



Para contato
conosco informe
este número



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 360/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2019 | 11/11/2019 | 301 | 240,77 |

ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS

R. SÃO DOMINGOS CENTRO

CPF: 00087744902220

CEP: 69.375-000 - SÃO JOÃO DA BALIZA

ROT: 413.055.13.03.129000

| DADOS DA LEITURA | | kWh | kVar/h | 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 |
| TARIFA NORMAL | | | | | 31 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-------|----------------------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | BI | 900910451 | | 1.1.1.2 318 |

| HISTÓRICO kWh | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|--|-----|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo | | CONSUMO 301 A R\$ 0,764602 = | 230,14 |
| SET/19 | 365 | CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00 | 2,11 |
| AGO/19 | 172 | MULTA POR ATRASO 07/19-00 | 4,65 |
| JUL/19 | 298 | JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 | 3,87 |
| JUN/19 | 280 | | |
| MAI/19 | 283 | | |
| ABR/19 | 405 | | |
| MAR/19 | 189 | | |
| FEV/19 | 277 | | |
| JAN/19 | 334 | | |
| DEZ/18 | 293 | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 301 - 0,534620 | | | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão bem a inclusão do nome do consumidor na SCPEA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e a reavaliada(s) no valor de R\$ 206,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 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 | Alíquota 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 | | | 0,00 | |
| | | | | | | | 08/2019 0,00 |

ROT: 413.055.13.03.129000



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 CODIGO
0510314-2

MÊS FATURADO
10/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$
240,77

VENCIMENTO
11/11/2019

003907946 FCAM

83610000002 2 40700050000 0 00000000510 8 314210190008 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 Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

| CONTAS | 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 | | DADOS DA LEITURA | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 37543 | Atual: | 23/07/2019 |
| Anterior: | 37276 | Anterior: | 21/06/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 23/08/2019 |
| Consumo Medido: | 267 | Emissão: | 22/07/2019 |
| Consumo Faturado: | 267 | Apresentação: | 23/07/2019 |
| | FCAN | | |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|---------------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | BI | 126006955 H-24-1802 | | 1-1-1-2 | 738 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIÇÃO DA CONTA |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| JUN/19 147 | CONSUMO 267 A R\$ 0,88602 = 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 J 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 | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | |
| U A 267 - 0,88602 | |

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO | |
|--|-----------|
| Mes/Ano | Valor R\$ |
| 06/2019 | 148,63 |
| LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM ATÉ 16/07/20 | |

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 | Alíquota 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

| | | |
|--|--------------------|---------------------|
| RORAIMA ENERGIA | SEU CÓDIGO | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| | 0070349-4 | 237,56 |
| | MÊS FATURADO | VENCIMENTO |
| | 07/2019 | 06/08/2019 |
| Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3 | Nº da Nota Fiscal: | 003301566 FCAN |

83620000002 1 375600/5000 0 000000000/0 3 34940/19008 2



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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosenberg Eustáquio Nunes inscrito (a) no CPF sob o Nº 316625652/20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Arthur Romaldo B. Eustáquio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 0330854758, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

| | | | |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| Endereço <u>R. CC. 11</u> | | Número <u>294</u> | Complemento |
| Bairro <u>Boa Moura</u> | Cidade <u>Boa Vista</u> | Estado | CEP <u>69.031050</u> |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) <u>99113 3855</u> |

Boa Vista, 17 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DATA DO NASCIMENTO: 22.07.2002

RG: 4.369.548 UF: RR

CPF: _____

SUS: _____

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

| DIA | MÊS | ANO | HORA | NÚMERO DE REGISTRO |
|-----|-----|-----|------|--------------------|
| 28 | 07 | 18 | 1915 | |

| | |
|-----------------------------|--|
| 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
| Nome | Arthur Ronaldo dos Santos Furtado |
| Rua/Avenida | AV: São J/ São Domingos |
| Bairro | Centro |
| Município | Baliza |
| Estado | RR |
| Filiação | Pat: Raimundo Furtado Neres Mãe: Alexsandro Dias dos Santos |

| |
|--|
| 2 DO ACIDENTE |
| <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> TRANSITO <input type="checkbox"/> OUTROS |

| |
|--|
| 3 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> TRANSPORTADO <input type="checkbox"/> DE AMBULANCIA <input type="checkbox"/> REMOVIDO |

| |
|--|
| 4 TIPO DE ACIDENTE |
| <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRIC <input type="checkbox"/> OUTROS/DESCREVER |

| |
|--|
| 5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR |
| PROFISSÃO |

| | | | | |
|-----|-----|-----|------|-------------|
| DIA | MÊS | ANO | HORA | OBSERVAÇÕES |
| 28 | 07 | 18 | 1930 | |

| |
|---|
| 6 DOENÇA OCUPACIONAL |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR) |

| |
|--|
| 7 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA |
| ESPECIALIDADE: Cirurgião |

| |
|---|
| RESUMO CLÍNICO: Sofreu queda por colisão acidental entre um carro e uma árvore, com lesão na cabeça e no pescoço. |
|---|

| |
|--|
| EXAME FÍSICO: Somente em membros inferiores, com lesão na coxa direita, ferimento profundo, exposto, impossível de fechar. |
|--|

| |
|--|
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: Exames de sangue, urina, radiografia de coxa direita. |
|--|

| |
|--|
| RESULTADOS DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO) |
|--|

| |
|--|
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Hemorragias por queda acidental de auto. |
|--|

| |
|--------------------------|
| 6 DESTINO DO PACIENTE |
| REMOVIDO PARA: Hospital. |

| |
|--|
| INTERNO Nº: |
| <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO <input type="checkbox"/> SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? |

| | | |
|----------|--|--------------------------------|
| DATA | RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO |
| 28.07.18 | | Dr. Luis C. Torres |

| |
|---------------------|
| ENTREGUE RECEITA DE |
|---------------------|

| |
|-----------|
| 1 VAMADO. |
|-----------|

Dr. Luis C. Torres
CLINICO
CPF 000.000.000

NOTÍCIA

RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOLOGIA

Paulo Sérgio de Souza
Diretor da Unidade Mista
de São João da Baliza RR
Dec. PMS nº 101/2010

CONFERE COM O ORIGINAL

84.013.408/0001-98

UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA

BR 210 S/N - CENTRO

CEP 69.375-000

SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

ANAMNESE DO PACIENTE:

93 Saturação %

FC 11 Bpm

PA: 120 x 80

TEMPERATURA: °C

PESO: Kg

DESTRO: mg/dl

ALERGIA? Sim (X) Não (X)

Descreva aqui:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E ENFERMAGEM

DATA/HORA

28/07/19.
19:40

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- Acetato de vanilina por-
médio
- SFO 2% (100ml) Fq 19:40
- Trauma de (100ml)? Comple
- (Pier) em 30 mg/ml
- Soro生理 e lactato
- 500 ml de 1% em 1 hora 19:40
- Amoxilina 1g Fq
- Imobilizar com cinta
- Sutura do ferimento
- na coxa direita
- Curativo e excorção
- na perna esquerda
- Nevoles - 12/25/19 ciente

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

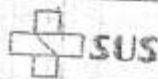
Dr. Luis C. Torres Barão
CLINICO
CRM 408 - RR

| | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|
| 1901141521 | 29/07/2019 03:03:39 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | NOTURNO 19- | 8 |
| Paciente | ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO | Data Nascimento | 22/07/2002 | Idade | 17 A 0 M 7 D | CNS |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | M | Estado Civil |
| Mãe | ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS | Raça/Cor | PARDA | Naturalidade | | Nacionalidade |
| Endereço | RUA -- SN -- BOA VISTA - RR | Pal | NI | Contato | | Ocupação |
| Class. de Risco | Plano Convênio | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | N° da Carteira | Validade | | Autorização |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | URGÊNCIA | Profissional do Atend. | Procedência | | Sis Prenatal |
| Sector | Tipo de Chegada | DEMANDA ESPONTANEA | Procedimento Sol. | Temp. | | Peso |
| Queixa Principal | Acidente de moto | | Síndrome Febril | | Sintomático Respiratório | |
| Anamnese de Enfermagem | GSC | | TOTAL | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | |
| se (HORA DA CONSULTA) | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SADT - Exames Complementares | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | |
| Exame Físico | Hipótese Diagnóstica | | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | |
| Hipótese Diagnóstica | SADT - Exames Complementares | | Exame Físico | | Hipótese Diagnóstica | |
| SAD | | | | | | |

Enviado por: Jackson.sadovaki
A Hora: 29/07/2019 03:05:19

• **Einzelkriterien zur Bewertung**
• **Einzelkriterien zur Bewertung**
• **Einzelkriterien zur Bewertung**





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Transf. 31.07.19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

NIR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Arthur Romero dos Santos Furtado

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

193782

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70691061134142108318

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/07/02

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Alexsandra Dias dos Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BU

14 - CDD, RGE E MUNICÍPIO

KK

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente encaminhado de ROTONDÓPOLIS, REFRE apresenta com maculatura no 01 dia com compressão trauma contuso no MEO. Paciente com TATO INEQUIVO DO DÚCULA + PRO DE KERSHNER A DÍGITA.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento Unificado

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

História clínica, exame físico, RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRACTURA DE FÊMUR (DÍGITA) A DÍGITA

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD, RGE E MUNICÍPIO

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

SA23

T068

V299

207-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

AGNOSTIC FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO.

ALERGIAS DIPIRONA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

29-07-19

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

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

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 SSVV + CCGG 6/6 H

14 CURATIVO DIÁRIO

15 CLEXANE 40mg SC 1x/dia.

16 PARACETAMOL 01g. ou 40GRS (VO) 6/6HS. S/N.

17 795797 com vesícula de Arterio

18 Ao Bloco.

19

20

21

Dr. Marcus Brummer
Médico
CRM-RR 1917

Dr. Jader Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/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
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PLANALTO - TEL (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 DEZ. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Regulado
para leito

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR |
|------|----|----|----|
| 12 H | | | |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Regulado
para leito

Regulação

21500

PA - 115 x 71

FC - 104

TX - 36.9

200 11.6

Paciente Jader
retirou Sonho Vesical
por longe próprio,
não conseguiu e a
mãe não conseguia fazer que retirasse



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

207-2

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

DATA: 31/7/19
PACIENTE: Arthur Ronaldo dos Furtado
DIAGNOSTICO(S): trauma de femur direito
DN: 227/02

DIF: 307/19
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSORIAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaqueta: _____
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

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Oxone + Sermolite

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Uso
Evolutivo

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

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM

CRM

Dr. Augusto Chavante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1004

ANEXO 1 - AÇÕES DE ENFERMAGEM – SALA DE RCP / GRANT – TRAUMA / HGR

HOSPITAL GERAL DE BOMASUA
AV. BRS, Edifício Santos, 511
Novo Planalto Tel (96) 2121-0620

AUTENTICACÃO

13 DEZ 2019

[Assinatura]

Certifico e dou fe que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Balança Hídrica Noturno

Líquidos Eliminados

| | | |
|--------------|--|--|
| evacuaciones | | |
|--------------|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | |
|--|------|--|
| | | |
| | 4.11 | |
| | | |

| |
|--|
| |
| |
| |

[illegible]

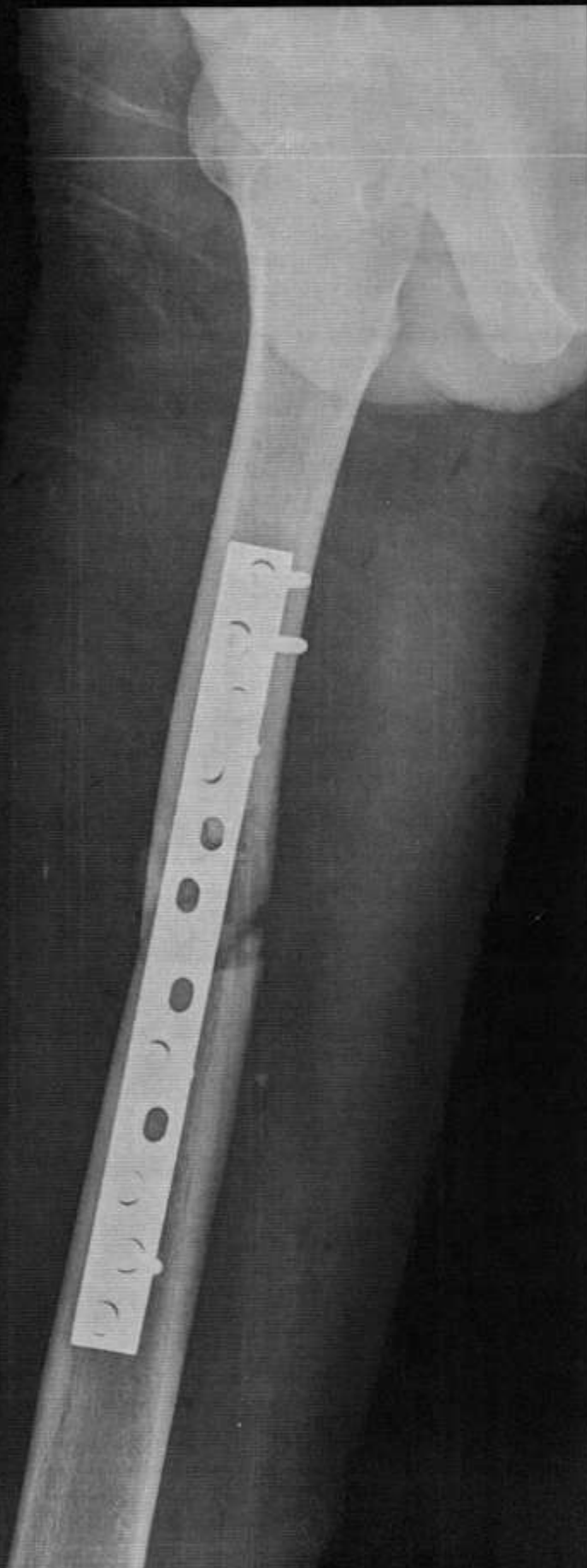
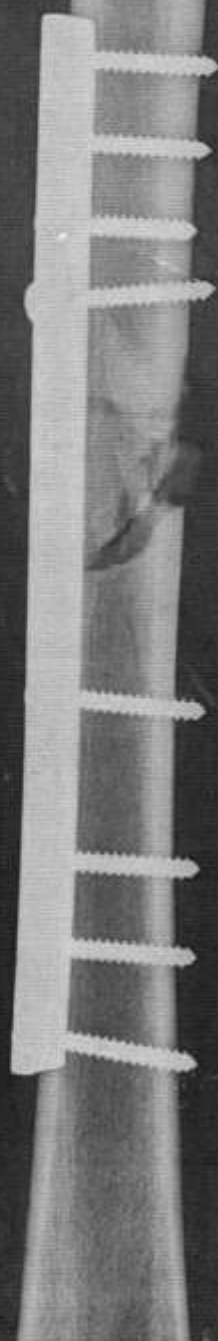
:0.

100

ASS: _____

N.º 24 - apor o número e categoria de inscrição do CONSEL em assinatura, quando o exercício profissional;

D



15/08/2019

31,7 %

15/08/2019

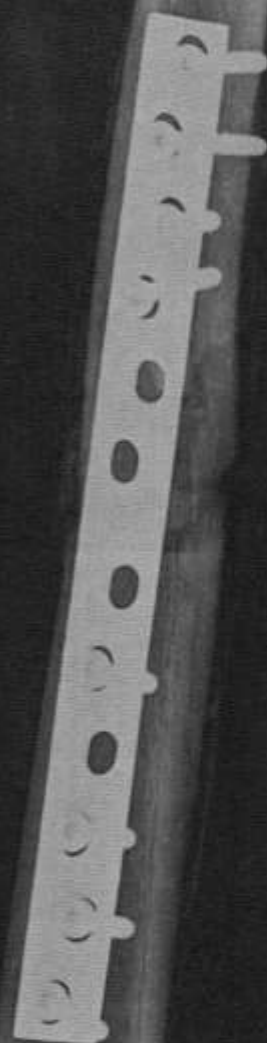
57,1 %

ARTHUR ROND SANTOS FURTADO 9156

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

D



ARTHUR R DOS SANTOS

10341

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

Laudo Médico

Arthur Ronald dos Santos Furtado, CPF 033.081.412-56, vítima de acidente automobilístico conforme ficha de atendimento 1901141521 de 29/07/2019 do P.S. Francisco Elisbeto, sendo constatada fratura de tíbia média do membro direito. Foi realizado osteossintese com placa e parafusos. Após alta médica, permanecendo apresentando redução de força e de massa muscular do membro inferior direito em relação ao membro contralateral; limitação para esforços repetitivos com membro inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusões: Sequela 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**

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | | |
|---|--|--|
| VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1090475679 | NOME ROSEMBERG FURTADO NEVES | DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR 153898 - SSP - RJ |
| |  | CPF 719.625.652-20 |
| | DATA NASCIMENTO 19/07/1978 | FILIAÇÃO JOSE MOREIRA DAS NEVES ROSELIR DE MELO FURTADO NEVES |
| | PERMISSÃO  | ACC  |
| | CAT. FMS AD | INSCRIÇÃO Q2775276045 |
| | VALIDADE 16/11/2020 | 1ª HABILITAÇÃO 02/02/2003 |
| 1090475679 | OBSERVAÇÕES | |
| |  | |
| | ASSINATURA DO PORTADOR | |
| | LOCAL BOA VISTA - RORAIMA | DATA DE EMISSÃO 16/11/2015 |
| | 68962765763 RR208639152 | |
| | LUIZ DONALDO SILVA DE CARVALHO DIRETOR DE LICENCIAMENTO ASSINATURA DO DIRETOR | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | | |

RECIBO 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

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 médico-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

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 FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração 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 FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração 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 FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração 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 FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração 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 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF de: Próprio

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
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 médico-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

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



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, retorne 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: 033.081.21256 4 - Nome completo da vítima: Arthur Ronaldo Santos Furtado

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

5 - Nome completo: Arthur Ronaldo Santos Furtado 6 - CPF: 033.081.41256
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. São Domingos 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro João Balgo 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69345-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 991133855

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: Rodembeg Furtado Neves
18 - CPF do Representante Legal: 75662565220 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 37834 CONTA: 85995
(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 ☐ Não 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 17 de dezembro 19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arthur Ronaldo Santos Furtado

Assinatura do Procurador (se houver) William Gomes Alves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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: 033.081.21256 4 - Nome completo da vítima: Arthur Ronaldo Santos Furtado

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

5 - Nome completo: Arthur Ronaldo Santos Furtado 6 - CPF: 033.081.41256
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. São Domingos 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro João Balgo 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69345-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 991133855

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: Rodembeg Furtado Neves
18 - CPF do Representante Legal: 75662565220 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 37834 CONTA: 85995
(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 ☐ Não 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 17 de dezembro 19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arthur Ronaldo Santos Furtado

Assinatura do Procurador (se houver) William Gomes Alves

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"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

| | |
|---------------------|--|
| BOLETIM Nº 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: |
| PROFISSÃO: SERVIDOR PÚBLICO |
| FONE: 95 98409-9275 |
| CNPJ: |

DADOS DO ACUSADO

| |
|---------------------|
| NOME: |
| END: |
| FILIAÇÃO: |
| GRAU DE INST: |
| COR/IDADE: |
| DATA DE NASCIMENTO: |
| NATURALIDADE: |
| APELIDO: |
| PROFISSÃO: |
| 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 caíram no chão ao se levantar percebeu que ARTHUR tinha quebrado a perna direita tendo fatura exposta. É o breve relato.

LAERCIO AGUIAR ALVES
COMUNICANTE

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 (Denúnciação 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) providência(s): _____
☐ Elabore-se _____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA - RR, CEP: 69.375.000, FONE: (95) 3235-1691
E-mail: depolbaliza@hotmail.com

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

7 - Nº da inscrição no IML:

8 - CPF do segurado:

033.081.2112 SL

9 - Nome completo da vítima:

Arturino Romão Souto Furtado

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 445/2002

6 - Nome completo:

Arturino Romão Souto Furtado

6 - CPF:

033.081.4112 SL

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. São Domingos

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro João Balga

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

PA

14 - CPF:

69345 000

15 - L-mail:

26 - JF (DDD):

933 3358 55

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Robson de Fátima

18 - CPF do Representante Legal:

716 623 652 20

19 - Profissão do Representante Legal:

Freelancer

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEIO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (fundada para os filhos do(a) segurado(a))

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (41)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3783 4

CONTA:

8 599

5

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

(Informe o dígito de validação)

Autorizo a Seguradora Líder a emitir no nome da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recomendação do Seguro DPVAT a quem tiver direito, rescalhando e dando desde já o meu consentimento para a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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 do pagamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.794/74), 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 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 amparo legal e a 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, recordando, desde já, que me submeto a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, a ser de meu ônus.

Declaro que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da data da vítima:

25 - Caso de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vítimas:

Falecidos:

30 - Vítimas de quem nasceu (informar)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítimas de quem nasceu (informar)?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas:

Falecidos:

33 - Vítimas de quem nasceu (informar)?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT em morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e preencherem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor rescaldo, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a seguir)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a seguir)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 17 de dezembro de 2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Arturino Romão Souto Furtado

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Wellington Gomes de Jesus

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Robson de Fátima

TESTEMUNHAS



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



nr: 22/07/2002

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Unidade Baliza

Equipe: Dinamar / Chonoro

Paciente: Artur Ronald dos Santos Furtado

Endereço: Unidade de Brancas

Idade: 17

Sexo: M

Nº 12700

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:

DATA 28/07/13

HORA SAÍDA:

MOTIVO

☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

HORA CHEGADA:

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
☐ Vítima projetada
☐ Vítima encarcerada
☐ Air Bag

MOTO/BICICLETA

- ☒ Acidente com moto X
☐ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete
☐ Sem capacete
☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro

MECANISMO DE TRAUMA

VIOLÊNCIA

- ☐ FAB
☐ FAF
☐ Espancimento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstica
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

Vias Aéreas

- ☐ Dispneia
☐ Bradpneia
☐ Taquipneia
☐ Resp. Ruidosa
☐ Obstruída
☐ Apneia
☐ Outro:

Ventilação

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

AVALIAÇÃO INICIAL

Circulação

- ☒ Bradicardia
☐ Taquicardia
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar
acima de 2"
☐ Ausente

Aval. Neurológica

- ☐ AVDN
☐ Miose
☐ Midriase
☐ Anisocoria
☐ Otorrria
☐ Otorragia
☐ Rinorragia
☐ Aparentemente alcoolizado
☐ DNV

Hora

P.A mm/hg

F.C bpm

F.R Mpm

SINAIS VITAIS E ESCORES

Sat O₂ %

T. °C.

Esc. visual anal.

EVA "DOR"

Glicemia

Trauma

APGAR

Início

11:54

140x70

104bpm

18

98%

36

98%

—

—

—

—

—

—

X

—

—

—

—

Fim

3:00

140x80

111bpm

18

98%

36

98%

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Pele

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

Cabeça

- ☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Laceração
☐ Hematoma
☐ Afundamento
☐ Fer. Penetrante

Face

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Ferimento ocular
Exatissimo

AVALIAÇÃO SECUNDARIA

Pescoço

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Hematoma
☐ Desvio da traquéia
☐ Enfsema Sub-Cutâneo

Tórax

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

Abdome

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Distendido
☐ Em tábua
☐ Doloroso
☐ Evisceração

Pelve

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade

Coluna Dorsal

- ☐ Contusão
☐ Hematoma
☐ Dor

Membros

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Luxações

☒ Fratura possível fratura fêmur

☐ Amputação

☐ Outros:

AVALIAÇÃO CARDIACA

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter

- ☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia

AFEÇÃO CLINICA

- ☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular

- ☐ Digestiva
☐ Infeciosa
☐ Obstétrica
☐ Pediátrica
☒ Outra cataplexia

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS

- ☒ Alergias duplex
☐ Outros

Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

- ☐ ILESO
☐ SEVERA

☐ EQUENA

☐ MÓDIA

☐ MORTE

☐ INDETERMINADA

☐ OUTRO

Dr. Artur J. H. Perez
CRM/155417-1
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

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

RCP

- ☐ Iniciada as:
☐ Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

DESTINO

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

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

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

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

- ☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☒ Outros Henrique HGR

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: 000000008599-5

Nr. da Autenticação 38B8047A0B892412



Para contato
consulte este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené 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 360/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2019 | 11/11/2019 | 301 | 240,77 |

ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS

R. SÃO DOMINGOS CENTRO

CPF: 00087744902220

CEP: 69.375-000 - SÃO JOÃO DA BALIZA

ROT: 413.055.13.03.129000

| DADOS DA LEITURA | kWh | kVar/h | 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 |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL | BI | 900910451 | | 1.1.1.2 | 318 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRICAÇÃO DA CONTA |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| SET/19 365 | CONSUMO 301 A R\$ 0,764602 = 230,14 |
| AGO/19 172 | CORRECAO MONETARIA 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: | |
| 8 A 301 - 0,634620 | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão bem a inclusão do nome do consumidor na SCPEA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e a reavaliada(s) no valor de R\$ 206,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO D674.FE10.C7A1.C465.4118.366E.FD.FE.A728

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 59,13 | Base de Cálculo: 230,14 |
| Energia: 125,38 | Alíquota 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 |
| | | | | | | 0,00 |

ROT: 413.055.13.03.129000



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

SEU CODIGO
0510314-2

MÊS FATURADO
10/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$
240,77

VENCIMENTO
11/11/2019

003907946 FCAM

83610000002 2 40700050000 0 00000000510 8 314210190008 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