

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:

025.873.582-53 DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO CPF: 321.803.447-53

Profissão: RECUSOU Endereço: Número: Complemento:

Bairro: VILA BRANCA Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.308-170

E-mail: RANZAMASULLO@GMAIL.COM Tel.(DDD): (35) 99158-4307

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha total aritude, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 da Seguradora Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A RÔGO
 Denner Souza Duarte
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

14 NOV 2018

RECEBIDO

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

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



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (Mucajai) EQUIPE: *Janu Vilage*
 Paciente: *Denner Souza Duarte 23 anos* Sexo: *RM OF*
 Nacionalidade: Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena - Etnia:
 Endereço: *Brity 128* Telefone:
 Ponto de Referência:
 Nº da Ocorrência: *1243* Data: *22/03/18* Hora do Acionamento: *08:51*
 CHAMADA: Médico(a) Regulador(a): *Alisson* Hora Cegada no Local (J/10): *08:55*
 MOTIVO: Socorro Transporte Remoção Intra-hospitalar Apoio Outros:

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão X <i>ponte</i> <input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto: <input type="radio"/> Sem <input checked="" type="radio"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista MOTO / BICICLETA <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input type="checkbox"/> Queda de moto: <input type="radio"/> Com capacete <input type="radio"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Conduzir <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="radio"/> Passageiro	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Esparrancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Violência doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	OLTROS <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Queda alta/ra aprop. <input type="checkbox"/> Acidente doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura agente <input type="checkbox"/> Agressão por animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros <i>motor</i>
VIAS AEREAIS <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bracteia <input type="checkbox"/> Dispreia <input type="checkbox"/> Eusneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa <input type="checkbox"/> Tequipneia	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Ferida aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. ausente <input type="checkbox"/> M.V. diminuto <input type="checkbox"/> Maciez	AVALIAÇÃO INICIAL <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enrichimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	AVALIAÇÃO NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado

Horas: <i>00:17:45</i>	PA mmHg: <i>90/60</i>	FC bpm: <i>81</i>	FR / min: <i>22</i>	Se: C%: <i>99%</i>	Temp. °C: <i>36.5</i>	Esc. Visual anal: EVA "DCR"	Glicemia	APGAR												
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="1"> <tr> <td>PELE <input type="checkbox"/> Claramente <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca</td> <td>CABEÇA <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração</td> <td>FACE <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fomento ocular</td> <td>PESCOÇO <input type="checkbox"/> Desvio de traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td>TÓRAX <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hemothorax <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Torax instável</td> <td>ABDOME <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evaceração <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa</td> </tr> <tr> <td>PELVE <input type="checkbox"/> Comuscá <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade</td> <td>COLUNA DORSAL <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="radio"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade</td> <td><input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i></td> <td><input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i></td> <td>MEMBROS <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <i>M.5.0</i> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão</td> <td>HISTÓRIA PEGRESSA <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC</td> </tr> </table>									PELE <input type="checkbox"/> Claramente <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	CABEÇA <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	FACE <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fomento ocular	PESCOÇO <input type="checkbox"/> Desvio de traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	TÓRAX <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hemothorax <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Torax instável	ABDOME <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evaceração <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa	PELVE <input type="checkbox"/> Comuscá <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	COLUNA DORSAL <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="radio"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i>	<input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i>	MEMBROS <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <i>M.5.0</i> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	HISTÓRIA PEGRESSA <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC
PELE <input type="checkbox"/> Claramente <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	CABEÇA <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	FACE <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fomento ocular	PESCOÇO <input type="checkbox"/> Desvio de traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	TÓRAX <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hemothorax <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Torax instável	ABDOME <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evaceração <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa															
PELVE <input type="checkbox"/> Comuscá <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	COLUNA DORSAL <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="radio"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i>	<input type="checkbox"/> Contusões <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <i>M.10</i>	MEMBROS <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <i>M.5.0</i> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	HISTÓRIA PEGRESSA <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC															
AVALIAÇÃO CARDIACA <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia																				
AFECÇÃES CLÍNICA <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória																				
RECIBIDO <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local																				
DESTINO <input type="checkbox"/> Início de RR <input type="checkbox"/> Término de RR <input type="checkbox"/> Aferido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR																				

GRAVIDADE COMPROVADA: <input type="radio"/> ILESO <input type="radio"/> PEQUENA <input checked="" type="radio"/> MÉDIA <input type="radio"/> OBITO <input type="radio"/> INDETERMINADA		DESFECHO DO CHAMADO <input type="checkbox"/> Recusa de atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> RCP não realizado	
RECEBIDO <input type="checkbox"/> Início de RR <input type="checkbox"/> Término de RR <input type="checkbox"/> Aferido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR		OBS <input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hospital Centro de Alta Complexidade - HCCS <input type="checkbox"/> Hospital Santo Antônio - HSA <input type="checkbox"/> HM NSN		DESTINO <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Burocrá <input type="checkbox"/> DETRAN <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas - HCR / RR <input type="checkbox"/> Hospital Lotte Iris - HLI <input checked="" type="checkbox"/> Hospital José Guedes Catão	

PERTENÇAS
(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 / MUCAJAÍ - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente _____

RG: _____

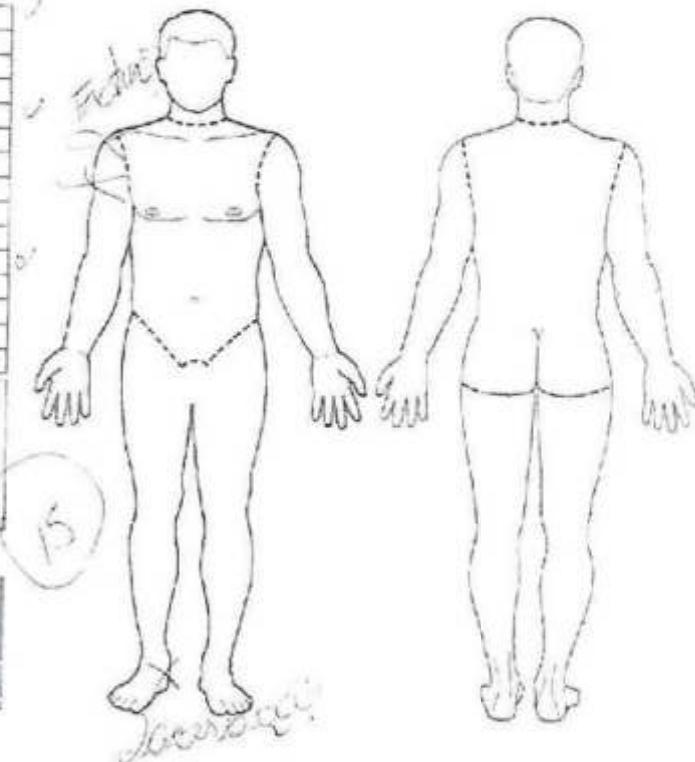
SABEMI SEGURADORA S/A

MATERIAL E MEDICAÇÃO

14 NOV 2018

RECEBIDO

1	Abertura Ocular (O)	Esportaneas	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (reflexo)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticável)	3 pontos
		Extensão (descerebrado)	2 pontos
		Sem resposta (decéfalo)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

polihistamino / Acidente de

trânsito.

amb 108 Dr. Gonçalves
Médico
031-9941



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NÚMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - ISRC,ESTADUAL Nº 24006116-4
Informações e/ou Reclamações - Ligue 38002309520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO
MUCAJAI

INSCRIÇÃO 003.002.205.0620.000	NOME DO USUÁRIO DILSON RODRIGUES DUARTE	MATRÍCULA 404616
ENDERECO DO IMÓVEL AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000		
SA 3 SE 1	ECONOMIAS RES. 001 COM. 001 INC. 001 PÚB.	TIPO DE CONS. NORMAL
		DATA EMISSÃO 03/05/2018

MÊS/ANO 04/2018	VENCIMENTO 20/05/2018	VALOR 23,83	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR
--------------------	--------------------------	----------------	---------	------------	-------

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTE DOCUMENTO. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA	

CAERR

INSCRIÇÃO 003.002.205.0620.000	NÃO RECEBER APÓS 20/05/2018	MATRÍCULA 404616	N. SEQUENCIAL 2503363
-----------------------------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

VALOR A PAGAR 23,83

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9

VIA CAER



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

14 NOV 2018

RECEBIDO



COMPANHIA DE ASSISTÊNCIA
PÚBLICA PESQUISAS, PLANEJAMENTO
E INVESTIMENTO, SIA - DAU/INTER-0218, DF/0001



0363 250 9520

www.cas.gov.br

Matrícula: 1041355 Setembro/2018

Endereço para entrega:

RUA MANOEL FELIPE, N°. 1467/ - 4 - 624
EDIFÍCIO BOA VISTA RR 53309-176

Dados do Cliente:
ROSARIA SERRAO NUNES
Inscrição: 001.012.102.0281.034 Rota: 7 Seq.Rota: 3436 Quantidade de Economias:
Hidrômetro: 7 Data de Instalação: 22/01/2015 Situação Água: RESIDENCIAL Situação Esgoto: FATICEL
Y11B007107 ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS |
LEITURA FAT. 102 102 0 32
LEITURA INF.
DT. LEITURA 17/08/2018 13/09/2018

ULTIMOS CONSUMOS

201808	1-0
201507	10-0
201606	1-0
201605	5-0
201624	3-3
201633	4-0
MEDIA	4

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

0 NB 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018	0,49
JUROS DE MORA 06/2018	0,24

Questionário de Níveis Distribuídos de Consumo de Água					
Informações das Pesquisas Realizadas na Rede de Distribuição DEPARTAMENTO FEDERAL N.º 2000 - 1995 G.M.					
PERIODICIDADE	CLARO	TRANSLUCIDA	OPA	OPACIFICA	ES.ESCOLA
10-121048	168	168	168	168	168
10-121049	214	214	214	214	214
COMPARADO	260	214	214	214	214

TOTAL A PAGAR
VENCIMENTO: 15/10/2018 24,56
AVISO: EM 31/08/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

CCAE MATRÍCULA REFERÊNCIA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
1041355 09/2018 15/10/2018 24,56

82690000000-9 24560004001-9 00104135501-5 09201810003-9



Via de Chipoté

Via de IPB



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RORAIMA
RUA MELVIM JONES - NÚMERO - 219 - SAO PEDRO BOA VISTA RR 69306-610
CNPJ: 05.939.467/0001-15 - ISNC. ESTADUAL Nº 24006114-4
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08002809520

EXTRATO DE DÉBITO DO IMÓVEL

ESCRITÓRIO
MUCAJAI

INSCRIÇÃO 003.002.205.0620.000	NOME DO USUÁRIO CPF/CNPJ: 241.782.502-30 DILSON RODRIGUES DUARTE				MATRÍCULA 404616
ENDEREÇO DO IMÓVEL AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 5125 - CENTRO MUCAJAI RR 69340-000					
SA 3 SE 1	ECONOMIAS 001	RES. 001	COM. 001	IND. PÚBL. NORMAL	TIPO DE CONS. DATA EMISSÃO 03/05/2018
MÊS/ANO 04/2018	VENCIMENTO 20/05/2018	VALOR 23,83	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR

SABEMI SEGURADORA S/A

27 NOV 2018

RECEBIDO

DÉBITO ORIGINAL	23,83
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	23,83

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTE DOCUMENTO. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
Emitido por: ANA PAULA CLAUDIA DE OLIVEIRA	



INSCRIÇÃO 003.002.205.0620.000	NÃO RECEBER APÓS 20/05/2018	MATRÍCULA 404616	N. SEQUENCIAL 2503363
-----------------------------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

VALOR A PAGAR 23,83

82600000000-8 23830004003-3 00040461600-5 25033631415-9

VIA CAER



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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:

025.873.582-53 DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO CPF: 321.803.447-53

Profissão: RECUSOU Endereço: Número: Complemento:

Bairro: VILA BRANCA Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.308-170

E-mail: RANZAMASULLO@GMAIL.COM Tel.(DDD): (35) 99158-4307

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha total aritude, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 da Seguradora Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A RÔGO
 Denner Souza Duarte
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

SABEMI SEGURADORA S/A

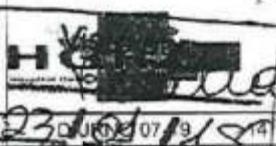
14 NOV 2018

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

RECEBIDO

BLOCO B

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



18003897656	22/01/2018 10:53:21	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			23/01/2018 07:19:24
Paciente DENNER SOUZA DUARTE		Data Nascimento 22/05/1994	Idade 23 A 8 M 0 D	CNS 898004213411151	CPF 162070
Tipo Doc Mãe Endereço	Documento IVONEIDE SALES DE SOUZA AVENIDA - NOSSA SENHORA DE FATIMA - 5125 - CENTRO - BOA VISTA - RR	Órgão Emissor SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Data Emissão Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARADA	Naturalidade MUCAJAI - RR
				Pai DILSON DUARTE	Contato (95) 99119-6309
					Ocupação ESTUDANTE
Class. de Risco Motivo do Atendimento Setor	Plano Convênio Caráter do Atendimento Tipo de Chegada	Nº da Carteira Profissional do Atend.	Validade Procedência	Autorização Temp.	Sis Prenatal Peso Pressão
ACIDENTE DE CARRO GRANDE TRAUMA	URGÊNCIA SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: PATRICIA.COLLYER
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

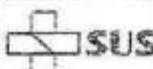
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
------------------------	---------------------------------------	-------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: ____ h)	Paciente vítima de acidente Auto motociclista (sem cinto de segurança) com escoriações no rosto, glândulas Doloroso em articulações (D) - Migratório Localizado em cotovelos (D)	
Exame Físico	Exame Físico (anotado)	
Hipótese Diagnóstica	Fratura de coluna cervical (D)	

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RÁIO-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 LAC 000000 Internar
1) Dexamet 1g (A)	
2) Tilitri 40g (C)	

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedico</u>	<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
Impresso por: patricia.collyer Data: Hora: 22/01/2018 10:56:40	Márcio Freire Médico CRM/RR 1613



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Denner Sampaio Duarte

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

1000 1111 2222 3333 4444 5555 6666 7777 8888 9999

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LAC Gran V

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto urinário

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

anamnese + g. físico + image

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

lux. rotula - clínico

21 - CID 10 PRINCIPAL / 22 - CID 10 SECUNDÁRIO / 23 - CÓDIGO DA CLASSE ASSOCIADA

patrick
Ortopedia
Cirurgia

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interv

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ers

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

vigés

28 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

794513521770

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Ronaldo Rabelo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22/11/13

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

patrick
Ortopedia
Cirurgia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

22/11/13

0308010019-7068
5431
V999

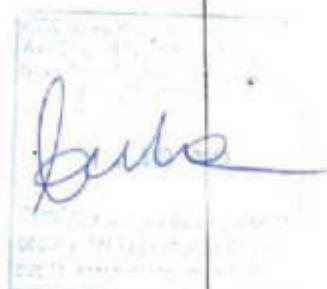
22/01/18

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

HGRH

CONSELHO DE RORAIMA
Instituto Geral de Estatística

DATA DE ADMISSÃO		DM1	DM2	EN
PACIENTE	Denner Sampaio Júnior			
DIAGNÓSTICO	LAC GROW BB V			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	23	LEITO		DATA
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			08 24 26 17
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			12 24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN			SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gls VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			SN
14	CURATIVO DIARIO			rotina
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).			
19	CONFORME ESCHEMA: 100-250: 2-1, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML			
20	EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				



SINAIS VITAIS	PA	FC	TX	
6 H				
12 H				
18 H	128x79	69	37°C	Maria de Fátima da Silva Técnica em Enfermagem COREN-RR 638901
24 H	143x90	79	36°C	
06H	130x82	77	35.8°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE			
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	
IDADE	23	LEITO	DATA 23/01/2018	
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5 - 17
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS			7 - 17
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H			SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			17 - 20
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN			20/01/2018
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			20
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			20
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			20
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			20
14	CURATIVO DIARIO			SPAL 20
15				
16				
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-			
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Eider Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1423/RR

SINAIS VITAIS	P.P	FC	TAX
6 H	111x70	76	36.5 C
12 H	130x77	82	36.5
18 H	113x77	96	37.1
24 H	111,85	94	36.8

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Na 20:36 PACIENTE REFERIU DOR,
ADMINISTRADOR ITER. 5 CPM

Rivando G. Dantas
Téc. Enfermeiro
COREN-RR 928664

Obs: Realizado exame
pela com aTOP



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: DENNER Souza DUARTE 23a

Vítima do acidente automobilístico
ejetada, TCE el 3088, Glasgow 14,
levou lacrada em colônia D, Tiana tóxica,
note, oclusões anatômicas, expur
m v(+) histerinamente.

AC: RCR 2+ S/ dor no extremidade.

MM: dor no membro.

baixa

As HGR q/ ferma copulativa

DATA: 22/11/18

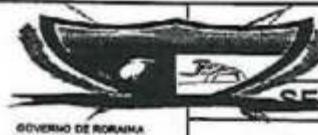
ASSINATURA E CARMBO

Dr. Alvaro Fortes
Dentista
CRM-RR 763



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajá/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

216-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	DENNER SAMA DUARTE			
DIAGNÓSTICO	LAC GRAU 5			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE	23	LEITO	216-2	DATA
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5 N.D.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO- SF0.9%500ML 12/12HS			12-24
3	CIPROFLOXACINO 500MG VO OU 400MG IV 12/12H			SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3			12-24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN			SN
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
14	CURATIVO DIARIO			Rotina
15	Cefazolina 1g ev 6/6h			18/24/06/12
16				
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML			
20	EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:



paciente de consentido
em curar, auxiliado
por pessoas em emer-
gência de aspirar de
inter secundis.

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Marcus Brum
Médico Residente
Ortopedia e Traumatolog
CRM 1917/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H			
12 H	110x69	83	36.5
18 H			
24 H			

PA = 110x86
FC = 84
T = 36 °C

Nota: Peso: 69
Cota: 1917/RR

PA = 120x86
PS = 86
T = 36.8
P = 86
T = 35.8



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	22/01/10
PACIENTE	Denner	216-2		
DIAGNÓSTICO	Palite	216-2		
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM
IDADE	23	LEITO	216-2	DATA 26/01/10
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN 20 (06:00)
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			22-06-14
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h			18-24-06-12
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			sn
7	SSVV+CCGG 6/6 horas			
8	CURATIVO DIARIO			
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME

ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400:

10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU

PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA

ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Denner Palite
26/01/10*

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	62		36.4°C	
12 H				36.4°C	Denner Palite CORRER 001.105.031-16
18 H	144x74	85		36.8	
24 H	100x70	70		36°C	Denner Palite CORRER 001.105.031-16

Denner Palite
CORRER 001.105.031-16



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

22/05/18

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

NEGA

23

PRESCRIÇÃO

HAS

LEITO

DATA

nega

216-2

22/01/18

NEGA

1

DIETA ORAL LIVRE

20/05

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

14:00

5

Paracetamol 750mg vo 06/06h

12:00

6

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

14:00

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

SN

8

CURATIVO DIARIO

Rotina

9

10

11

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME
ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400:
10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR
PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU
PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA
ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS	126x76				
6 H					
12 H	124x69	70	20	36.2	
18 H	96x63	81	20	36.2	
24 H	100x76	66		35.8	

06:00 95x60 62

Lidiane C. 2018-05-22
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN-RR 618.370-76



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1. PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		<i>José da Silva Souza</i>			
DIAGNÓSTICO		<i>HC</i>			
ALERGIAS		NEGA	HAS	nega	NEGA
IDADE		23	LEITO	2/6/2	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			14	<i>5 AM</i>
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			12	<i>22 RE 06 AM</i>
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h			18	<i>24 06</i>
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				<i>5N</i>
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				<i>Rotina</i>
8	CURATIVO DIARIO				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: <u>10UI E OU</u> GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

22:00hs realizade AVP gelco 17 MSE, tec *Dalí*
medicado CORCHETE 03/07/17-TE

06:00 pct reusore item 02. Sem queixas
segue aos ui dado da Enf. tec *Dalí*
Dalcí Vilas Boas CORCHETE 03/07/17-TE

Pablo C. Ezequiel
CRH/03/07/17-TE

Med. C. Ezequiel

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	109x61	68	-	35,2°C		
12 H	106x72	89	-	36,2°C		
18 H						
24 H	109x70	80		34,9°C		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	22/05/1994
PACIENTE	denner souza duarte			
DIAGNÓSTICO	Iac			
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	NEGA
IDADE	23	LEITO	216.2	DATA 31/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5N D
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			20-06-14
5	Paracetamol 750mg vo 06/06h			18-24 - 06-12
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			5N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas			
8	CURATIVO DIARIO			
9	cefalotina 1 g 6/6 horas ev			18-24 - 06-12
10				
11	<i>Atenção ATB</i>			
12	<i>1 dia - f reforç</i>			
13				
14				
15				
16				
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</p>				

Evolução médica:

Emilene Braga Rodrigues Coelho
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

Pablo G. Schwanck X
Médico
CRM-RR 1800

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H						
18 H	100/64	76	—	35.4		
24 H						

Lelmer

216-2



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	22/05/94	
PACIENTE		Domingo Souza Duarte			
DIAGNÓSTICO		LAC			
ALERGIAS	neg	HAS	nega	nega	
IDADE	23	LEITO	8/6-2	DATA	30/01/18
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/10
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				10 16:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				20 21:00
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				5/11
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				ROTINA
8	CURATIVO DIARIO				m
9	Cefalost. ou 1g 6/6 horas (ED)				12:18 24/05
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

Evolução médica:

Paciente com febre
e náuseas de evolução
+ LAC a D.uit

Ricardo Chaves Jr.
CRM-R 1533

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	120/80	60		36°	
12 H	170/79	69		38-39	
18 H	130X80	78		35,8°	
24 H	120/70	63		36°	

8

16



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Denner Souza Ruanto, 23 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE l AC II + lesão em calcan

NO DIA 23/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Incisamento vesicado + ambe. ferid SENDO
OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/01/18, ÀS 20:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 7/2/18, ÀS 8:00, COM O
DR. _____

Emane Bruno Rodrigues Coelho
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ÁLTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO

Emane Bruno Rodrigues Coelho
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

BOA VISTA, 31/01/18

MÉDICO



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RECEITUÁRIO
NOME: DENNER Soues DUARTE 23a

Vítima de acidente automobilístico
ejetada, TCE cl. B054, Glasgow 14,
brisa lacrada em coluna (D), fratura torácica,
hôrte, oco motor crural, expur
m v(+) bilateramente.
AC: RCR 2+ s/ sopro ou extremidade.
M3) Peso normal.

As HGR q/ fratura coxim torax

DATA: 22/11/18

ASSINATURA E CARMBO

Dr. Aluizio Portes
Dermatologista
CRF/RR 749



HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
Rua Marlene Araújo, s/n, Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajai/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Masullo inscrito (a) no CPF 321.801.442, 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DENNÉ SOUZA DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.873.582, 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DENNÉ SOUZA DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.873.582, 53, 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		Número	Complemento
<u>Nº: MANOEL FELIPE</u>		<u>1667</u>	
<u>Bairro</u> <u>ASABRANCA</u>	<u>Cidade</u> <u>BOA VISTA</u>	<u>Estado</u> <u>RR</u>	<u>CEP</u> <u>69.309-170</u>
<u>Email</u> <u>ZANZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u> <u>185188122-7634</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>185188122-7634</u>	

SABEMI SEGURADORA S/A
27 NOV 2018
RECEBIDO

BOA VISTA, 27.11.2018 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

— NOME —
ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC. IDENTIDADE / CNH: 208734 RR 22

CPF: 321.801.442-53 DATA NACIONE: 01/05/1972

FUNÇÃO: GILSONARO MASULLO

ROSAIA SERGIO NUNES

PERMISSÃO: 860356320

VALIDADE: 22/04/2015 EXPIRAÇÃO: 22/04/2014

PERMITIDO PLASTIFICAR

860356320

ROSAIA SERGIO NUNES

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 23/04/2014

01450231462
RR207247390

MAX 2014 RBR CBR 01 M

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180538126 **Cidade:** Mucajáí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENNER SOUZA DUARTE **Data do acidente:** 22/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO DIREITO (GRAU V).
TRAUMA CORTO CONTUSO DO CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DENNER SOUZA DUARTE
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 3738299 SSP/ RR CPF: 025.873.582-13
Endereço: Av. Nossa Senhora de Fátima n.5125
Bairro: São Jorge Cidade: Mucajai/RR

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

RECEBIDO

OUTORGADO:

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão:
Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53
Endereço: Av. Manoel Felipe, 1795, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a SUSEP, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima, DENNER SOUZA DUARTE.

19/10/2018

Local e data

Denner Souza Duarte

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Thelia e Regisdror: Nathalia Gobbi Lago da Serra
Rua Rio Grande do Norte, 71, Centro, 69340-000, Mucajai/RR
Fone: (095) 3542-1310 - E-mail: carmelita.mucajai@outlook.com

..... RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:
(1) DENNER SOUZA DUARTE
Doutor Mucajai-RR, 19 de outubro de 2018.
EMOLUMENTOS R\$ 2,39 + FUNDEJURR R\$
0,24 + FISCALIZAÇÃO R\$ 0,12 + FECOM R\$
0,12 + ISS R\$ 0,12. TOTAL R\$ 2,99.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414960/18

Número do Sinistro: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

CPF: 025.873.582-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2018

Titular do CPF: DENNER SOUZA DUARTE

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

DENNER SOUZA DUARTE : 025.873.582-13

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: 27/11/2018
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: ELIANE FALK
CPF: 010.372.382-06

ROSANGELA NUNES MASULLO

ELIANE FALK

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENNER SOUZA DUARTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07170-6

CONTA: 000000018946-4

Nr. Autenticação

BRADESCO7122018050000000002370717000000018946253125 PAGO

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: DENNER SOUZA DUARTE
Nº Sinistro: 3180538126
Vítima: DENNER SOUZA DUARTE
Data do Acidente: 22/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180538126**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180538126

Vítima: DENNER SOUZA DUARTE

Data do Acidente: 22/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENNER SOUZA DUARTE

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

Comprovante de residência
DUT

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

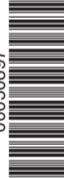
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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:

025.873.582-53 DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: ROSANGELA NUNES MASULLO CPF: 321.803.447-53

Profissão: RECUSOU Endereço: Número: Complemento:

Bairro: VILA BRANCA Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.308-170

E-mail: RANZAMASULLO@GMAIL.COM Tel.(DDD): (35) 99158-4307

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha total aritude, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 da Seguradora Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A RÔGO
 Denner Souza Duarte
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

SABEMI SEGURADORA S/A

14 NOV 2018

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

RECEBIDO

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:
025.873.582-33 DENNER SOUZA DUARTE

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

Nome completo: DENNER SOUZA DUARTE
Profissão: RECUSOU Endereço: AV. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
Número: 5125 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: MUCAJAI
Estado: RR CEP: 69.340-000
E-mail: RANZAHASULLO@HOTMAIL.COM Tel (DDD): 193/58158-4307

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

RENDA MENSAL:

RECUSOU 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 0038946 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de avaliação médica (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar)

SABEMI SEGURADORA S/A

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 é válido para os fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia no prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde.

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

P

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Denner Souza Duarte
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Denner Souza Duarte
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

(*) 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 MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4º PEL PM/ 4º CIPM / MUCAJAI
"AMAZÔNIA: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 06/2018

Vtr	SUCp	Data	S/Sector	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
106	4º CIPM Fron	22/01/2018	4º PEL	8h50min	8h 52min	8h 53min	9h 30min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
1001, 1003	13023,13999	xxxxxxxxxx	7312	7316

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua	Bairro:	PL. Ref:
BR 174 esquina com Rua Francisco Lino Nogueira	Centro	Em frente ao bar do Chiquinho

PESSOAS RELACIONADAS

<u>01</u>	Vítima	Nome	Denner Souza Duarte		Idade	23	E. Civil	Solteiro
Endereço	BR 174		Nº	s/n	Bairro		SABEMI SEGURADORA S/A	
RG	3738299 SSP/RR	CNH	05756178708		Profissão		Autônomo	

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

14 NOV 2018

Recebi conduzindo (s) material (a)s acima anotados:	RECEBIDO
ASSINATURA	CARGO

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Sr. Delegado de polícia civil de Mucajai, fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal e danos materiais, nos deslocamos até o local e constatamos a veracidade dos fatos, ao chegarmos no local a vítima supracitada já estava sendo socorrida por populares e o corpo de bombeiros de Caracarai, a vítima nos informou que conduzia um veículo FIAT/STRADA de cor cinza e placas NAZ 4967, que vinha sentido Boa Vista/Mucajai quando um veículo Saveiro de cor preta modelo novo (não soube informar a placa) que encontrava-se no acostamento da BR 174 e saiu sem observar se vinha algum veículo atrás, a vítima disse também que pra não colidir com o veículo saveiro puxou a direção de sua pick-up perdendo o controle da direção e bateu de frente seu veículo contra um poste de energia em frente ao "Bar do Chiquinho" sendo arremessado para fora do veículo. Informo-vos ainda que foi acionado o SAMU para os primeiros socorros que conduziram a vítima ao hospital de Mucajai e posteriormente o item 01 foi conduzido para Boa Vista permanecendo em observação. Não foi possível acionar a perícia por motivo do local ter sido violado por populares e devido a rede de energia causar risco de morte à vítima.

Era o que tínhamos a relatar.

Assinatura	Nº	Posto//Grad.	SUOp
RODRIGO PEREIRA NEBOUÇAS	47000471	2º SGT PM	4º PEL/ 4º CIPMFRON