

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 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 TELVA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.262.842 / 89

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 707.262.842 / 89, 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>AV. BENTO BRASIL</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail: <u>confiancacos@hotamail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 02 de janeiro de 2020.

Assinatura do Declarante

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 06/10/2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA (☒) AMARELO () VERDE () AZUL

Hora: 14:43

Nome: Joanny Moreno Idade: 30

End.: Rua Marlene Araújo Nº _____ Bairro: Centro Cidade: _____

D.N.: 19 103189 Sexo: F Naturalidade: Venezuela

CPF: _____ RG: _____ /Órgão: _____

Mãe: Nancy Perez

Pai: _____

CNS: NÃO TEM

Estado Civil: _____ Conjunção: _____

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
Telefone: (CEP) 69 340-000
Mucajá - RR

CONFERE COM ORIGINAL

PA: <u>193x100 mmHg</u>	FR: _____	SPO2: _____	TAX: _____
F.C: _____	DX: _____	TAX: _____	PESO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente deu entrada nesta unidade com história de acidente de trânsito - X-moto, com suspeita de fratura em braço Esq.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Acidente de trânsito - X-moto no 70 min
Paciente apresenta dor intensa no
antebraço Esq
- DILPANO 25 @
RX antebraço Esq

Ronildo da Silva Carneiro
Aux. de Enfermagem
CRM-RR 000.507.555 ENF

Dr. Rafael de Freitas
CRM-RR 2020

Examinado
p/ HGR.

OBSERVAÇÕES

Fratura fechada rádio @ Responsável pelo paciente (se menor)



1901168655 01/10/2019 16:39:29 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 32

Paciente **JHOANNY JOSE MORENO PEREZ** Data Nascimento **17/03/1989** Idade **30 A 6 M 15 D** CNS _____ CPF _____ Prontuário _____
Tipo Doc _____ Documento _____ Órgão Emissor Data Emissão _____ Sexo **F** Estado Civil **NAO** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade _____ Nacionalidade **VENEZUELA**
Mãe **NI** Contato _____
Endereço **RUA - - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação _____

Class. de Risco _____ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira _____ Validade _____ Autorização _____ Sis Prenatal _____
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE BICICLET** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. _____ Procedência _____ Temp. _____ Peso _____ Pressão _____
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. _____ Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

motox bicicleta

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - _____ h)
*Paciente relata o acidente após a tarde.
C/ fratura de rádio.*

Exame Físico

Negs alergias.

Hipótese Diagnóstica
A ortopedia

SADT - Exames Complementares
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PREScrição	APAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: _____ 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 _____



Autopista - Dr. J. Augusto

RX Rio de Janeiro (F)

CD: Rio de Janeiro

RX Curitiba

Sucesso

Alta.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RJ 2007



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sra. **JHOANNY JOSE MORENA PEREZ**, RG. Nº **19.390.738** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (**GRANDE TRAUMA**) no dia **01/10/2019 às 16h e 39min**, por motivo (**ACIDENTE DE BICICLETA**), recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: **1901168655**.

Boa Vista-RR, 08 de NOVEMBRO de 2019.

ESTADO DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
08 - NOV. 2019
Certifico e dou Fé que a presente cópia é uma reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação _____:

☐	Vermelho
☐	Laranja
☐	Amarelo
☐	Verde
☐	Azul Ass.

Reclassificação _____:

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul. Ass. _____

Reclassificação _____ :

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul-Verde

1901168655 · 01/10/2019 16:39:29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19	32
--------------	----

Paciente			Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
JHOANNY JOSE MORENO PEREZ			17/03/1989		30 A 7 M 22 D							
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		Nacionalidade			
				F	NAO	PARDA			VENEZUELA			
Mãe				NI	INFORMADO			Contato				
Endereço				NI								
RUA - - SN - - BOA VISTA - RR										Ocupação		

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE BICICLETA	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
					Registrado por:	
					ANTONIA SOARES	

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC										TOTAL									
AO: 1	2	3	4	RV: 1	2	3	4	5	MRV: 1	2	3	4	5	6					

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revellia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta:

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: elton.tenorio
Data Hora: 08/11/2019 08:04:44



E

AP



Nome: JHOANNY MORENO
HOSP. VER. JOSE G. CATAO

Feminino ID: 7767
Unidade: Mucajal

Nasc: 17/03/1989 30 ano(s)
Tec: TR LUCIANA

E

AP



Nome: JHOANNY MORENO
HOSP. VER. JOSE G. CATAO

Feminino ID: 7767
Unidade Mucajai

Nasc: 17/03/1989 30 ano(s)
Tec: TR LUCIANA

E



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

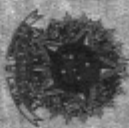
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciais, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Para sua importância, o seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional é a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
IAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTEM 34 PÁGINAS NUMERADAS



SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

MINISTÉRIO DO TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSERIR 238-53845-64-8

NOME 0534053

RG A01

RR

Assinatura de José Roberto Reis

ASSINATURA DO TITULAR





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

707.262.842-89

Nome

JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Nascimento

17/03/1989

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



Polegar Direito



Amara D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Instituto Odílio Cruz

REGISTRO
GERAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTARÉM - PA

18/11/1970

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico da Polícia Civil

Diretor do IICG

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015470/20

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

CPF: 707.262.842-89

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/10/2019

Titular do CPF: JHOANNY JOSE MORENO
PEREZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JHOANNY JOSE MORENO PEREZ : 707.262.842-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: TELVA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017760 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.P2/3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017760 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.P2/3

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: EM TODOS OS 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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017760

Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003993-4

Conta: 000010017363-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

707.262.842-89

4 - Nome completo da vítima:

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA MARANHÃO

6 - CPF:

707.262.842-89

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MUCATZIL

9 - Número:

363

10 - Complemento:

APTE 2

15 - E-mail:

confianca.st@hotmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.340-000

16 - Tel (DDD):

(95) 38118-1200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☒ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3993

4

CONTA:

17363

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorciado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista, RR, 31 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 37.363 0 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 02 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁI

571827

ADITAMENTO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência: 1171/2019		Data: 08/10/2019	Hora: 16h30min
Nome: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ		Alcunha:	
Identidade: F044285-G Polícia Federal		CPF:	
Endereço: Av. Maranhão		Bairro: Centro	
Ponto de Referência: Próximo da Panificadora Pão de Ouro			
Cidade: Mucajái	Estado: RR	Telefone: 98404-0415	
Nacionalidade: Venezuelana	Naturalidade: Cantaura	Estado: Anzoátegui	
Filiação: José Antônio Moreno Obando e Nancy Coromoto Perez Moreno			
Profissão: Diarista	Data de Nascimento: 17/03/1989	Idade: 30 anos	
Estado Civil: Solteira	Grau de Instrução: Técnico em Administração		
Cor/Raça: negra			
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR			
Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima - Lesão Corporal		Código: 1001	
Nome/Autor: Aline Correia - Fone 99159-9906			
CPF/RG: 3385507 SSP/RR - CPF 041.910.752-50	Filiação: PJ		
Endereço: Rua Deusdete Soares Medrada, nº 26 - Bairro Sagrada Família - Mucajái/RR			
Local da Ocorrência: Av. Nossa senhora de Fátima - Rotatória com a Av. Firmino Azevedo - Centro - Mucajái/RR..			
Senhor Delegado,			
Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajái, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE na terça-feira dia 01/10/2019 por volta 14h30min trafegava de bicicleta na via lateral da Av. Nossa Senhora de Fátima (sentido Mucajái/Iracema); QUE ao chegar na rotatória da Av. Firmino Azevedo, ela foi atropelada por uma motocicleta; QUE foi socorrida por populares até o Hospital de Mucajái e em seguida encaminhada para o HGR em Boa Vista; QUE no hospital de Mucajái a condutora da motocicleta (Aline Correia) conversou com a mãe da comunicante e falou que a comunicante poderia procurar ela depois para conversarem; QUE na ocasião ela forneceu seu telefone (99159-9906); QUE na sexta-feira dia 04/10/2019 a comunicante procurou a Aline (via telefone), entretanto Aline não quis mais conversar nada com a comunicante; QUE em decorrência do acidente sofrido a comunicante teve uma fratura no braço esquerdo. Era o que tinha a comunicar.			
 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matricula n.º 42000285		 JHOANNY JOSE MORENO PEREZ Comunicante	
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____		Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do(a) vítima:

707.262.842-89

4 - Nome completo da vítima:

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS RIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 405/2012

5 - Nome completo:

JOHANNY JOSE MORENO PEREZ

6 - CPF:

707.262.842-89

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA MARANHÃO

9 - Número:

363

10 - Complemento:

APT 2

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MUCAZAL

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.340-000

15 - E-mail:

confiancaest@hotmail.com

16 - Telefone:

(95) 38132-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residing no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$150,00 INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEANÇA (Salvadora para resgate antecipado. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do Banco: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

3993

4

CONTA:

37.363

0

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rescativo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LITÍGIO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

24 - Data da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou casado)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Data da vítima:

26 - Graude Parentesco com a vítima:

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

28 - Vítima

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima deixou

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Se tinha filhos, informar

35 - Vítima deixou

36 - Se tinha irmãos, informar

37 - Vítima deixou

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em dobro, a indenização do Seguro DPVAT por morte de um beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando de posse, ainda, de 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.

38 - 1ª | Nome:

39 - 2ª | Nome:

40 - 3ª | Nome:

41 - 4ª | Nome:

42 - 5ª | Nome:

43 - 6ª | Nome:

44 - 7ª | Nome:

45 - 8ª | Nome:

46 - 9ª | Nome:

47 - 10ª | Nome:

48 - 11ª | Nome:

49 - 12ª | Nome:

50 - 13ª | Nome:

51 - 14ª | Nome:

52 - 15ª | Nome:

53 - 16ª | Nome:

54 - 17ª | Nome:

55 - 18ª | Nome:

56 - 19ª | Nome:

57 - 20ª | Nome:

58 - 21ª | Nome:

59 - 22ª | Nome:

60 - 23ª | Nome:

61 - 24ª | Nome:

62 - 25ª | Nome:

63 - 26ª | Nome:

64 - 27ª | Nome:

65 - 28ª | Nome:

66 - 29ª | Nome:

67 - 30ª | Nome:

68 - 31ª | Nome:

69 - 32ª | Nome:

70 - 33ª | Nome:

71 - 34ª | Nome:

72 - 35ª | Nome:

73 - 36ª | Nome:

74 - 37ª | Nome:

75 - 38ª | Nome:

76 - 39ª | Nome:

77 - 40ª | Nome:

78 - 41ª | Nome:

79 - 42ª | Nome:

80 - 43ª | Nome:

81 - 44ª | Nome:

82 - 45ª | Nome:

83 - 46ª | Nome:

84 - 47ª | Nome:

85 - 48ª | Nome:

86 - 49ª | Nome:

87 - 50ª | Nome:

88 - 51ª | Nome:

89 - 52ª | Nome:

90 - 53ª | Nome:

91 - 54ª | Nome:

92 - 55ª | Nome:

93 - 56ª | Nome:

94 - 57ª | Nome:

95 - 58ª | Nome:

96 - 59ª | Nome:

97 - 60ª | Nome:

98 - 61ª | Nome:

99 - 62ª | Nome:

100 - 63ª | Nome:

101 - 64ª | Nome:

102 - 65ª | Nome:

103 - 66ª | Nome:

104 - 67ª | Nome:

105 - 68ª | Nome:

106 - 69ª | Nome:

107 - 70ª | Nome:

108 - 71ª | Nome:

109 - 72ª | Nome:

110 - 73ª | Nome:

111 - 74ª | Nome:

112 - 75ª | Nome:

113 - 76ª | Nome:

114 - 77ª | Nome:

115 - 78ª | Nome:

116 - 79ª | Nome:

117 - 80ª | Nome:

118 - 81ª | Nome:

119 - 82ª | Nome:

120 - 83ª | Nome:

121 - 84ª | Nome:

122 - 85ª | Nome:

123 - 86ª | Nome:

124 - 87ª | Nome:

125 - 88ª | Nome:

126 - 89ª | Nome:

127 - 90ª | Nome:

128 - 91ª | Nome:

129 - 92ª | Nome:

130 - 93ª | Nome:

131 - 94ª | Nome:

132 - 95ª | Nome:

133 - 96ª | Nome:

134 - 97ª | Nome:

135 - 98ª | Nome:

136 - 99ª | Nome:

137 - 100ª | Nome:

138 - 101ª | Nome:

139 - 102ª | Nome:

140 - 103ª | Nome:

141 - 104ª | Nome:

142 - 105ª | Nome:

143 - 106ª | Nome:

144 - 107ª | Nome:

145 - 108ª | Nome:

146 - 109ª | Nome:

147 - 110ª | Nome:

148 - 111ª | Nome:

149 - 112ª | Nome:

150 - 113ª | Nome:

151 - 114ª | Nome:

152 - 115ª | Nome:

153 - 116ª | Nome:

154 - 117ª | Nome:

155 - 118ª | Nome:

156 - 119ª | Nome:

157 - 120ª | Nome:

158 - 121ª | Nome:

159 - 122ª | Nome:

160 - 123ª | Nome:

161 - 124ª | Nome:

162 - 125ª | Nome:

163 - 126ª | Nome:

164 - 127ª | Nome:

165 - 128ª | Nome:

166 - 129ª | Nome:

167 - 130ª | Nome:

168 - 131ª | Nome:

169 - 132ª | Nome:

170 - 133ª | Nome:

171 - 134ª | Nome:

172 - 135ª | Nome:

173 - 136ª | Nome:

174 - 137ª | Nome:

175 - 138ª | Nome:

176 - 139ª | Nome:

177 - 140ª | Nome:

178 - 141ª | Nome:

179 - 142ª | Nome:

180 - 143ª | Nome:

181 - 144ª | Nome:

182 - 145ª | Nome:

183 - 146ª | Nome:

184 - 147ª | Nome:

185 - 148ª | Nome:

186 - 149ª | Nome:

187 - 150ª | Nome:

188 - 151ª | Nome:

189 - 152ª | Nome:

190 - 153ª | Nome:

191 - 154ª | Nome:

192 - 155ª | Nome:

193 - 156ª | Nome:



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / MUCAJÁ



Unidade: Samu

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: Jhoanny

Equipe: Marlene +

Endereço: Lauro

Nº 16845

DATA 01/10/19

Idade: 30 Sexo: F

MOTIVO ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

HORA SAÍDA:
HORA CHEGADA:

AValiação no local da ocorrência (no sentido do acidente)

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atróselamento ☐ Colisão ☐ Motocicleta ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete ☒ Biciqueta <u>moto</u> ☐ Sem capacete condutor ☐ passageiro	MECANISMO DE TRAUMA VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ EAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio Outro: _____	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: _____ ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal Outros: _____
---	---	--	--

Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Anale Outro: _____	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpenso ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	Circulação ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorrage ☐ Apararadamente alcoolizado DNV
---	--	---	---

Hora	P.A. mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	<u>110x80</u>	<u>92</u>		<u>100</u>					
Fim									

AValiação no local da ocorrência (na vítima)

Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Gineólica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ For. Penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	PESCOÇO ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Edema Sub-Cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em túbio ☐ Doloroso ☐ Evisceração
--	--	--	---	---	---

Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☒ Fratura ☐ Amputação
---	--	---

AValiação Cardíaca ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutur	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia	Respiratória ☐ Neurologia ☐ Psiquiatria ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular	ABECÇÃO CLÍNICA ☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicção de uso	☐ Alergias ☐ Outros
--	--	--	--	---	--

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☐ SEVERA	☐ Aborto ☐ EQUENA MORTE ☐ MÉDIA INDETERMINADA	☐ OUTRO
--	--	--------------------------------

INCIDENTE ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local	NGF ☐ Iniciado as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso Obs.:	MULTIPLS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia ☐ Guarda Municipal ☐ SMIT/TRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros
---	--	--

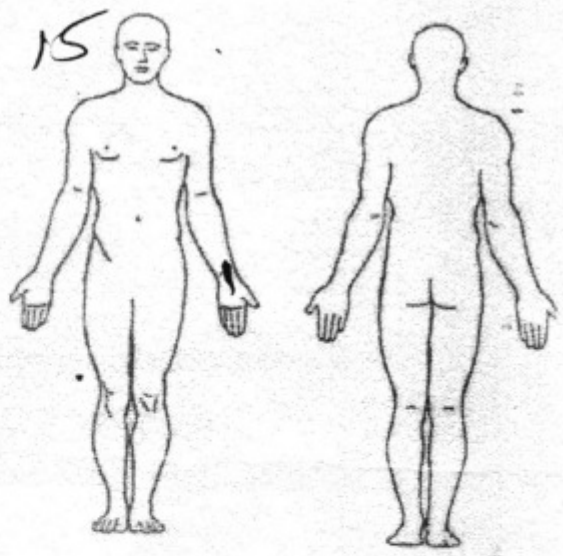
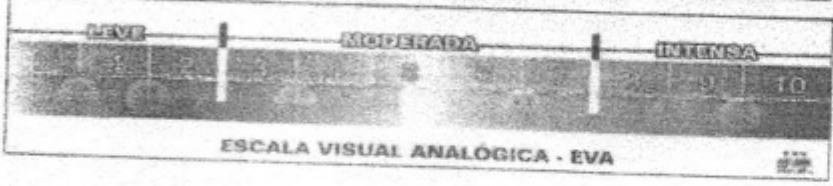
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA ☒ Atendimento no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosmo e Silva ☐ HCSEA ☐ Maternidade ☐ Outrco
--	---

Karina Kendra M. Marques
Assinatura e Carimbo Médico (L)
CR. Geral / Gineproctologia
CR. 950/664
CRM/RR 1512

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU" nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO
--	--	-----------------------------

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Grupo		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta motora (mov. / reflexo)	10 - 24
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		36 - 40
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta motora (mov. / reflexo)	01 - 05
	Orientado	Resposta	5		0
	Confuso	Cloro e dor	4		1 - 5
Resposta Motora	Reflexos inapropriados	Gemido a dor	3	Resposta motora (mov. / reflexo)	6 - 10
	Sorriso ou gemidos	Gemido a dor	2		11 - 15
	Nenhuma	Nenhuma	1		16 - 20
Resposta Motora	Chaveja anticonvulsiva	Movimentos espontâneos	6	Resposta motora (mov. / reflexo)	21 - 25
	Localiza a dor	Retra ao toque	5		26 - 30
	Flexão normal	Retra a dor	4		31 - 35
Resposta Motora	Flexão anormal	Flexão normal	3	Resposta motora (mov. / reflexo)	36 - 40
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		0
	Nenhuma	Nenhuma	1		1 - 5



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

COLISÃO MOTO - BICICLETA PCT APRESENTA FRATURA FECURADA EM REGIÃO DISTAL DE RÁDIO (C).

Dr. Rafael de Freitas
CRM-RR 2020

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010017363-2

Nr. da Autenticação 0491DD928223969B



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0149342-6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003923734

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	141	121,30

MARLEIDE GONÇALVES DA SILVA
AV. MARANHÃO 163 / 2 CENTRO

CPF: 0006595348297

CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 1895	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 1754	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 28/11/2019	Uso: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 25/10/2019	Número Medidor: TDB1714287
Consumo medido: 141	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 141	R: 215.025.15.10.045550	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

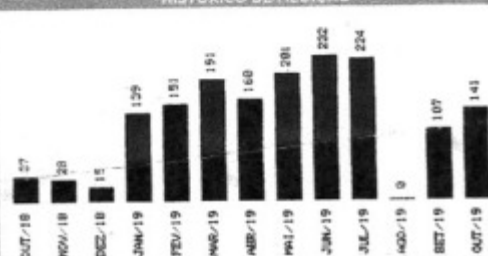
CONSUMO 141 A R\$ 0,764602 = 107,80
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 141 - R\$ 0,634620

Média 12 meses: 123

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Res/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERVENA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 8059.1381.1697.1505.0468.98FB.E14B.CIB4

PCN

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	58,73	Encargos:	3,85
Distribuição:	27,78	Tributos:	18,32
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
107,00	ICMS: 17,00%	18,32
	PIS: 0,00000%	0,00
	COFINS: 0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICMI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta								

R: 215.025.15.10.045550
PCN



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0149342-6

TOTAL A PAGAR - R\$

121,30

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

11/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003923734

83670000001 8 21300075000 9 00000000149 5 34261019008 0



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené 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 autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal 003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

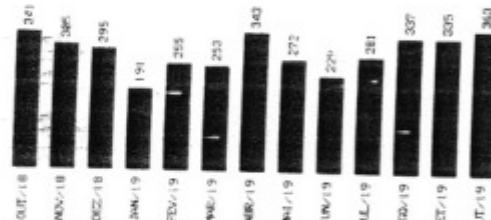
CPF: 00005763937899

CEP: 65.381-850 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: BI
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 28/10/2019	Número Medidor: 14TDB00002
Consumo medido: 363	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	R: 12.001,02,11,603050	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	ILUMINACAO PUBLICA	363 A R\$ 0,764602 =	277,55	25,28
--------------------	---------	--------------------	----------------------	--------	-------

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	151,21	Encargos:	7,85	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR	
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18	ICMS:	17,00%	47,18	
Transmissão:	0,00			PIS:	0,00000%	0,00	
				COFINS:	0,00000%	0,00	

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC		FIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54
Realizado	0,43			1,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração:	08/2019
				EUSD:	110,56



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

MÊS FATURADO

10/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

VENCIMENTO

26/11/2019

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1

