

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200237177**

**Vítima: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 02/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

515.353.352-30

Nome completo da vítima

Raimunda Souza Soáda Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ara Paula Souza Soáda Silva	CPF titular da conta	002.117.832-18	Profissão	Servidora Pública
Endereço	R. prof. Helio Campe	Número	546	Complemento	
Bairro	Serrado Helio Campe	Cidade	Porto Alegre	Estado	RR
Email	edelaine - escritorio682@outlook.com	CEP	69300-000	Telefone (DDD)	95991326800

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	NRO.	D/V	
Banco do Brasil	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4263-	3	58349	9
(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barra do Ribeiro - PB, 26 de fevereiro de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Raimunda Soáda Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

515.353.352-30

Nome completo da vítima

Raimunda Sausa. Ida Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Ara Paula Sausa Ida Silva	CPF titular da conta	002.117.832-18	Profissão	Excedente Pública
Enderéco	R. Prof. Heleio Lemos	Número	546	Complemento	
Bairro	Serrado Heleio Lemos	Cidade	Porto Alegre	Estado	RR
Email	rafaelaine.receptor.0682@outlook.com	CEP	69300-000	Telefone (DDD)	95991326800

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NAO

Banco do Brasil

001

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

4263-

3

58349

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Br. Unif - PR 26 de fevereiro de 2019  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jennifer da Silva Souza

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



UTI

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

1700715181	02/02/2017 10:30:07	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 0/19	13
Paciente		Data Nascimento:	Idade:	CNS:	CPF:	Pronunciado
BAMUNDA SOUSA DA SILVA		15/10/1970	46 A 3 M 18 D	3070531389	51535335220	155.551
Tipo Doc.	Documento	Órgão Emissor:	Data Emissão:	Sexo:	Estado Civil:	Naturalidade:
IDENTIDAD	180244	SSPRR	03/10/2016	F	UNIAO	PARDA
Mãe	Francisco Modesto de Sousa					Contato:
Maria Modesto de Sousa						(95) 99117-8504
Endereço						Ocupação:
RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis. Pronatal	
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.			
Solar	Tipo de Chegada			Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ROUSE LIMA		
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

5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente entrou de ontem de motocicleta  
 FCT e treme de febre  
 Exame Físico: ruborizada

## Hipótese Diagnóstica

FCT + treme de febre

## SADT - Exames Complementares

RAYO-X  ULTRA-SON  TCO  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1- Cefotetina 2 gr (v)		
2- Entamol 3 ml (v)		
3- Domperid 3 ml (v)		
4- Vacina anti-TETANICA 0,5 ml (im)		11.95hs.

## Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:

 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída:

obito

Faleceu do 1º Atendimento?  Sim  NãoDestino:  Família

LIVRE DE CONTAGIO  
CIRURGIA ORTOPEDICA  
CARIMBO ASSINATURA DO MEDICO

## Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: rouse.lima  
Data/Hora: 02/02/2017 10:31:28

IEFV 2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	515.353.352-20	Raíssa Rafaella Souza da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		Nome completo:	
Profissão: Func. Pública	Endereço: R: prof. Helcio Carlos	CPF: 002.337.832-38	Número: 546 Complemento:
Bairro: Senador Helo Campos	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69300-000
E-mail: jennifers.sodre@gmail.com		Tel.(DDD): 95993335315	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).			
RENDIMENTO MENSAL:			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 4263	CONTA: 58349 9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74; art. 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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: Boa Vista, RR	Nome: _____	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____		Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jenniffer Souza Sodré  
Assinatura do Procurador (se houver)

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Leio e concordo com o presente termo que



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

515.353.352-30

Raimunda Souza Soáda Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ara Paula Souza Soáda Silva	CPF titular da conta	002.117.832-18	Profissão	Seguidora Pública
Enderéco	R. Prof. Heitor Lacerda	Número	546	Complemento	
Bairro	Serrado Heitor Lacerda	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	edilaine.souza.0682@outlook.com	CEP	69300-000	Telefone (DDD)	95 9913 26800

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
Banco do Brasil	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4263-	3	58349	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Brasília - PR 26 de fevereiro de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Assinar o presente termo que

# 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:

515.353.352-20

Nome completo da vítima:

Raimunda Sousa da Silva

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

Nome completo:

Ria Paula Sousa da Silva

Profissão:

Funcionária Pública

Endereço:

R. prof. Helcio Lemos

Bairro:

Serraria, Helio Campos

Cidade:

Boa Vista

CPF:

002.117.832-18

Número:

546

Complemento:

69300-000

E-mail:

raia.laine.escritorio.682@outlook.com

Tel. (DDD):

95991118315

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263

CONTA: 58349

9

(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 do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 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.

Local e Data, Boa Vista, RR, 26 Julho 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimunda Sousa da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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

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

Raimunda Sousa da Silva  
Compromissado(a)

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Jennifer da Silva Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 023.038.722-51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Souza da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 515.353.352 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Raimundo Souza da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 515.353.352 / 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: estudante 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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua: Professor Diomedes Souza Maia</u>	<u>Centro</u>	<u>Bon. Vista</u>	<u>103</u>	<u>Galeria Alvorada</u>
			<u>RR</u>	<u>69301260</u>
Email			Telefone comercial(DDD) <u>95991326800</u>	Telefone celular (DDD) <u>95930862518</u>

Bot. Vista - PR 22 de 02 de 9  
Local e Data

Jennifer da Silva Souza  
Assinatura do Declarante

## Guia de Atendimento 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAM / PSF

AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

0705715781

02/02/2017 10:30:07

## FICHA DE ATENDIMENTO / TRAUMATOLOGIA

DIURNO 0/19 13

RAMMUNDA SOUSA DA SILVA

Tipo Doc. Documento

IDENTIDADE 180244

Mês

MARIA MODESTO DE SOUSA

Endereço

RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

03/10/1970

Data Emissão

03/10/2016

Sexo

F

País

FRANCISCO MODESTO DE SOUSA

Idade

45 A 3 M 18 D

Estado Civil

UNIAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

SANTAREM - PA

Contato

(95) 99117-8504

Ocupação

CNS

0705715781

CPF

151535135220

Pronome

155.551

02/02/2017

UTI II

Guia de Atendimento 02

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

1700719181	02/02/2017 10:30:07	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	13
Paciente:		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
RAIMUNDA SOUSA DA SILVA		15/10/1970	46 A 3 M 18 D	40100981386	51535035220
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDAD	180244	SSPRR	03/10/2016	F	UNIAO
Mãe				Pai	ESTAVEL
MARIA MODESTO DE SOUSA				FRANCISCO MODESTO DE SOUSA	Naturalidade SANTAREM - PA
Endereço				Contato	(35) 99117-8504
RUA - S-23 - 1689 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR				Ocupação	

Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tomp.	Peso
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				Pressão
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>			<b>ROLSE LIMA</b>	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

## Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AC: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente é uma menina de 46 anos de moto com lesões no TCO e trauma de face

Exame Físico

Febre e dor de

## Hipótese Diagnóstica

TCO + trauma de face

## SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TCO  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

## PRESCRIÇÃO

1) Cefotetina 2 g  
2) Entalval 5 ml  
3) Domonid 3 ml  
4) Vacina anti-TETANICA 0,5 ml

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

11.45h

## Conduta

- Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revenda  
 Transferência para:
- Ambulatório  
 Observação (Alô 24h)  
 Internação  
 Data e Hora da Saída:

## Obito

Álcool do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  I.M.  Consulta Geral  Consulta Especializada  Consulta Psicológica



CNPJ: 0028-365-0194-000  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 00000000000000000000  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69000-000

ESTABELECIMENTO CAER  
0800 280 9520  
www.caer.com.br

Matrícula: 550566

Junho/2018

Cliente:

ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Endereço do Imóvel:

RUA PROF HELCIO CARLOS, 546 - SENADOR NE  
LIO CAMPOS BOA VISTA RR 69000-000

Inscrição	Rota	Seq. Rota	ECONOMIAS RESIDENCIAL
001.028.365.0194.000	19	4976	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
00153794	18/03/2014	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 90	100	10	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 03/05/2018	04/06/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

281805	10-17
281804	10-17
281803	10-17
281802	10-17
281801	10-17
281712	10-17
MEDIA	10

Quantidade da Água Distribuída em Consumidor					
Informações das Medidas Realizadas na Rede de Distribuição					
APORTAMENTO	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.COL/
EMERGÊNCIA	168	168	168	168	168
ANALISANDO	177	177	177	177	177
CONFIRMADO	169	177	177	177	177

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA	10 m³	23,83
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06

VENCIMENTO:

15/07/2018

TOTAL A PAGAR

42,89

Via de Clientes

Via de D.E.R



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
550566	06/2018	15/07/2018	42,89

82640000000-4 42890004001-8 00055056601-2 06201870003-9





CNPJ: 05.939.467/0001-18  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.008.994-6  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-010

ATENDIMENTO  
CAER  
0800 280 9520  
[www.caer.com.br](http://www.caer.com.br)

Matrícula: 550566

Junho/2018

Cliente:

ANA PAULA SOUSA DA SILVA

Endereço do Imóvel:

RUA PROF HELCIO CARLOS, 546 - SENADOR HE  
LIO CAMPOS BOA VISTA RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.026.365.0194.000	19	4976	RESIDENCIAL 1

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
00153794	18/03/2014	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 90	100	10	32
LEITURA INF.			

DT. LEITURA 03/05/2018 04/06/2018

ULTIMOS CONSUMOS

201805	10-17
201804	10-17
201803	10-17
201802	10-17
201801	10-17
201712	10-17
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTais	E.COLI
EXIGIBIL	168	168	168	168	168
ANALISADAS	177	177	177	177	177
CONFORMES	169	177	177	177	177

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 MB 23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

VENCIMENTO:

15/07/2018

TOTAL A PAGAR

42,89

IMPRESSO EM: 04/06/2018 11:57:13

Via do Cliente

Via de OBR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
550566	06/2018	15/07/2018	42,89

82640000000-4 42890004001-8 00055056601-2 06201870003-9



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
Hospital Geral de Roraima

## RELATÓRIO MÉDICO DE ALTA

Paciente RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, DN: 15/10/1970, 46 anos, deu entrada no HGR em 02/02/2017 devido a acidente de trânsito com trauma crânio encefálico (TCE), trauma de face e contusão pulmonar, realizou craniectomia descompressiva de urgência e recebeu suporte intensivo até estabilização do quadro, evoluiu com penumonia (PNM) associada a ventilação mecânica. Na enfermaria evolui com melhora da PNM, realizou correção cirúrgica de fratura de mandíbula, está com gastrostomia (GTT), foi retirada traqueostomia (TQT) metálica, mantém quadro de sequela de TCE, apresentou 1 episódio convulsivo.

Recebe alta hoje em bom estado geral, eupneica em ar ambiente, afebril, em alimentação via GTT, com curativo em local de TQT, com sequela de TCE, sem função cognitiva ou interação com o meio, apresenta espasticidade, sem foco infeccioso ativo, sem alterações laboratoriais (Hb 15, Ht 44%, Plq 198.000, Leu 5.130 Neu 51% Linf 40%, Creat 0.46, Ur 31, Glic 82, PCR 2.39).

Entrego receita médica (fenitoína, baclofeno, captopril, propranolol), oriento cuidados e alimentação em domicílio, encaminhamento ao ambulatório de neurocirurgia e ao serviço de fisioterapia, entrego exames de imagem com laudo.

Boa Vista, 28 de junho de 2017.

Dra. Márcia Braga  
Médica  
CR 1839 / 2017

SAMU 192-BV  
CONFÉRE COM  
ORIGINAL  
Em 12/04/19  
SST Recife

## FICHA DE ATENDIMENTO

113

四

150-62

Preston December 19

140 mm

Enderço: Av. Vilela Poco no sítio 3. sm n° 000

Nº 1737 | DATA: 08/12/2017 | HORA: 09:47

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:

MOTING | SOCORRO | TRANSPORTE | LATENCIAS

SOCORRO |  TRANSPORTE |  ATENDIDO NO LOCAL |  OUTRO

**AUTOMÓVEIS**      **100% de 100%**      **VIOLENCIA**      **OUTROS**

<p><b>VEÍCULOS</b></p> <p>Cinto [ ] SIM [ ] NÃO      Vítima [ ] projetada      [ ] encarcerada</p> <p>Air Bag: [ ] SIM [ ] NÃO      Motorista:      Passageiro [ ] dianteiro      [ ] traseiro</p> <p>[ ] Capotamento      [ ] Atropelamento      [ ] Colisão</p>	<p><b>MOTO:</b> X <b>DEVON</b></p> <p>[ ] Condutor      X Corona  <b>Capacete</b> [ ] SIM X NÃO      [ ] queda      [ ] Atropelamento      [ ] Colisão <b>DEZ PRDVY</b></p> <p><b>BICICLETA:</b> _____</p> <p>[ ] Condutor      [ ] Corona      [ ] queda      [ ] Atropelamento      [ ] Colisão</p>	<p>[ ] FAB      [ ] PAF      _____      Espaçamento _____</p> <p>[ ] Violência Doméstica      [ ] Violência Sexual      [ ] Tentativa de suicídio      [ ] Outro: _____</p>	<p><b>OUTROS</b></p> <p>[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto      [ ] Queda, Altura aprox.: _____      [ ] Acidente Doméstica      [ ] Queimaduras Agente _____      [ ] Agressão ao animal      [ ] Outro: _____</p>
---	---	---	--

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
Dispneia	M.V. Diminuído	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN
Bradipneia	M.V. Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Moço
Taquipneia	Hiperfrequêncio	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
Resp. Ruidosa	Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento	<input type="checkbox"/> Ansocoria
Obstrução	Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Pulsos acima de 2°	<input type="checkbox"/> Otoscopia
Apréxia		<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorragia
Outro:			<input type="checkbox"/> Rinorrágia
			Aparentemente alcoolizado
			DNV

SÍNOPSIS VITAL DE SU PACIENTE								
Horas	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	100-140/70-100	140	12	85% c/ sputo de O <sub>2</sub>	36°C	100%	O <sub>2</sub> 100%	
Final	100-130	150	16	78% c/ sputo de O <sub>2</sub> : p/ cardiol. ab.	37°C	100%	O <sub>2</sub> 100%	

Pulve	Coluna Dorsal	Membros
Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura
Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação
Dor	<input type="checkbox"/> Dor	
Inabilitade	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome	

SINTOMA	DIAGNÓSTICO	APLICAÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PESQUISA
Ritmo Sinusal	Respiratória	Digestiva	N/Alergias
Taquicardia	Neurogênica	Infecciosa	<input checked="" type="checkbox"/> Outros
Bradicardia	Psiquiátrica	Obstétrica	
Fibrilar	Metabólica	Pediátrica	
	Cardiovascular	Outra	
			Medicação de uso

ILESO  
 PEQUENA  
MORTE  
 MÉDIA  
INTERMINADA  
 OUTRO

<p>CANCELAMENTO Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Trote Desconhecido no local</p>	 <p><b>Assinatura e Carimbo Médico Unidade de Destino</b></p>	<p><b>MULTIPLOS MEIOS AÇÃO NADOS</b></p>
		<p>Polícia Militar Guarda Municipal SMTRAN Bombeiro Outros: <i>SAU - ppai</i></p>

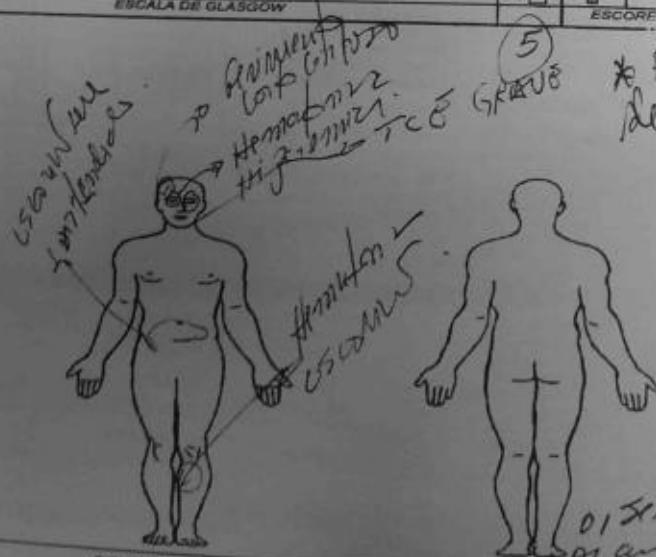
Iniciado as: _____	Término as: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> RGP com sucesso	DADOS PESSOAIS DA VITIMA	
<input type="checkbox"/> RGP sem sucesso		
<input type="checkbox"/> Dba.		

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input checked="" type="checkbox"/> Outros
		SP 1 34 COH 1 TOM Em 12/09/19 <u>Stephanie</u> PCL 1

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUS- A	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.	
	Assinatura do Paciente:	RG:

10:15 vítima de queda de moto em confronto com o trânsito  
no sentido oposto, fato que levou ao fogo de armas,  
realizado desse lado da pista, comunicando-se ao D.O. de resolução  
informando que o homem que havia sido apurado de ser a v. vítima  
com rebatimento de carro de corrida, que permanece ferido

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
Adulto		Menores de 5 anos	Escalet	ESCORE DO TRAUMA	
Abre	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4
Ocular	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3
Ocular	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	36	2
Ocular	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1
Motor Físico	Orientado	Balbucia	5	0	0
Motor Físico	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4
Motor Físico	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3
Motor Físico	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2
Motor Físico	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1
Motor Físico	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	5	0	0
Motor Físico	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5
Motor Físico	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4
Motor Físico	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3
Motor Físico	Externa a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2
Motor Físico	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
				Marcio Glebe da Silva Pereira Téc. Enfermeiro Centro de Trauma e Reabilitação	



\* Foi utilizada a unidade  
de gredel.

*Márcio Glebe da Silva Pereira*  
Técnico Enfermagem  
COREN-RR 814-545

**GESTANTE**  
IG p/ semana: \_\_\_\_\_  
Perda de líquido:  
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão  
Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
BCF: \_\_\_\_\_

SAMU 1-2-3  
CONFER F.C.M.  
OPENED  
Em 12 / 04 / 19

Stephanie

## FICHA DE ATENDIMENTO

192	SUSPENSAO	SUSPENSAO	SUSPENSAO					
<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>								
Unidade	SAN							
Paciente	Silvana; Elton; Hugo; Fabiano							
Endereço	Av. Ribeirão Preto - São Vicente							
Nº	1727	Data	02/10/21 17					
Médico (a) Registador (a) CRM	Dr. Alison							
DATA 02/10/21 17   HORA: 9:51   DATA 02/10/21 17   HORA: 9:56								
<input checked="" type="checkbox"/> BOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO								
MEIO PRINCIPAL DE TRAJE/USO								
<b>AUTOMÓVEL</b> Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> protegida <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: _____ Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Cinturamento <input type="checkbox"/> Abraçamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____		<b>MOTO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Abraçamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____	<b>VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____					
<b>BICICLETA</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Abraçamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____		<input type="checkbox"/> Outro: _____	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Queda, Atura após... <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Guarnição Agentes <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____					
AVALIAÇÃO CLÍNICA								
Vias Admssao	Ventilação	Circulação	Anal. Biogástrica					
<input checked="" type="checkbox"/> Dispersa <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Rep. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: _____	M.V. Diminuída _____ M.V. Ausente _____ Hipertimpanismo Maciez Fazida Agitativa <i>Exceletora Rev. Bruno Facciol</i> <i>caro</i>	Bradicardia _____ Taquicardia _____ Arritmico _____ Enchimento _____ capilar acima de 2' Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> AVDTN Moles _____ Maciez _____ Arousaia _____ Otorrênia _____ Otorragia _____ Rinsurgência _____ Aparência alterada DNV					
SINAIS VITALS								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat Os %	T. Aux °C	Glicemias	Trauma	APGAR
Início	67/30	101	18	99				
Fim	80/32	87	18	99				
EXAME FÍSICO				EXAME FÍSICO				
Pele	Cabeça	Face	Peito/Abdômen	Torax		Abdômen		
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Artrose/Art. <input checked="" type="checkbox"/>		
Pele	Coluna Dorsal			Membros				
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor			<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escorregões <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Artrose/Art. <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMAS ORGÂNICOS				SISTEMAS ORGÂNICOS				
Rins Simed	Próteinas urina	Respiratória	Digestiva	Diabetes		Alergias		
<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Flúter	<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilacão atrial <input checked="" type="checkbox"/> Fibrilacão ventricular <input type="checkbox"/> Assestole	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatrica <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Cúrculos <input type="checkbox"/>		
LESÃO SEVERA				LESÃO SEVERA				
<input checked="" type="checkbox"/> Lesão severa <input checked="" type="checkbox"/> Lesão grave <input checked="" type="checkbox"/> Lesão indeterminada				<input type="checkbox"/> Lesão severa <input type="checkbox"/> Lesão grave <input type="checkbox"/> Lesão indeterminada				
Encarceramento Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Trote Brincadeira no local				Encarceramento e Cárceis Médicos (Óbitos de Desenv.) <b>MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b> Polícia Militar Guarda Municipal SAMTRAN Bombeiros Outros:				
Encarceramento Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Trote Brincadeira no local				DADOS PESSOAIS DA VITIMA				
Encarceramento Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Trote Brincadeira no local								
Encarceramento Recusa de Atendimento Não se encontra no local Recusa de hospitalização Trote Brincadeira no local								

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros	<small>NO DIA DE INÍCIO COMO</small> <small>OR</small> <small>12 04 19</small> <small>Stephanie</small>
---------	--	--	--

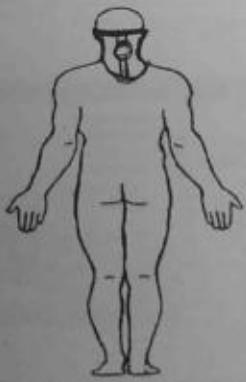
CERTIFICO DO PACIENTE	Description:
	Name do Receptor:
	Function of the Receptor:
	Signature of the Receptor:
TERMO DE RECUS A	I declare for the proper purpose that I am refusing medical attention provided by SAMU/Boa Vista, on this occasion:
	Signature of the Patient:

Paciente Vitima de Sacidente de transito com trauma Facial eté e grave apresentando desequilíbrio da face frontal temporal e paretal devido a lesão da Fratura cromatogênica e mandibular facente compressão com gloscolia (3) hemicranianamente estabilizada

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA
Adulto	Menores de 5 anos	Escala	
Abre os olhos	Abre espontaneamente	4	10 - 24
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09
Orientado	Balbucia	5	0
Confuso	Choro intenso	4	> 90
Palavras inapropriadas	Choro e dor	3	70 - 89
Sons ou gemidos	Gemido e dor	2	50 - 69
Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0
Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15
Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13
Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10
Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7
Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4

ESCALA DE GLASGOW

Trauma Facial com  
desequilíbrio Frontal,  
Temporal e Parietal  
Lesão de Fratura do  
seguimento e da  
Mandibula



Dr. J. E. Ribeiro Jr.  
MÉDICO CRM/RR 125

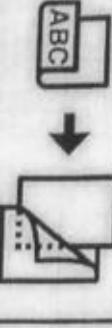
02 FEB. 2017

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	01 reles 18, lepus po uvaro SR L	
Perda de líquido:	BCF:	500 ml, esparadrapo, O2	
[ ] Com cartão	[ ] Sem cartão		

A3/A4

B4/B5

B5  
A4



FRONT

A3  
2



B4/B

**REPU&BRAICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINIST&RIGIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**JENNIFER DA SILVA SODRÉ**

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR —  
3582035 SSP RR

CRF 023.038.722-51 DATA EMISSÃO  
06/08/1996

FRAÇÃO  
JANIO DA SILVA SODRÉ

ROSEANE DA SILVA

PERMESSO ACC CAT. 1AB

IP REGISTRO VALDADE DATA EMISSÃO  
05316560881 13/03/2024 06/03/2015

O TERRITÓRIO NACIONAL  
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1831222590

PROIBIDO PLASTIFICAR

**JENNIFER DA SILVA SODRÉ**  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
13/03/2019

JOÃO GOMES BRASIL  
DIRETOR PRESIDENTE  
DETRAN-RR

88481802410  
RR209501065

ASSINATURA DO EMISSOR

**RORAIMA**

CNH

1831222590

## PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, brasileira, aposentada, inscrita no CPF: 515.353.352-20, e no RG: 180244 SSP/RR, representada por sua curadora : ANA PAULA SOUSA DA SILVA, brasileira, solteira, servidora publica, inscrita no CPF: 002.117.832-18, e no RG: 309749-8SSP/RR, residente na Rua: Professor Hélcio Carlos, Nº546, Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, constitui:

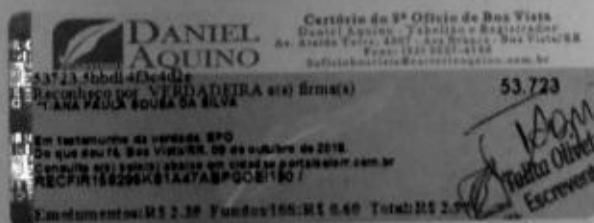
Outorgado: JENNIFER DA SILVA SODRE, brasileira, solteira, inscrita no CPF: 023.038.722-51 e no RG: 358203-5 SSP/RR, residente nesta capital na rua Prof. Diomedes, nº 103, bairro Centro.

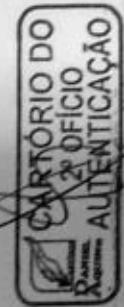
**PODERES:** Ao qual confere para o foro em geral, com cláusula *ad judicial* de ações, usar de todos os recursos em direito permitidos, transigir, receber valores, dar quitação, desistir, firmar compromissos, receber e emitir documentos, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho desta procuração e aos poderes nela conferidos, podendo ainda substabelecer com reservas de poderes para atuar administrativamente junto a POLICIA CIVIL E MILITAR para requer boletim de ocorrência, e junto ao SAMU E HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR, para requerer prontuário medico e relatório de atendimento.

Boa Vista, RR, 15 de Agosto de 2018.

pro. Paula Souza da Silva  
ANA PAULA SOUSA DA SILVA

**Outorgante**





REGISTRO GERAL	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
00000000000000000000000000000000	03/11/2015
NOME <b>ANA PAULA SOUSA DA SILVA</b>	FILIAÇÃO <b>ANTONIO LEONES CARDOSO DA SILVA</b> <b>RAINUNDA SOUSA DA SILVA</b>
NATURALIDADE <b>BOA VISTA - RR</b>	DOC. ORIGEM CERTO NASC: 83/62 FLS 161 LIV A/122 1 OF BOA VISTA-RR
O	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/04/1992
O	DATA DE NASCIMENTO 23/04/1992
O	AMADEU ROCHA TRIANI Poderes Procurador do Poder Executivo Gabinete do Vice
O	002.117.832-18 2 VIA
O	7.116 DE 29.08.83



COMARCA DE BOA VISTA - 1<sup>a</sup> VARA DE FAMÍLIA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

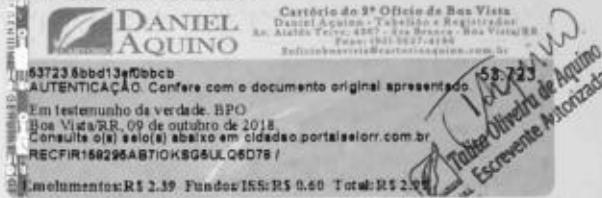
## TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: **0814989-39.2017.8.23.0010**

Ação: **CURATELA/INTERDIÇÃO**

Requerente: Ana Paula Sousa da Silva

Interditado(a): *Raimunda Sousa da Silva*



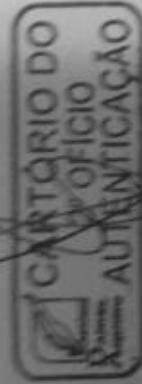
Aos 04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1<sup>a</sup> Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET, Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr<sup>a</sup>. Ana Paula Sousa da Silva, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada **Curadora de Raimunda Sousa da Silva**, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investido na **Curatela Provisória** da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme **decisão** exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu Jocilene de Sousa Silva (Técnica Judiciária) o digitei e Liduina Ricarte Beserra Amâncio (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que val assinado pelo MM. Juiz.

*Ana Paula Sousa da Silva*  
**Ana Paula Sousa da Silva**  
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

**Luiz Fernando Castanheira Mallet**  
Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família

Confenda e achada conforme, nesta data,  
com o original existente no meio eletrônico  
e no endereço registrado.

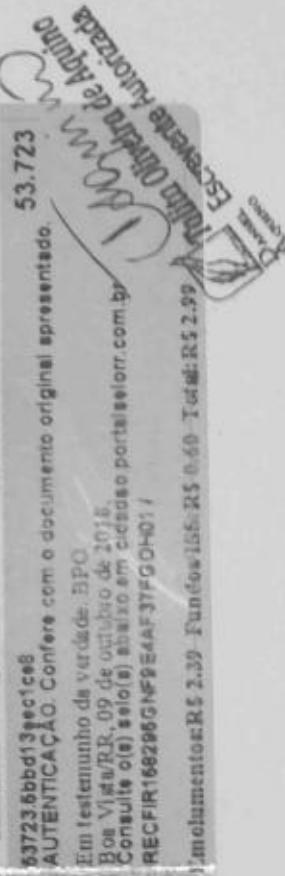


CARTÓRIO DO OFÍCIO AUTENTICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
FOLHA FICHA 000244		DATA DE EMISSÃO 03/10/2016
NOME <b>RAIMUNDA SOUSA DA SILVA</b>		NATURALIDADE FRANCISCO MODESTO DE SOUSA
FILIAÇÃO SANTARÉM - PA		MARIA MODESTO DE SOUSA
		DATA DE NASCIMENTO 15/10/1970
		DOC. ORIGEM CERTO CAS 2247 FLS 282 V LIV 14 B
		BELTERRA - PA
515.353.352-20		AMADEU ROCHA TRIANI LEI N° 7.116 DE 29/08/83 Partido Progressista Diretor do SDC
2 VIA		P. 1

Raimunda Souza da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

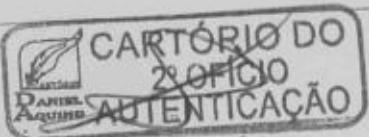


53.723-6bbdf3fec8  
AUTENTICAÇÃO Confere com o documento original apresentado.

Em testemunho da verdade, DPO.  
Boa Vista/RR, 09 de outubro de 2016.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [portaiselot.com.br](http://portaiselot.com.br)  
RECIR68288G159E4AF37FGQD-01 /

Documento: R\$ 2,39 Fundo: R\$ 0,69 Total: R\$ 2,99

04/09/2018



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**515.353.352-20**

Nome  
**RAIMUNDA SOUSA DA SILVA**

Nascimento  
**15/10/1970**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**F6D3.24FA.27BE.E644**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:27:02 do dia 04/09/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabellão e Registrador  
Av. Ataíde Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR  
Fone: (65) 3327-4198  
notariado.boavista@cartorioinaquino.com.br

637238bbd1420d0a8c  
AUTENTICAÇÃO Confere com o documento original apresentado. 53.723

Em testemunho da verdade, BPO  
Boa Vista/RR, 09 de outubro de 2018.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portaiselorr.com.br](http://cidadao.portaiselorr.com.br)  
RECFIR160296PWKBWMS4EQV89X01 /

Documento: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Talita Oliveira de Aquino  
Escrevente Autorizada



CARTÓRIO DO  
OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 03/11/2015

DATA DE EXPIRAÇÃO 30/07/49 - S

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



NOME  
ANA PAULA SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO

ANTONIO LEONES CARDOSO DA SILVA

RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1992

DOC. ORIGINAL CERTO NASC. 83182 FLS 161 LIV A/122

1 OF BOA VISTA-RR

CNPJ

002.117.8332-18

AMADEU ROCHA TRIANA

P 1

002.117.8332-18

AMADEU ROCHA TRIANA

P 1

2 VIA

7.116 DE 29/08/83



DANIEL  
AQUINO

ASSINATURA DO TITULAR  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

53.723

7.116 DE 29/08/83

X

Y

Z

X

Y

Z

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

O

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

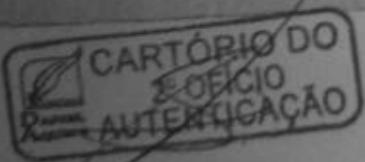
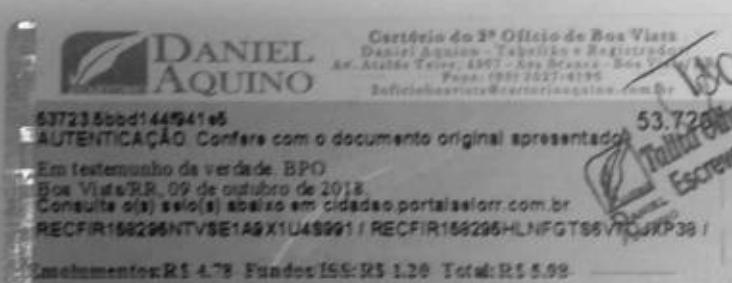
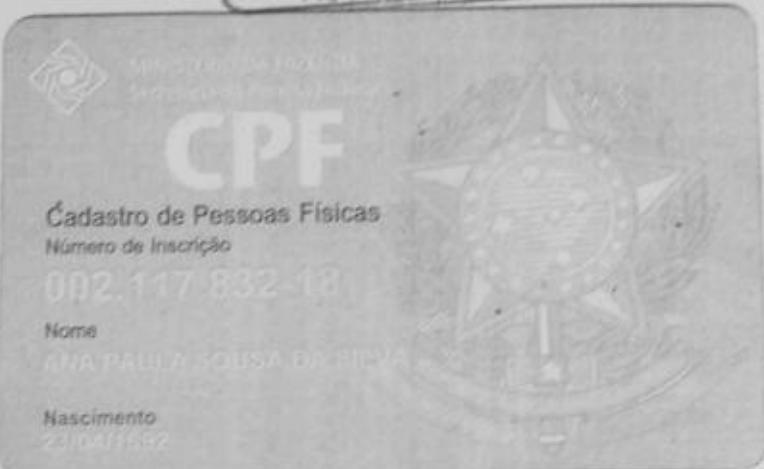
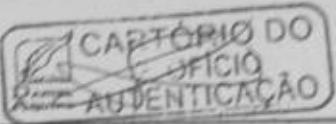
R

Q

P

O

N



FRONT

B4/B5

A4

6

A3

2

B4



## PROCURAÇÃO

Outorgante: RAIMUNDA SOUSA DA SILVA, brasileira, aposentada, inscrita no CPF: 515.353.352-20, e no RG: 180244 SSP/RR, representada por sua curadora : ANA PAULA SOUSA DA SILVA, brasileira, solteira, servidora publica, inscrita no CPF: 002.117.832-18, e no RG: 309749-8SSP/RR, residente na Rua: Professor Hélcio Carlos, Nº546, Senador Hélio Campos, Boa Vista/RR, constitui:

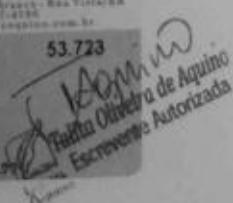
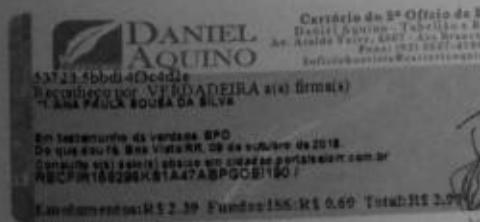
Outorgado: JENNIFER DA SILVA SODRE, brasileira, solteira, inscrita no CPF: 023.038.722-51 e no RG: 358203-5 SSP/RR, residente nesta capital na rua Prof. Diomedes, nº 103, bairro Centro.

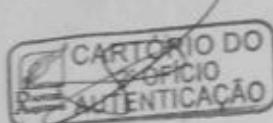
**PODERES:** Ao qual confere para o foro em geral, com cláusula *ad judicial* de ações, usar de todos os recursos em direito permitidos, transigir, receber valores, dar quitação, desistir, firmar compromissos, receber e emitir documentos, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho desta procuração e aos poderes nela conferidos, podendo ainda substabelecer com reservas de poderes para atuar administrativamente junto a POLICIA CIVIL E MILITAR para requer boletim de ocorrência, e junto ao SAMU E HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR, para requerer prontuário medico e relatório de atendimento.

Boa Vista, RR, 15 de Agosto de 2018.



ana paula sousa da silva  
ANA PAULA SOUSA DA SILVA  
Outorgante





COMARCA DE BOA VISTA - 1<sup>a</sup> VARA DE FAMÍLIA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Confirme e achaça conforme, nesta data,  
com o original existente no meio eletrônico  
e no endereço registrado.

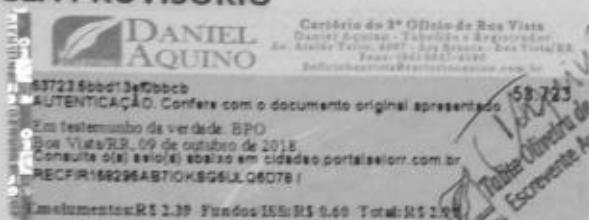
## TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: 0814989-39.2017.8.23.0010

Ação: CURATELA/INTERDIÇÃO

Requerente: Ana Paula Sousa da Silva

Interditado(a): Raimunda Sousa da Silva



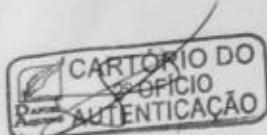
Aos 04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1<sup>a</sup> Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET, Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Sr<sup>a</sup>. Ana Paula Sousa da Silva, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18, residente e domiciliado nesta capital, nomeada Curadora de Raimunda Sousa da Silva, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investida na Curatela Provisória da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme decisão exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu Jocilene de Sousa Silva (Técnica Judiciária) o digitei e Liduina Ricarte Beserra Amâncio (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que val assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula Sousa da Silva  
Ana Paula Sousa da Silva  
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

Luz Fernando Castanheira Mallet  
Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família

Confirme e achaça conforme, nesta data,  
com o original existente no meio eletrônico  
e no endereço registrado.



COMARCA DE BOA VISTA - 1<sup>a</sup> VARA DE FAMÍLIA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Confenda e achada conforme, nesta data,  
com o original existente no meio eletrônico  
e no endereço registrado.

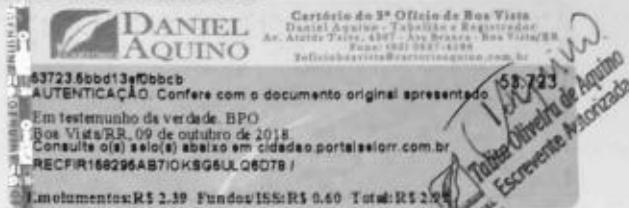
## TERMO DE CURATELA PROVISÓRIO

Processo: 0814989-39.2017.8.23.0010

Ação: CURATELA/INTERDIÇÃO

Requerente: Ana Paula Sousa da Silva

Interditado(a): Raimunda Sousa da Silva



Aos 04 dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, nesta Cidade e Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, no Juízo da 1<sup>a</sup> Vara de Família, onde se encontrava o Exmo. MM LUIZ FERNANDO CASTANHEIRA MALLET, Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família, comigo Diretora de Secretaria do seu cargo, aí compareceu o Srº. Ana Paula Sousa da Silva, brasileira, solteira, assistente de aluno, portadora do RG nº 3097498 SSP/RR e inscrita no CPF nº 002.117.832-18 , residente e domiciliado nesta capital, nomeada Curadora de Raimunda Sousa da Silva, brasileira, casada, aposentada, portadora do RG nº 180244 SSP/RR e inscrita no CPF nº 515.353.352-20, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi cometido, o que, deferido pelo MM. Juiz, na forma da lei, declarando-a investida na Curatela Provisória da pessoa acima referida, e, em consequência, caberá a curadora dirigir e reger os bens do(a) interditado(a), bem como receber os rendimentos e salários; fornecer a esta e a família as quantias necessárias para as despesas pessoais; adquirir bens e mercadorias relativas a alimentos, vestuário, higiene, limpeza etc.; efetuar pagamentos decorrentes de obrigações assumidas e outras mensalmente verificáveis, como água, luz, telefone e impostos; assistir a interditada em juízo ou fora dele, como repartições públicas, bancos e estabelecimentos comerciais; promover as alienações indispensáveis, sempre com autorização judicial, menos àquelas concernentes a bens móveis de fácil deterioração e de valor não significativo. A administração das finanças do(a) interditado(a), devem ter como escopo a manutenção desta e seu tratamento de saúde em local apropriado. Outrossim, o curador nomeado não poderá, por qualquer modo, alienar ou onerar bens de quaisquer naturezas, eventualmente pertencentes ao interdito, tampouco contrair dívidas ou empréstimos em nome deste, sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem-estar do incapaz. Aplica-se, ao caso, o disposto no art. 553 do Código de Processo Civil e as respectivas sanções. Aceito pelo mesmo o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que foi deferida, conforme decisão exarada nos autos em epígrafe. E, para constar, eu Jocilene de Sousa Silva (Técnica Judiciária) o digitei e Liduina Ricarte Beserra Amâncio (Diretora de Secretaria) mandou lavrar o presente termo que vai assinado pelo MM. Juiz.

Ana Paula S. da S.  
Ana Paula Sousa da Silva  
Compromissado(a)

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

Luiz Fernando Castanheira Mallet  
Juiz de Direito Titular da 1<sup>a</sup> Vara de Família

Confenda e achada conforme, nesta data,  
com o original existente no meio eletrônico  
e no endereço registrado.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185642/20

**Vítima:** RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

**CPF:** 515.353.352-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2017

**Titular do CPF:** RAIMUNDA SOUSA DA SILVA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JENNIFER DA SILVA SODRE : 023.038.722-51

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### RAIMUNDA SOUSA DA SILVA : 515.353.352-20

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](http://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.