



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada para SEFAZ 308/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO
0070282-0

Nº da Nota Fiscal: 003117673
A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS VENC.	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	06/07/2019	173	114,79

EDINALVA MOURA DA SILVA
R. CC 13 36 LAURA MOREIRA
CPF: 00051195356234

CEP: 69.318-060 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	kWh	kVARh
Atual:	12899	
Anterior:	12726	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Médio:	173	
Consumo Faturado:	173	FCAM

DATA DE LEITURA	
Atual:	21/06/2019
Anterior:	23/05/2019
Próxima Leitura:	21/07/2019
Emissão:	19/06/2019
Apresentação:	21/06/2019

NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Dívida Falt.	Média 12 meses
RESID.BX. RENDA	MONO	E273.194	H 1417128	1.4.1.1	144
HISTÓRICO kWh:					
Mês/ano consumo					
MAI/19	183	CONSUMO	30 A R\$ 0,265251 =	7,95	
ABR/19	214		70 A R\$ 0,454711 =	31,82	
MAR/19	134		73 A R\$ 0,682073 =	49,79	
FEV/19	124	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	- 44,28		
JAN/19	195	ILUMINACAO PÚBLICA	- 25,23		
DEZ/18	159				
NOV/18	166				
OUT/18	12				
SET/18	70				
AGO/18	163				
TRIBUTO:					
0 H	0 - 0,00				
11 H	100 - 0,00				
100 H	100 - 0,553490				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/07/2019, se for não descontada, resultante nessa fatura. O não pagamento pode levar à suspensão, inclusive, a fatura de julho. Caso exista(s) débito(s) vencido(s) a 90 dias, o valor de R\$ 6.500,00 (valor histórico), caso tenha efetuado o pagamento faturado desconsidere este débito.

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

13 SET. 2019

RESERVADO AO FISCO: 7C5B 75B4 F3D5 2E45 C8DA 3D17 009D B94E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
22,75	69,56
Distribuição: 48,23	Alíquota ICMS: 17,00%
Energia: 0,00	Valor do ICMS: 15,22
Transmissão: 2,50	Valor do PIS: 0,15
Encargos: 16,03	Valor do COFINS: 0,71
Tributos:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

0,00 0,00 0,00

04/2019 43,86

DISTRIBUIÇÃO

ROT: 7.001.28.01.3310001

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0070282-0	114,79
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	06/07/2019

Nº da Nota Fiscal
003117673 FCAM

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

Nº da Nota Fiscal: 003117673 FCAM



SEQ.: 00204 UC: 0070282-0 DT.LEIT.: 21/06/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 12899 NORMAL TOTAL: 114,79 CARGA: 018
DT.VENC.: 06/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 151

07/08/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2019 referente a UC: 1090291



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3319921

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 6

BURITIS 69309209. BOA VISTA

RR.

CÓDIGO ÚNICO 1090291	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 24-JUN-19 a 25-JUL-19
CONSUMO (kWh) 50	VENCIMENTO 16-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 252,31

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

13 SET. 2019

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1090291	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 252,31
-------------------------	----------------	-----------------------------

836400000029.523100750000.000000001099.029107190059



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 FINÂNCIAS – 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 Ilair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rodrigo Meira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.392.652 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo Meira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.392.652 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

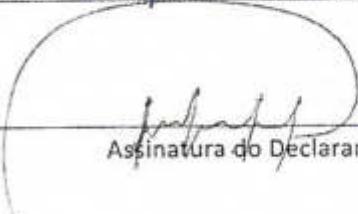
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>	
E-mail:	<u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>						Tel.(DDD):	<u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 13 de Setembro de 2019


Assinatura do Declarante

13 SET. 2019

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DEPVAT

SOLICITO A POSSIBILIDADE DE DAR ANDAMENTO AO MEU PROCESSO , POIS UMA VEZ QUE NÃO SE FAZ MAIS NECESSARIO APRESENTAR A DECLARACAO DE PROPRIEDADE DO VEICULO EM PROCESSOS ATUAIS NÃO HÁ MOTIVOS PARA SOLICITAREM TAL DOCUMENTO PENDENCIADO OU CANCELEM MEU PROCESSO PARA QUE EU DE ENTRADA NOVAMENTE ! E ASSIM RECEBENDO O MEU DIREITO

GRATO

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

VW

1500474813 24/09/2015 08:38:20 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA MANHA 07-13 B

Paciente RODRIGO MOURA DA SILVA Data Nascimento 05/04/1998 Idade 17 A 5 M 19 D CNS 898003204893946 CPF 04439265227 Pronunciado 00091304

Identidade 195250 Documento SSP-RR Órgão Emissor 16/10/1997 Sexo M Estado Civil PARDA Naturalidade BOA VISTA - RR

Mãe EDINALVA MOURA DA SILVA Pai ANTONIO MOURA DA SILVA Contatos (95) 9912-7709

Endereço RUA - CC-13 - 36 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LEIDY

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente de moto, traumas e queimaduras

Exame Físico

13 SET. 2019

Hipótese Diagnóstica

tex

SADT - Exames Complementares

RAYO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

21 SET. 2019

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Refeira
 Transferência para: CAMP. 01

Ambulatório
 Certificado e Sou Pe que a presente
 Observação (A) Cópia e seu Reprodução Original
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leidy
Data Hora: 24/09/2015 08:39:22

ontopedia
poli trauma fratura exposta
de 5º metatarso D
ao centro cirúrgico



Qto/meds 24/09/15

Parásite no trânsito fecal contá - contá
e re' D, no cont de + 5 cm

AO Exame : cont 1 + 5 cm

AO Rx : fatores de base do 5º estabele
em serviço

CD: -LMC + fatores

- Altas o sintomas e fatores ACM.

13 SET. 2019



13 SET. 2019

DIAGNÓSTICO

Tornozos comuns em pé ①.

Exame exame exame e não em região horno em
topografia mito. Apresenta altura tibial 115cm
em região patela 5° mm em topografia fixa
66.

Rx de unidade fx do mito pé ①.

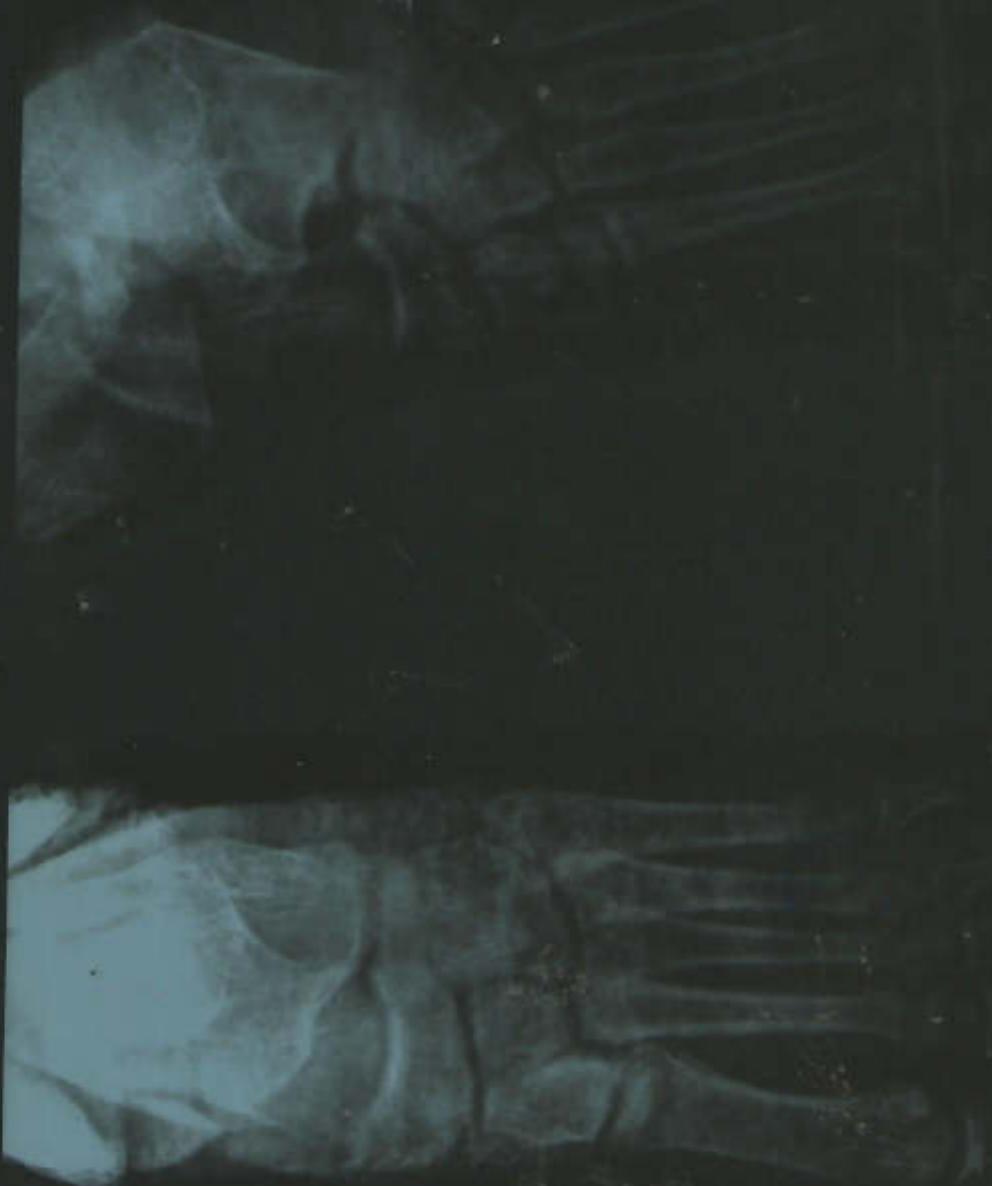
CB: Reclamação do pé sentiu em ferir em
face lateral frangido 5º m.d.

Após exame verificou-se que
inabilitado + orientação de um pt médico
para o tratamento de artrose.

Dr Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1917/RR

13 SET. 2019







P.M.D.



D

198.0 %

RODRIGO MOURA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

2/9/2017 21:44:29

92.6 %

2/9/2017 21:44:29





13 SET. 2019

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DA AMAZÔNIA
1^a BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO BOA VISTA - RR

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva

Encaminho:

À ortopedista
militar com fratura em
consolidação de 4º mês, devido
a trauma moto/carro em setem-
bro de 2017. No momento,
cumprindo apenas expediente
administrativo.

Médico / Dentista
CRM / CRO

Eliz.

DIGA NÃO AS DROGAS!
DSAU - A FORÇA DA NOSSA SAÚDE.

Encaminhado com novo
raio-x para reavaliação
especialista

Grata

04/12/17

RAMYLLA Costa de Oliveira
2º TEN OMT CRM/RR 1064
Idt. 120559357-5/MD-4

13 SET. 2019



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DA AMAZÔNIA
1^a BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO BOA VISTA - RR

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva

Solicito

① - Rádio-x de pe ①

13 SET. 2019

RAMYLLA Costa de Oliveira
2º TEN OMT CRM/RR 1884
Idt. 120559357-5/MD-EB

04/12/17

Médico / Dentista
CRM CRO

DIGA NÃO AS DROGAS!
DSAU - A FORÇA DA NOSSA SAÚDE.



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DA AMAZÔNIA
1^a BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO BOA VISTA - RR

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva
solicito avaliações iniciais + 8 secundárias
de fisioterapia

Cod. 00101222 — 48,28
600251019 — 17,16

13 SET. 2019

11/11/17 — *Ana Laura G. Gomes*
Médico CRM Dentista CRO

DIGA NÃO AS DROGAS!
DSAU - A FORÇA DA NOSSA SAÚDE.

Paciente: Edson Góes MOURA do SILVA Idade: 19 Sexo: M
Endereço: R. N 25 cl Guanabara Selma Bobeli

CHAMADA

Nº 14180

DATA 02/09/17

HORA 20:26

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:

Dr. Enrico20:34

MOTIVO

 SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

Cinto SIM NÃO
Vitima projetada
 encarcerada
Air Bag SIM NÃO
Motorista
Passageiro dianteiro
 traseiro
 Capotamento
 Atropelamento
 Colisão

MOTO: Cane

Condutor
 Carona
Capacete SIM NÃO
 queda
 Atropelamento
 Cofissão

VIOLENCIA

FAB
 PAP
 Espancamento

OUTROS

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

BICICLETA:

Condutor
 Carona
 queda
 Atropelamento
 Colisão

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

Ventilação

Circulação

Aval. Neurológica

Dispnéia
 Bradipneia
 Taquipneia
 Resp. Ruidosa
 Obstruída
 Apneia
 Outro: E

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

Bradicárdico
 Taquicárdico
 Arritmico
 Enchimento capilar acima de 2"
 Ausente
 SIA

AVDN (A)
 Moise
 Midriase
 Anisocoria
 Otorréia
 Otorragia
 Rinorrágia
 Aparentemente alcoolizado
 DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	<u>20</u> <u>90</u>	<u>120</u> <u>80</u>	<u>75</u>	<u>20</u>	<u>100</u>			
Fim	:							

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Coada	<input type="checkbox"/> Contusão				
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações				
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal				
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura	
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação	
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> <u>sorte de</u> (contusões)	
<input type="checkbox"/> Instabilidade			<input type="checkbox"/> Luxações		

AVALIAÇÃO CARDIACA

AFECCAO CLINICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica		
	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> <u>anam</u>	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
	<input type="checkbox"/> Aborto			

GRAVIDADE
COMPROVADA ILESO
 SEVERA PEQUENA
 MORTE MÉDIA
 INDETERMINADA OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIDISCIPLINAR

Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros:

CONFIRME COM O PÓS-OP

EM: 11/05/18

Signature

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:

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

DESTINO

13 SET. 2019

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros

CERTIFICO
DO
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO
DE
RECUS
A

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

RG: _____

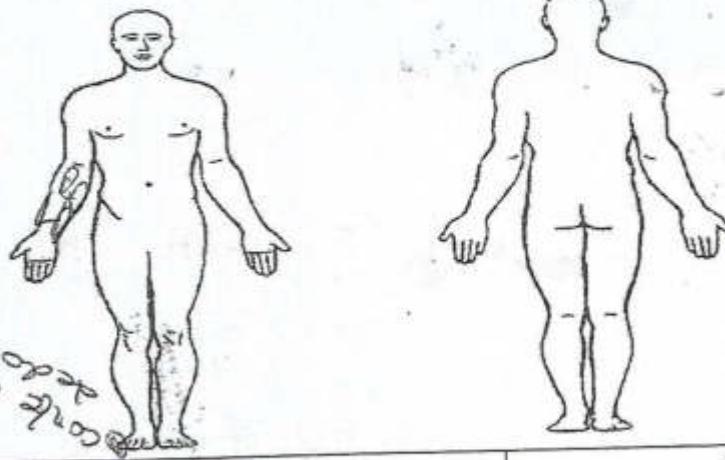
Assinatura do Paciente:

vítima mas 199, caiu de moto x aguado, condutor moto, encantado ao solo em D/D w/ capacete, letal, com SSUV preservado apresentando contusão no pé (dado mínimo) com sangramento ativo moderado, realizado curativo compreensivo, encaminhado ao GT, RM 192 ciente.

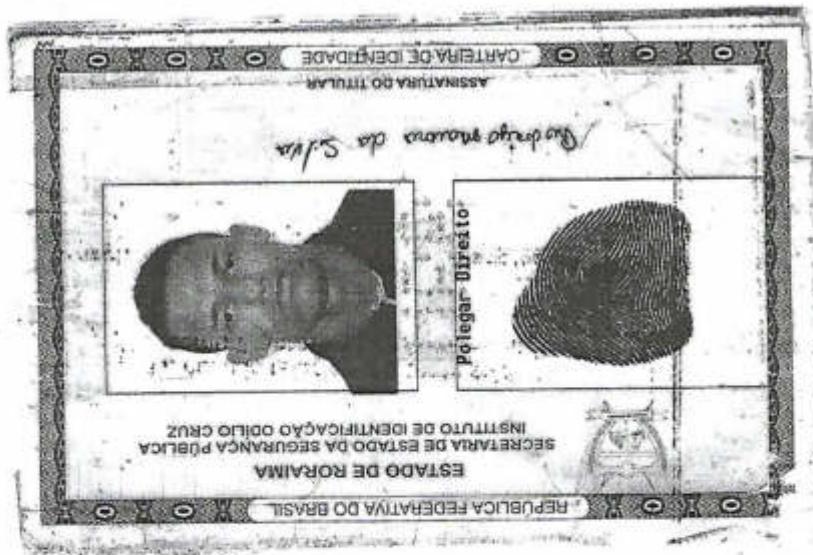
ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
	Balbúcia	5 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
Histeria Vertebral	Orientado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Confuso	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	6 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
Motor Pessoal Nostalgia	Obedece solicitações	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Localiza a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma			
ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
			5	33

SIA no
período

Jaqueira
Conselho
667-506



GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
p/ semana:	Movimentos fetais:	02 pc gaze	
arda de líquido:	BCF:	02 atadura de 15 cm	
1 Com cartão	[] Sem cartão		



13 SET. 2019



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

NOME ILOIR INACIO DE SOUZA		
DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR/UF 114807 SSP RR		
CPF 383.051.511-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA		
PERMISSÃO [REDACTED]	ACC CAT/AB	
Nº REGISTRO 01101972304	VALIDADE 29/01/2020	1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES [REDACTED]		
ASSINATURA DO PORTADOR		DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		92485240616 RR207968020
ASSINATURA DO EMISSOR [REDACTED]		
DETTRAN RR (RORAIMA)		

13 SET. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190531607 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190531607 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

13 SET. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Rodrigo Moura da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 335442-1 SSP-RR
ENDEREÇO: Rua: CC 13 nº 36 Laura Moreira,

OUTORGADO

NOME: Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Autonomo
IDENTIDADE: 114807 SSPRR
ENDERECO: Rua: Antonio Pinheiro Galvao nº1832 Buriti.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 02/09/2017, cobertura Invalides, vítima: Rodrigo Moraes da Silva.

Boa Vista - RR 19-08-19

LOCAL E DATA

Rechnungsmethoden der Statistik

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Em testemunho da verdade, BPF
De que dou fé. Boa Vista RR, 18 de agosto de 2019.
Consulte (a) seio(s) abaixo em cidadao.portalsejor.com.br/CEP/1602050191681272/CE782/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundo+ISS: R\$ 0,55 SELIC: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318446/19

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

CPF: 044.392.652-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: RODRIGO MOURA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RODRIGO MOURA DA SILVA : 044.392.652-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: RODRIGO MOURA DA SILVA
CPF: 044.392.652-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

RODRIGO MOURA DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318446/19

Número do Sinistro: 3190531607

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

CPF: 044.392.652-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: RODRIGO MOURA DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 23/10/2019
Nome: RODRIGO MOURA DA SILVA
CPF: 044.392.652-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

RODRIGO MOURA DA SILVA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE 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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190531607

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO MOURA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190531607

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO MOURA DA SILVA

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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190531607

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGO MOURA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/09/2017, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	044.392.652-27	Rodrigo Moura da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	Rodrigo Moura da Silva	
Profissão:	Endereço:	Número: 36 Complemento:
Bairro: Moura Moura	Cidade: Boa Vista	Estado: RR CEP: 69.358-060
E-mail: gloivva@hotmail.com	Tel.(DDD): (96)98403-5060	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caba Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00008034

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão:
Nome da
vítima ou
beneficiário
CPF/Alfabetizado

Local e Data: Boa Vista-RR, 09/09/2019.
Nome: Rodrigo Moura da Silva
CPF: 044.392.652-27

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026136/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/08/2019 09:58 Data/Hora Fim: 19/08/2019 10:04
Delegado de Polícia: Aleksander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 02/09/2017 07:55

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA N-21

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODRIGO MOURA DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Nasc: 05/04/1998

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Edinalva Moura da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CC-3 Nº: 36
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia uma MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES DE COR PRETA PLACA NAZ-5769 CHASSI 9C2JC4120AR006784 que está em nome do Sr. Arlan Barbosa de Aguiar e seguia pela Rua N-21 QUANDO no cruzamento com Rua Guanabara Colidiu em um Veículo não Identificado. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ermandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

DAT

Página 1 de 1



Delegado de Polícia Civil: Aleksander Lopes da Silva
Impresso por: Ermandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 19/08/2019 10:05
Protocolo nº: Não disponível

Polícia Procedimentos Policiais Eletrônicos

Ermandes Ferreira Lima
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

13 SET. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

044.392.652-27

Nome completo da vítima:

Rodrigo Moura da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA/MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 345/2012

Nome completo:

Rodrigo Moura da Silva

CPF:

044.392.652-27

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua: CC 13

Número:

36

Complemento:

36

Bairro:

Baura Moreira

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69.358-060

E-mail:

Iloivva@hotmail.com

Tel.(DDD):

(65)98403-5060

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 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)

AGÊNCIA: 3906

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0000 80 34

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Palecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Assinatura
Data da
vítima ou
declarante
não alfabetizado

Local e Data: Bea Vista-RR, 09/09/2019.

Nome: Rodrigo Moura da Silva

CPF: 044.392.652-27

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

VW

1500474813	24/09/2015 08:38:20	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA			MANHA 07-13	B
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Pronunciado			
RODRIGO MOURA DA SILVA		05/04/1998	17 A 5 M 19 D	898003204893946	04439265227	00091304			
Identidade	195250	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
			SSP-RR	16/10/1997	M		PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe					Pai			Contatos	
EDINALVA MOURA DA SILVA					ANTONIO MOURA DA SILVA			(95) 9912-7709	
Endereço	RUA - CC-13 - 36 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LEIDY

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Acidente de moto, traumas e queimaduras

Exame Físico

13 SET. 2019

Hipótese Diagnóstica

tex

SADT - Exames Complementares

RAYO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

21 SET. 2019

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Refeira
 Transferência para:

CAMP. 01

Ambulatório
 Observação
 Internação
Certifico e dou fé que a presente
é a cópia e não Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital
Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leidy
Data Hora: 24/09/2015 08:39:22

ontopedia
poli trauma fratura exposta
de 5º metatarso D
ao centro cirúrgico

