

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: 003117673
A Tanta 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: 69.116-060 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA
Atual:	12899	21/06/2019
Anterior:	12726	23/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 21/07/2019
Consumo Medido:	173	Emissão: 19/06/2019
Consumo Faturado:	173	Apresentação: 21/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	E2732194	M 1417128	1.4.1.1	144
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
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\$	0,632073 =	49,79
FEV/19	124	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		44,28	
JAN/19	195	ILUMINACAO PUBLICA			25,23
DEZ/18	159				
NOV/18	166				
OUT/18	12				
SET/18	70				
AGO/18	163				
Tributos:					
0 A 100	0,217200				
101 A 100	0,205250				
101 A 173	0,553490				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
05/2019 121,35

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/07/2019, em função dos dados resultantes desta fatura. O não pagamento desta fatura, inclusive a inclusão de multa de mora, poderá acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Ainda existirem contas vencidas a ser quitadas, o valor de R\$ 6.500,10 (valor histórico), não tendo afetado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	22,73	Base de Cálculo:	89,50
Energia:	48,23	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,22
Encargos:	2,50	Valor do PIS:	0,15
Tributos:	16,03	Valor do COFINS:	0,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

DISTRITO

04/2019

48,86

ROT: 7.001.28.01.331000



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

SEU CÓDIGO
0070282-0

TOTAL A PAGAR - R\$
114,79

MÊS FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
06/07/2019

003117673 FCMH

Nº da Nota Fiscal

83610000001 4 14790075000 0 00000000070 5 28200019000 0



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 IRRFG.: 000 COLETOR: 151

13 SET. 2019

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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1090291	07/2019	24-JUN-19 a 25-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
50	16-AUG-19	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1090291	07/2019	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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

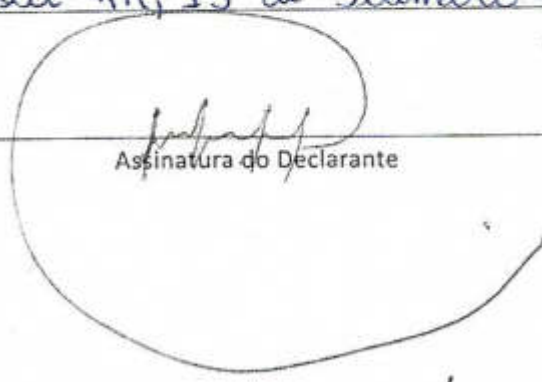
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inacio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rodrigo Moura da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.392.652 / 27
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo Moura 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 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>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</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 NESCESSARIO 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

24

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		Prontuário 00091304	
Tipo Doc Documento		Irgão Emissor SSP-RR		Data Emissão 16/10/1997		Sexo M		Estado Civil PARDA		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Naturalidade Contatos (95) 9912-7709	
Mãe EDINALVA MOURA DA SILVA				Pai ANTONIO MOURA DA SILVA									
Endereço RUA - CC-13 - 36 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR													
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. SAMU CAPITAL		Procedência		Tomp.		Peso		Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por: LEIDY					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL			
								AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)													
Acidente de moto, trauma e queda													
Exame Físico													
13 SET. 2019													
Hipótese Diagnóstica													
Tórax													
SADJ - Exames Complementares													
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:													
PRESCRIÇÃO													
Amplificação de EV													
APRAZAMENTO													
OBSERVAÇÃO													
HOSPITAL GERAL DE KIRATIMA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 24 SET. 2019													
Conduta													
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internação													
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (No 24h)													
<input type="checkbox"/> Alta a Revolução <input type="checkbox"/> Internação													
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: CURADORIA Data e Hora da Saída/Alta:													
Óbito													
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica													
Assinatura do Paciente ou Responsável													
Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: leidy Data/Hora: 24/09/2015 08:39:22													
1500474813													

Quatros 24/09/15

Perite com traço, as leis conta-centro
e pe' (D), a cont. de + 5mm

Ad Exame: cont. de + 5mm

Ad Rx: fratura de base do 5º elemento
em desvio

CD: - LMC + fratura.

- Alta com sintoma e retorno H.C.M.

13 SET. 2019



13 SET. 2019

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



1700831968		02/09/2017 21:20:58		AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO		Hospital Geral de Aracaju	
FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA			
Paciente	RODRIGO MOURA DA SILVA			Data Nascimento	Idade	CNS	NOTURNO 19- 32
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	CPF 07 Prontuário
Mãe	EDINALVA MOURA DA SILVA			M	NAO INFORMADO	PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Endereço	RUA - CC13 - 36 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR			Pai NI			Contacto (95) 99133-2317 Ocupação
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
Setor	URGÊNCIA		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LUCAS.DANIEL		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue 13 SET. 2019						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Exame Físico	Peto não tocado pelo SAMU vítima de acidente de moto - cinto, no pulso, capoteado, venoz / color e dor em pe - D						
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO	Diclofenaco 75 mg			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
	OK qd 30h						
	fratido						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico 02 SET 2019			
Impresso por: lucas.daniel	Data Hora: 02/09/2017 21:22:06						

PLATOPEDIA

Tumores contidos em pé ①.
Ao exame externo e por em região hipo- e em
topografia média. Apresenta altura total 1,50m
em região lateral 5º grau em topografia média
66. Rx de evidência fx 40 mti de ①.

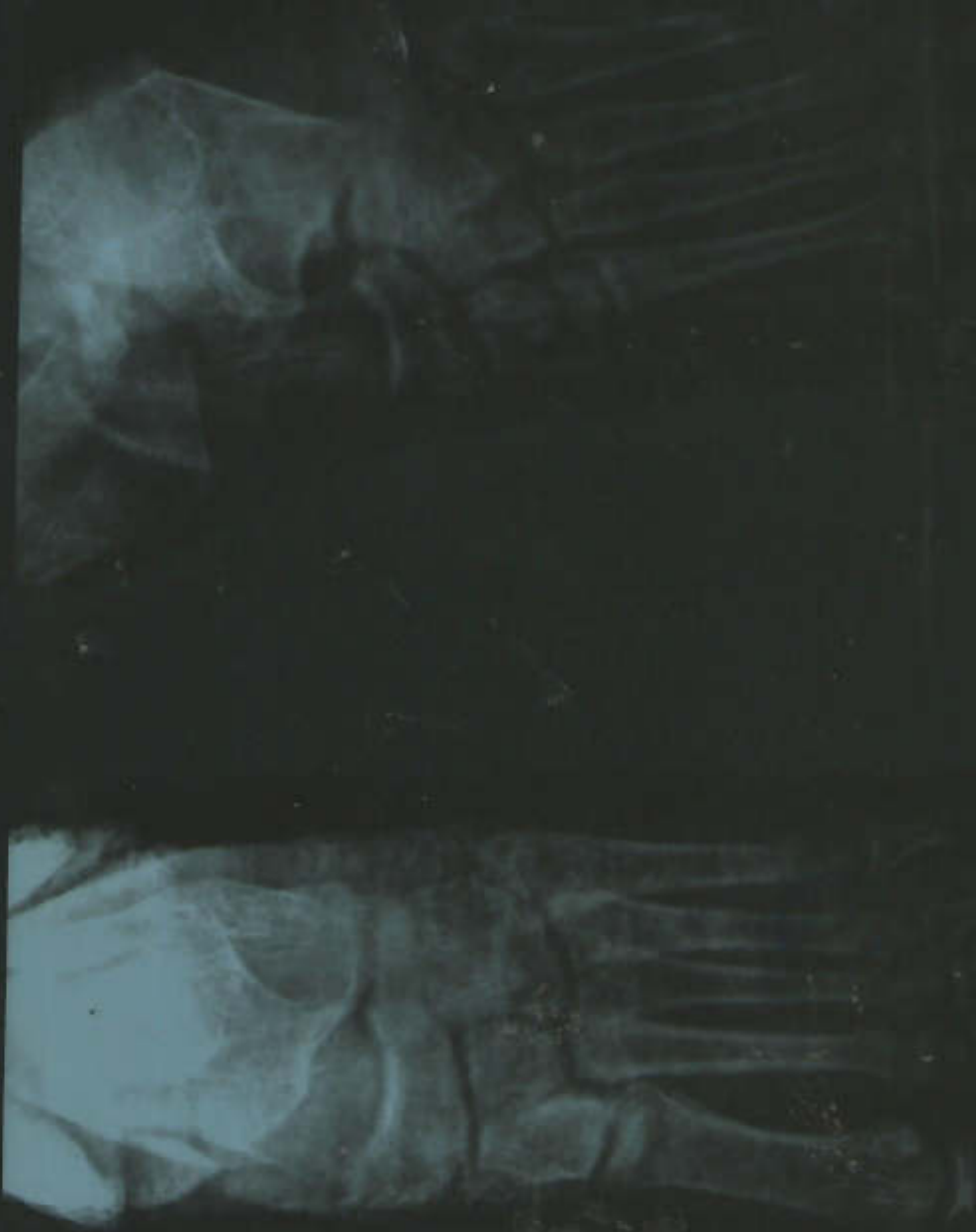
CB: Retornar ao GT pt suture em torn em
face lateral frange 5º grau.

Após surto retornar ao GT de
instabilidade + orientação de alta pt sempre
permanentemente ambulatorial.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

13 SET. 2019





10/24/2017



SAĞLIK BAKANLIĞI



D



108.0 %

2/9/2017 21:44:29

RODRIGO MOURA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



92.6 %

2/9/2017 21:44:29





13 SET. 2019

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

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva

Encaminhamento

À ortopedista

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

Médico
CRM

Dentista
CRO

21/09/19

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

Encaminhado com novo
raio-x, para reavaliação
especialista

Grato

04/12/17

RAMYLLA Costa de Oliveira
2º TEN OMT CRM/RR 1084
Idt. 120559357-S/MD

13 SET. 2019



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

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva

Solicitado:

① - Raio-x do pé 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
1ª BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO BOA VISTA - RR

RECEITUÁRIO

Rodrigo Moura da Silva

Solicito avaliação inicial + 8 sessões
de fisioterapia

Ced. 10101222 — 48,28

600251019 — 17,16

13 SET. 2019

12/11/17

Ana Laura C. Gomes
10101222 - 48,28
600251019 - 17,16
Médico CRM
Dentista CRO

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

Bravo



Unidade: Equipe: Reguim/natalino/Isaias
Paciente: Rodolfo Moura da Silva Idade: 19 Sexo: M
Endereço: R. N 21 cl Guanabara Sélio Botelho
Nº 14180 DATA 02/09/17 HORA 20:26
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Drº Exico 20:39
MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

CHAMADA

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO: X Cano <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> Espancimento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	--	--

AValiação Inicial

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <u>espontaneec</u>	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <u>SIA</u>	Avai. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> 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
Início <u>20:30</u>	<u>80</u>	<u>75</u>	<u>20</u>	<u>100</u>				
Fim								

AValiação Secundária

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisma Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <u>onde se o (automóvel)</u>			

AValiação Cardíaca <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>Trauma</u>	HISTORIA PEGRESSA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <u>resca</u>
---	--	--	--	--

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

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) 02 SET 2017
MULTIPLICOS MEIOS ACIONADOS
☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:

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

13 SET. 2019 Brasília
Rex: comunitária guanabara

Paciente Rodolfo Moura da Silva / Brasília

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/05/18
Stephanie

DESTINO

13 SET. 2019

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

☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☐ Outros

ERTENCE
DO
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO
DE
RECUS

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

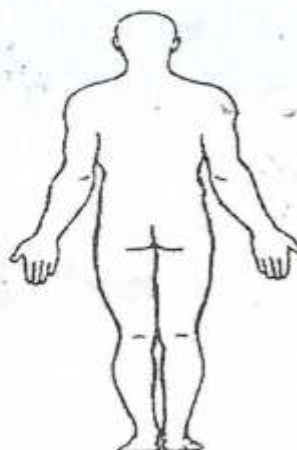
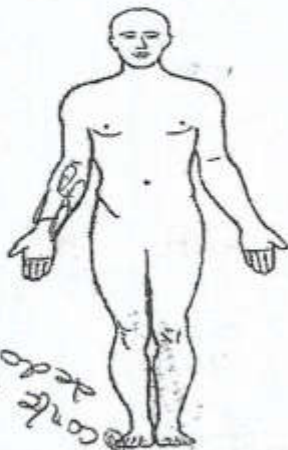
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

última mas 199, colisão moto x carro, condutor moto, encan-
 trado ao solo em D/D a/capacete, LOTE, com SSUV presen-
 tes apresentando cont contuso no pé D (dado mínimo) com
 sangramento ativo moderado, realizado curativo compressivo,
 encaminhado em MSD, encaminhado ao GT, RM 192 ciente

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (por / min)	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>	S/A no Percussão
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>		25 - 35	3 <input type="checkbox"/>	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>		≥ 36	2 <input type="checkbox"/>	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>		01 - 09	1 <input type="checkbox"/>	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 <input checked="" type="checkbox"/>	Pressão Sístola (mmHg)	0	0 <input type="checkbox"/>	Jaqueline Conen: 650.506
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>		> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3 <input type="checkbox"/>		70 - 89	3 <input type="checkbox"/>	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2 <input type="checkbox"/>		50 - 69	2 <input type="checkbox"/>	
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	Escala de Glasgow	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>		0	0 <input type="checkbox"/>	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>		14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>		11 a 13	4 <input type="checkbox"/>	
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>		8 a 10	3 <input type="checkbox"/>	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>		5 a 7	2 <input type="checkbox"/>	
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>		3 a 4	1 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

15

33



CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 11/05/18
 Jaqueline

GESTANTE

MATERIAL E MEDICAÇÃO

p/ semana: _____

Movimentos fetais: _____

Arda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

02 pc gaze
 02 atadura de 15 cm

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

ASSINATURA DO TITULAR

Rodrigo Moura da Silva

Carteira de Identidade

13 SET. 2019

13 SET. 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 331442-1

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2016

NOME RODRIGO MOURA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO MOURA DA SILVA
EDINALVA MOURA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 05/04/1998

DOC. ORIGEM CERTO NASC 13820 FLS 254-V LIV A-23

2 OF BOA VISTA-RR

CPF 044.392.652-27

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Papeteria da Polícia Civil
Diretor de PPD

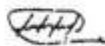
2 - VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

NOME ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE - RG. EMISSORAF 114807 SSP RR
	CPF 383.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
FILIÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO AB	ACC AB
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 29/01/2020
1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999	


OBSERVAÇÕES


ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020


JUSCELINO KUBITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (ROFAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

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 EVIDENCIA 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 EVIDENCIA 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:	333442-1 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: CC 13 nº 36 Laura Moreira

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Curitiba

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: 02/09/2019, cobertura Invalidez, vítima: Rodrigo Moura da Silva.

Boa Vista - RR 19-08-19

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Anacleto Teófilo, 4207 - Boa Vista - RR
Fone: (067) 5627-4130
Sefic@boavista.cartorioaquino.com.br

134.949

DANIEL AQUINO
134949-5 (511) 000000
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
* RODRIGO MOURA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPV
De que dou 16, Boa Vista RR, 18 de agosto de 2019.
Consulte a(s) selo(s) abaixo em cidadão.portalselem.com.br
RECFIR168298P3816B1C7TMCF283/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

1ª Adm. de
Thalita Oliveira de Aquino
Escritorinha Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318446/19

Vítima: RODRIGO MOURA DA SILVA

CPF: 044.392.652-27

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO MOURA DA SILVA

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

RODRIGO MOURA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO MOURA DA SILVA

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

RODRIGO MOURA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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



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

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 Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Rodrigo Moura da Silva	044.392.652-27	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônomo	Rua: CC 13	36
Bairro:	Cidade:	Estado:
Barra Moura	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
bloiver@hotmail.com	69.318-060	(95) 98403-5060

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

RENDA 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3906 <input type="checkbox"/> CONTA: 00008034 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão:
Assinatura da vítima ou beneficiário

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

Nome: Rodrigo Moura da Silva

CPF: 044.392.652-27

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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: Alexsander 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. Sívio 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
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nº: 36

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. Arian 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

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

Rodrigo Moura da Silva

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



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

DAT

Página 1 de 1

19/08/2019

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 Nº 445/2012

Nome completo: Rodrigo Moura da Silva CPF: 044.392.652-27

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: CC 13 Número: 36 Complemento: _____

Bairro: Barra Moreira Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.318-060

E-mail: bloiver@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00008014

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura
do titular ou
de seu representante
legal

Local e Data: Boa Vista-RR, 09/09/2019

Nome: Rodrigo Moura da Silva

CPF: 044.392.652-27

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Moura da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do 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

22

1500474813		24/09/2015 08:38:20		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		MANHA 07-13		8			
Paciente RODRIGO MOURA DA SILVA				Data Nascimento 05/04/1998		Idade 17 A 5 M 19 D		CNS 898003204893946		CPF 04439265227		Prontuário 00091304	
Tipo Doc Documento		Irgão Emissor SSP-RR		Data Emissão 16/10/1997		Sexo M		Estado Civil PARDA		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Naturalidade Contatos (95) 9912-7709	
Mãe EDINALVA MOURA DA SILVA				Pai ANTONIO MOURA DA SILVA									
Endereço RUA - CC-13 - 36 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR													
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. SAMU CAPITAL		Procedência		Tomp.		Peso		Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por: LEIDY					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL			
								AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)													
Acidente de moto, trauma e queda													
Exame Físico													
13 SET. 2019													
Hipótese Diagnóstica													
Tórax													
SADJ - Exames Complementares													
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:													
PRESCRIÇÃO													
APRAZAMENTO													
OBSERVAÇÃO													
HOSPITAL GERAL DE KRAVINA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 24 SET. 2019													
Conduta													
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revólta <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: COVA RONA													
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internação													
Data e Hora da Saída/Alta													
óbito													
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica													
Assinatura do Paciente ou Responsável													
Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: leidy Data Hora: 24/09/2015 08:39:22													
1500474813													