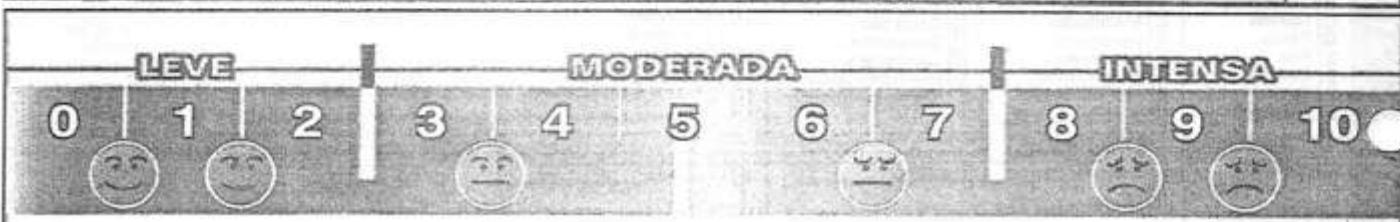
INCIDENTE

RCP

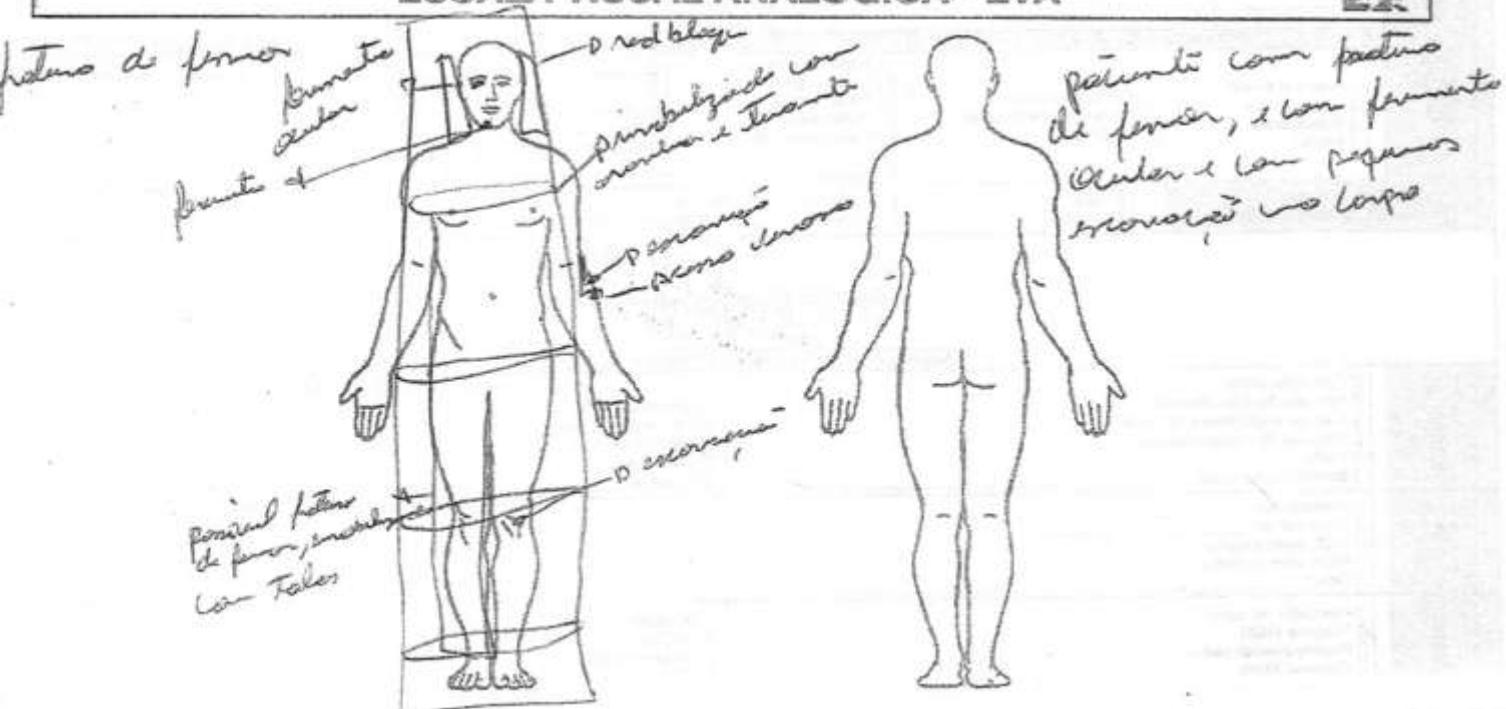
DESTINO

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente:
	RG:
GESTANTE	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:
Perda de líquido:	BCF:
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	
MATERIAL E MEDICAÇÃO <i>larva, gesso</i>	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
	Orientado	Belubcia	5 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Verbal	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE GLASGOW				55	ESCORE DO TRAUMA



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSEMBERG FURTADO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 00000008599-5

Nr. da Autenticação 38B8047A0B892412



RORAIMA
ENERGIA

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0510314-2

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ: 366/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

A Tanta Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	301	240,77

ALEXANDRA DIAS DOS SANTOS
R. SAO DOMINGOS CENTRO
CPF: 00087744902220
CEP: 69.375-000 - SAO JOAO DA BALIZA ROT: 413.055.13.03.129000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	28927		Atual: 25/10/2019
Anterior:	28626		Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 24/11/2019
Consumo Medido:	301		Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	301	FCAM	Apresentação: 25/10/2019

31

NORMAL		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faf.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	900910451		1.1.1.2	318
HISTÓRICO kWh			DESCRIPÇÃO DA CONTA		
Mês/Ano	Valor R\$		CONSUMO 301 A R\$ 0,764602 = 230,14		
09/2019	279,62		CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00 2,11		
SET/19	365		MULTA POR ATRASO 07/19-00 4,65		
AGO/19	172		JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 3,87		
JUL/19	298				
JUN/19	280				
MAI/19	283				
ABR/19	405				
MAR/19	189				
FEV/19	277				
JAN/19	334				
DEZ/18	293				
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 361 - 0,534620					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
09/2019 279,62

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/11/2019, em função das contas reavisadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e/ou reavisação(s) no valor de R\$ 20,78 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 080087019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D674.FE10.C7A1.C465.4118.366E.FDFE.A728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	59,13	Base de Cálculo:	230,14
Energia:	125,38	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	39,12
Encargos:	6,51	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	39,12	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00				0,00		0,00

08/2019 0,00

ROT: 413.055.13.03.129000

RORAIMA
ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0510314-2 TOTAL A PAGAR - R\$ 240,77

MÊS FATURADO 10/2019 VENCIMENTO 11/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003907946 FCAM



SEQ.: 00121 UC: 0510314-2 DT.LEIT.: 25/10/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 28927 NORMAL TOTAL: 240,77 CARGA: 001

DT.VENC.: 11/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3042