

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, 21 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180598501**

**Vítima: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

**Data do Acidente: 26/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

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

**Senhor(a), MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

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



# 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:

59869038204

Nome completo da vítima:

MARIA SONANGE GUEDES FLÔR

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

Nome completo:

MARIA SONANGE GUEDES FLÔR

CPF: 59869038204

Profissão:

Número: 599 Complemento:

FUNC. PÚBLICA

Endereço:

R. ENG. CARLOS GERANDO

Bairro:

CENTENÁRIO

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

E-mail:

CEP: 69.312-521

Tel.(DDP): (095) 99116.8367

GUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0250 CONTA: 28.060

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 18/12/2018.

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

20 DEZ 2018

THOMAS

GENTE SEGURO S/A  
Av. Capital Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR.

X Maria Sonange Guedes Flôr  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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.

494174

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 514/2017/DAT - Boa Vista-RR, em 21/09/2017**

COMUNICANTE: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

RG: 131729

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 598.690.382-04

ENDEREÇO: RUA ENG. CARLOS GERALDO

Nº: 599

BAIRRO: CENTENARIO

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: TECNICO EM ENFERMAGEM

NATURALIDADE: SANTA ISABE DO PARA

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1970 IDADE: 47 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: 99175-2000

Nº REG. CNH:02483962669

NOME DO PAI: RAIMUNDO MATIAS FLOR

NOME DA MÃE: TERESINHA GUEDES FLOR

Senhor Delegado, venho comunicar que no dia 26/08/2018 aproximadamente às 06h40min. na Avenida Brasil, 13 de setembro, Cidade: Boa Vista-RR.

A comunicante relata que na data e hora acima mencionados, trafegava na Avenida Brasil, sentido bairro/centro, conduzindo a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESDI, placa NUL9419/RR, Chassi 9C2KC1680DR800429, de propriedade de MARIA SOLANGE GUEDES FLOR. Que nesse dia havia óleo derramado na avenida, e devido a isso, perdeu o controle da motocicleta, derrapou e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrida pelo SAMU. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. É o relato.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**  
**OBSERVAÇÃO: BO REGISTRADO PARA SEGURO DPVAT.**

**ERICO WALLACE BESSA ROCHA**  
 AGENTE DE POLICIA  
 MAT: 4200652

**DAT**

5 9 SET. 2018

**AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR**

**MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

# 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:

59869038204

Nome completo da vítima:

MARIA SONANGE GUEDES FLÔR

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

Nome completo:

MARIA SONANGE GUEDES FLÔR

CPF: 59869038204

Profissão:

Número: 599 Complemento:

FUNC. PÚBLICA

Endereço:

R. ENG. CARLOS GERANDO

CEP: 69.312-521

Bairro:

CENTENÁRIO

Cidade:

BOA VISTA

Estado: RR

Tel.(DDP): (095) 99116.8367

E-mail:

LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0250 CONTA: 28.060

(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 18/12/2018.

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

20 DEZ 2018

THOMAS

GENTE SEGURO S/A  
Av. Capital Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR.

X Maria Sonange Guedes Flôr  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 RÔGO, 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.

# FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1340

UNIDADE: Bravo I

EQUIPE

Téc. Sist./cond. Gesso / Odonto 192

Paciente: Maria Solange Guedes Flor  
Nacionalidade: Brasileira  
Endereço: Avenida Brasil

Idade: 61

Sexo: Fem

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Bairro

13 de Setembro

Nº 15968

DATA 26/08/18

HORA J/9: 06:53

BASE A

VIA ( )

( ) RÁDIO

4) CELULAR

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Qm Fumegos

HORA J/10: 06:59 07:11

ACIONAMENTO

SOCORRO

TRANSPORTE

ATENDIDO NA BASE

OUTRO

J/10-07-18

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

## AUTOMÓVEL

- [ ] Capotamento
- [ ] Atropelamento
- [ ] Colisão AUTO x
- [ ] Motorista
- [ ] Passageiro Banco dianteiro
- [ ] Passageiro Banco traseiro

## PEDESTRE

- [ ] Atropelamento
- [ ] VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

## AUTOMÓVEL

- [ ] Uso do cinto
- [ ] Vítima projetada
- [ ] Vítima encarcerada
- [ ] Air Bag Acionado

## MOTOCICLETA / BICICLETA

- [ ] Colisão MOTO X
- [ ] Queda de moto
- [ ] Atropelamento
- [ ] Queda de Bicicleta
- [ ] Piloto

## VIOLÊNCIA

- [ ] FAB
- [ ] FAF
- [ ] Espancamento
- [ ] Violência Doméstica
- [ ] Violência Sexual
- [ ] Tentativa de suicídio

- [ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto
- [ ] Queda, Altura aprox.
- [ ] Acidente Doméstico
- [ ] Queimadura Agente
- [ ] Afogamento
- [ ] Agressão p/ animal
- [ ] Outros:

## VIAS AÉREAS

- [ ] Livre
- [ ] Obstrução Parcial
- [ ] Obstrução Total
- [ ] Corpo estranho
- [ ] Edema de Glote
- [ ] Outro:

## VENTILAÇÃO

- [ ] Eupneico
- [ ] Apneia
- [ ] Dispnéia
- [ ] Bradipneia
- [ ] Taquipneia
- [ ] Roncos
- [ ] Sibilos
- [ ] Respiração paradoxal

## AVALIAÇÃO INICIAL

### CIRCULAÇÃO

- [ ] Normocárdico
- [ ] Bradicardico
- [ ] Taquicardico
- [ ] Arritmico
- [ ] Enchimento capilar acima de 2"
- [ ] Ausente
- [ ] Cianose central
- [ ] Cianose de extremidade

### AVAL. NEUROLOGICA

- [ ] AVDN
- [ ] Miase
- [ ] Midriase
- [ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
- [ ] Aparentemente Utilizado

A

### GLASGOW

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Inicio 07:05	130x90	96	23	97	-	-	-	-
Fim 07:11	130x90	97	20	98	-	-	-	-

## AVALIAÇÃO SECUNDARIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
[ ] Corada	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Escoriações	[ ] Dor	[ ] Escoriações
[ ] Quente	[ ] Escoriação	[ ] Escoriações	[ ] Lacerações	[ ] Escoriações	[ ] Lacerações
[ ] Pálida	[ ] Lacerção	[ ] Lacerções	[ ] Hematoma	[ ] Lacerações	[ ] Distendido
[ ] Fria	[ ] Hematoma	[ ] Ferimento ocular	[ ] Desvio da traquéia	[ ] Contusão pulmonar	[ ] Em tábua
[ ] Úmida	[ ] Afundamento	[ ] Luxação	[ ] Enfisema Sub-Cutâneo	[ ] Ferida Aspirativa	[ ] Doloroso
[ ] Seca	[ ] Fer. penetrante	[ ] Mandíbula	[ ] [ ]	[ ] Empalamento	[ ] Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	OCULAR	VERBAL
[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Contusão	[ ] Espontânea	[ ] Orientado
[ ] Escoriações	[ ] Hematoma	[ ] Escoriações	[ ] Escoriações	[ ] Ao comando	[ ] 4 Confuso
[ ] Dor	[ ] Dor	[ ] Luxações	[ ] Luxações	[ ] 2 A dor	[ ] 3 Palavras
[ ] Instabilidade	[ ] Escoriações	[ ] Lacerções	[ ] Lacerções	[ ] 1 Sem resposta	[ ] Inapropriadas
[ ] Crepitacão	[ ] Crepitacão	[ ] Fratura	[ ] Fratura	[ ]	[ ] 2 Palavras incompreensíveis
		[ ] Amputação	[ ] Amputação	[ ]	[ ] 1 Sem resposta
		[ ] Crepitacão	[ ] Crepitacão	[ ]	[ ]

## AVALIAÇÃO CARDIACA

AVALIAÇÃO CARDIACA			AFECÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PREGRESSA		
[ ] Ritmo Sinusal	[ ] Fibrilação atrial	[ ] Fibrilação ventricular	[ ] Respiratória	[ ] Digestiva	[ ] Infeciosa	[ ] Diabetes	[ ] Alergias	
[ ] Taquicardia	[ ] Assistolia	[ ] Neurológica	[ ] Obstétrica	[ ] Outra	[ ] HAS	[ ] Cardiopatia	[ ] Outros	
[ ] Bradicardia		[ ] Psiquiátrica				[ ] Medicinação de uso:		
[ ] Fibrilar		[ ] Metabólica						
		[ ] Cardiovascular						
		[ ] Aborto						

GRAVIDADE

[ ] ILESO

[ ] PEQUENA [ ] MÉDIA

[ ] SEVERA

[ ] ÓBITO EVIDENTE

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento
- [ ] Não se encontrava no local - EVASÃO
- [ ] Recusa de hospitalização
- [ ] Trote
- [ ] Bombeiro no local

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

## MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

20 DEZ 2018

- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] SMTRAN
- [X] Bombeiro
- [ ] Outros:

## OBSERVAÇÕES

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão José Bazzera, 444 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL

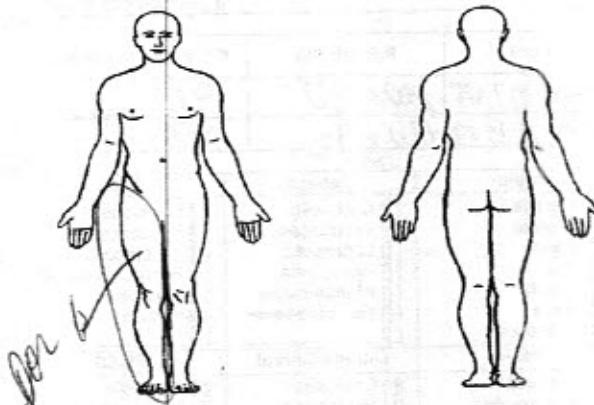
EM 21/09/18

Stephanie

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.		
	Assinatura do Paciente: _____		RG: _____
PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição: _____		
	Nome do Receptor: _____		
	Função do Receptor: _____		
	Assinatura do Receptor: _____		
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____		RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____		RG: _____
TESTEMUNHA 02: _____		RG: _____	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

	Classificação	Pontos
Abertura Ocular	Esponánea	4
(Cílios abertos primeiramente à estimulação)	Ap. Som	3
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	A. Pressão	2
Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos 24.000	Ausente	1
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Não Testável	NT
Olhos fechados devido a fator local		
Resposta Verbal		
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunição coerente	Confusa	4
Falavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência	Audiente	3
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		
Comprimento de braço com 2 mãos	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de cabeça ou pescoço	Localização	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



última de queda de moto, houve realização avaliação  
from + secundo, que exame se desalogo  
MOT 1, C155V preservados, ao NR, ao GT.

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 21/09/18

Stephanie

paciente 309.347 coran.  
ASSINATURA E CARIMBO



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
**0090829-0**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Contrato de Energia Elétrica - Série B/1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEEFAZ 368.11

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

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	16/09/2018	741	442,26

MARIA SOLANGE GUEDES FLOR  
R. ENG CARLOS GERALDO 599 CENTENARIO  
CPF: 00059869038204  
CEP: 69.312-521 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.02.349600

DADOS DA LEITURA		kWh	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	57163			Atual: 22/08/2018
Anterior:	56422			Anterior: 20/07/2018
Constante de Multiplicação:	1.000			Próxima Leitura: 20/09/2018
Consumo Medido:	741			Emissão: 21/08/2018
Consumo Faturado:	741	FCAM		Apresentação: 22/08/2018

Forma de Faturamento	NORMAL	Periodo Faturado	Período de Emissão	33
----------------------	--------	------------------	--------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faf.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2808217	M 1519447	1.1.1.2	830

HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/18	619	CONSUMO	741 A R\$ 0,557486 = 413,09
JUN/18	651	CORRECAO MONETARIA DA 06/18-00	0,03
MAI/18	619	CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00	2,29
ABR/18	827	MULTA POR ATRASO DE I 06/18-00	0,51
MAR/18	815	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00	0,08
FEV/18	912	MULTA POR ATRASO 06/18-00	7,37
JAN/18	828	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	1,71
DEZ/17	940	ILUMINACAO PÚBLICA	17,18
NOV/17	1194		
OUT/17	1040		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		0 A 741 - 0,456770	

MENSAGENS IMPORTANTES: REAVISO DE VENCIMENTO  
Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) pode ser cancelada em nossos canais de atendimento.  
Ligue 08007019120 e faça opção VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

RESERVADO AO FISCO 3F84.87F1.433D.C4F4.B459.4A30.2FAC.E34A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	126,94	Base de Cálculo:	415,09
Energia:	203,08	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	70,22
Encargos:	8,46	Valor do PIS:	0,76
Tributos:	74,61	Valor do COFINS:	3,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65  
0,00 0,00 0,00

DISTRITO  
ROT: 31.001.27.02.349600

06/2018 144,93

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0090829-0	442,26
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2018	16/09/2018
Nº da Nota Fiscal:	001309999 FCAM

83610000004 8 42260075000 0 00000000090 1 82900818008 7



SEQ.: 00003 UC: 0090829-0 DT.LEIT.: 22/08/2018 T.ENTR.: 01

LEITURA: 57163 NORMAL TOTAL: 442,26 CARGA: 007

DT.VENC.: 16/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1041



Itaucard



CDD ASA BRANCA RR

PC -10

LUANA AMORIM DE SOUZA  
 R SD PM JACINTO JOSE SANTANA SILVA 359  
 CS - CARANA  
 69313-572 BOA VISTA - RR



72110942303154000000626630 250618

Postagem: 25/06/2018

Vencimento: 05/07/2018

Emissão: 24/06/2018

Fechamento próxima fatura: 31/07/2018

Titular **LUANA AMORIM DE SOUZA**  
 Cartão **4440.XXXX.XXXX.9642**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse

vencimento  
**05/07/2018**

A) pagamento total R\$ **491,89**

ou B) pagamento para rotativo (a partir de) **231,1**

## Resumo da fatura

Total da fatura anterior

Pagamento efetuado em 05/06/2018

Saldo financiado

Lançamentos atuais

Total desta fatura

**Atenção:** em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados na fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o

1º/2º/3º/4º/5º/6º/7º/8º/9º/10º/11º/12º/13º/14º/15º/16º/17º/18º/19º/20º/21º/22º/23º/24º/25º/26º/27º/28º/29º/30º/31º/32º/33º/34º/35º/36º/37º/38º/39º/40º/41º/42º/43º/44º/45º/46º/47º/48º/49º/50º/51º/52º/53º/54º/55º/56º/57º/58º/59º/60º/61º/62º/63º/64º/65º/66º/67º/68º/69º/70º/71º/72º/73º/74º/75º/76º/77º/78º/79º/80º/81º/82º/83º/84º/85º/86º/87º/88º/89º/90º/91º/92º/93º/94º/95º/96º/97º/98º/99º/100º/101º/102º/103º/104º/105º/106º/107º/108º/109º/110º/111º/112º/113º/114º/115º/116º/117º/118º/119º/120º/121º/122º/123º/124º/125º/126º/127º/128º/129º/130º/131º/132º/133º/134º/135º/136º/137º/138º/139º/140º/141º/142º/143º/144º/145º/146º/147º/148º/149º/150º/151º/152º/153º/154º/155º/156º/157º/158º/159º/160º/161º/162º/163º/164º/165º/166º/167º/168º/169º/170º/171º/172º/173º/174º/175º/176º/177º/178º/179º/180º/181º/182º/183º/184º/185º/186º/187º/188º/189º/190º/191º/192º/193º/194º/195º/196º/197º/198º/199º/200º/201º/202º/203º/204º/205º/206º/207º/208º/209º/210º/211º/212º/213º/214º/215º/216º/217º/218º/219º/220º/221º/222º/223º/224º/225º/226º/227º/228º/229º/230º/231º/232º/233º/234º/235º/236º/237º/238º/239º/240º/241º/242º/243º/244º/245º/246º/247º/248º/249º/250º/251º/252º/253º/254º/255º/256º/257º/258º/259º/259º/260º/261º/262º/263º/264º/265º/266º/267º/268º/269º/270º/271º/272º/273º/274º/275º/276º/277º/278º/279º/279º/280º/281º/282º/283º/284º/285º/286º/287º/288º/289º/289º/290º/291º/292º/293º/294º/295º/296º/297º/298º/299º/299º/300º/301º/302º/303º/304º/305º/306º/307º/308º/309º/309º/310º/311º/312º/313º/314º/315º/316º/317º/318º/319º/319º/320º/321º/322º/323º/324º/325º/326º/327º/328º/329º/329º/330º/331º/332º/333º/334º/335º/336º/337º/338º/339º/339º/340º/341º/342º/343º/344º/345º/346º/347º/348º/349º/349º/350º/351º/352º/353º/354º/355º/356º/357º/358º/359º/359º/360º/361º/362º/363º/364º/365º/366º/367º/368º/369º/369º/370º/371º/372º/373º/374º/375º/376º/377º/378º/379º/379º/380º/381º/382º/383º/384º/385º/386º/387º/388º/389º/389º/390º/391º/392º/393º/394º/395º/396º/397º/398º/399º/399º/400º/401º/402º/403º/404º/405º/406º/407º/408º/409º/409º/410º/411º/412º/413º/414º/415º/416º/417º/418º/419º/419º/420º/421º/422º/423º/424º/425º/426º/427º/428º/429º/429º/430º/431º/432º/433º/434º/435º/436º/437º/438º/439º/439º/440º/441º/442º/443º/444º/445º/446º/447º/448º/449º/449º/450º/451º/452º/453º/454º/455º/456º/457º/458º/459º/459º/460º/461º/462º/463º/464º/465º/466º/467º/468º/469º/469º/470º/471º/472º/473º/474º/475º/476º/477º/478º/478º/479º/479º/480º/481º/482º/483º/484º/485º/486º/487º/488º/489º/489º/490º/491º/492º/493º/494º/495º/496º/497º/498º/499º/499º/500º/500º/501º/502º/503º/504º/505º/506º/507º/508º/509º/509º/510º/511º/512º/513º/514º/515º/516º/517º/518º/519º/519º/520º/521º/522º/523º/524º/525º/526º/527º/528º/529º/529º/530º/531º/532º/533º/534º/535º/536º/537º/538º/539º/539º/540º/541º/542º/543º/544º/545º/546º/547º/548º/549º/549º/550º/551º/552º/553º/554º/555º/556º/557º/558º/559º/559º/560º/561º/562º/563º/564º/565º/566º/567º/568º/569º/569º/570º/571º/572º/573º/574º/575º/576º/577º/578º/578º/579º/579º/580º/581º/582º/583º/584º/585º/586º/587º/588º/589º/589º/590º/591º/592º/593º/594º/595º/596º/597º/598º/599º/599º/600º/601º/602º/603º/604º/605º/606º/607º/608º/609º/609º/610º/611º/612º/613º/614º/615º/616º/617º/618º/619º/619º/620º/621º/622º/623º/624º/625º/626º/627º/628º/629º/629º/630º/631º/632º/633º/634º/635º/636º/637º/638º/639º/639º/640º/641º/642º/643º/644º/645º/646º/647º/648º/649º/649º/650º/651º/652º/653º/654º/655º/656º/657º/658º/659º/659º/660º/661º/662º/663º/664º/665º/666º/667º/668º/669º/669º/670º/671º/672º/673º/674º/675º/676º/677º/678º/678º/679º/679º/680º/681º/682º/683º/684º/685º/686º/687º/688º/689º/689º/690º/691º/692º/693º/694º/695º/696º/697º/698º/698º/699º/699º/700º/701º/702º/703º/704º/705º/706º/707º/708º/709º/709º/710º/711º/712º/713º/714º/715º/716º/717º/718º/719º/719º/720º/721º/722º/723º/724º/725º/726º/727º/728º/729º/729º/730º/731º/732º/733º/734º/735º/736º/737º/738º/739º/739º/740º/741º/742º/743º/744º/745º/746º/747º/748º/749º/749º/750º/751º/752º/753º/754º/755º/756º/757º/758º/759º/759º/760º/761º/762º/763º/764º/765º/766º/767º/768º/769º/769º/770º/771º/772º/773º/774º/775º/776º/777º/778º/778º/779º/779º/780º/781º/782º/783º/784º/785º/786º/787º/788º/789º/789º/790º/791º/792º/793º/794º/795º/796º/797º/798º/798º/799º/799º/800º/801º/802º/803º/804º/805º/806º/807º/808º/809º/809º/810º/811º/812º/813º/814º/815º/816º/817º/818º/819º/819º/820º/821º/822º/823º/824º/825º/826º/827º/828º/829º/829º/830º/831º/832º/833º/834º/835º/836º/837º/838º/839º/839º/840º/841º/842º/843º/844º/845º/846º/847º/848º/849º/849º/850º/851º/852º/853º/854º/855º/856º/857º/858º/859º/859º/860º/861º/862º/863º/864º/865º/866º/867º/868º/869º/869º/870º/871º/872º/873º/874º/875º/876º/877º/878º/878º/879º/879º/880º/881º/882º/883º/884º/885º/886º/887º/888º/889º/889º/890º/891º/892º/893º/894º/895º/896º/897º/898º/898º/899º/899º/900º/901º/902º/903º/904º/905º/906º/907º/908º/909º/909º/910º/911º/912º/913º/914º/915º/916º/917º/918º/919º/919º/920º/921º/922º/923º/924º/925º/926º/927º/928º/929º/929º/930º/931º/932º/933º/934º/935º/936º/937º/938º/939º/939º/940º/941º/942º/943º/944º/945º/946º/947º/948º/949º/949º/950º/951º/952º/953º/954º/955º/956º/957º/958º/959º/959º/960º/961º/962º/963º/964º/965º/966º/967º/968º/969º/969º/970º/971º/972º/973º/974º/975º/976º/977º/978º/978º/979º/979º/980º/981º/982º/983º/984º/985º/986º/987º/988º/989º/989º/990º/991º/992º/993º/994º/995º/996º/997º/998º/998º/999º/999º/1000º/1001º/1002º/1003º/1004º/1005º/1006º/1007º/1008º/1009º/1009º/1010º/1011º/1012º/1013º/1014º/1015º/1016º/1017º/1018º/1019º/1019º/1020º/1021º/1022º/1023º/1024º/1025º/1026º/1027º/1028º/1029º/1029º/1030º/1031º/1032º/1033º/1034º/1035º/1036º/1037º/1038º/1039º/1039º/1040º/1041º/1042º/1043º/1044º/1045º/1046º/1047º/1048º/1049º/1049º/1050º/1051º/1052º/1053º/1054º/1055º/1056º/1057º/1058º/1059º/1059º/1060º/1061º/1062º/1063º/1064º/1065º/1066º/1067º/1068º/1069º/1069º/1070º/1071º/1072º/1073º/1074º/1075º/1076º/1077º/1078º/1078º/1079º/1079º/1080º/1081º/1082º/1083º/1084º/1085º/1086º/1087º/1088º/1089º/1089º/1090º/1091º/1092º/1093º/1094º/1095º/1096º/1097º/1098º/1098º/1099º/1099º/1100º/1101º/1102º/1103º/1104º/1105º/1106º/1107º/1108º/1109º/1109º/1110º/1111º/1112º/1113º/1114º/1115º/1116º/1117º/1118º/1119º/1119º/1120º/1121º/1122º/1123º/1124º/1125º/1126º/1127º/1128º/1129º/1129º/1130º/1131º/1132º/1133º/1134º/1135º/1136º/1137º/1138º/1139º/1139º/1140º/1141º/1142º/1143º/1144º/1145º/1146º/1147º/1148º/1149º/1149º/1150º/1151º/1152º/1153º/1154º/1155º/1156º/1157º/1158º/1159º/1159º/1160º/1161º/1162º/1163º/1164º/1165º/1166º/1167º/1168º/1169º/1169º/1170º/1171º/1172º/1173º/1174º/1175º/1176º/1177º/1178º/1178º/1179º/1179º/1180º/1181º/1182º/1183º/1184º/1185º/1186º/1187º/1188º/1189º/1189º/1190º/1191º/1192º/1193º/1194º/1195º/1196º/1197º/1198º/1198º/1199º/1199º/1200º/1201º/1202º/1203º/1204º/1205º/1206º/1207º/1208º/1209º/1209º/1210º/1211º/1212º/1213º/1214º/1215º/1216º/1217º/1218º/1219º/1219º/1220º/1221º/1222º/1223º/1224º/1225º/1226º/1227º/1228º/1229º/1229º/1230º/1231º/1232º/1233º/1234º/1235º/1236º/1237º/1238º/1239º/1239º/1240º/1241º/1242º/1243º/1244º/1245º/1246º/1247º/1248º/1249º/1249º/1250º/1251º/1252º/1253º/1254º/1255º/1256º/1257º/1258º/1259º/1259º/1260º/1261º/1262º/1263º/1264º/1265º/1266º/1267º/1268º/1269º/1269º/1270º/1271º/1272º/1273º/1274º/1275º/1276º/1277º/1278º/1278º/1279º/1279º/1280º/1281º/1282º/1283º/1284º/1285º/1286º/1287º/1288º/1289º/1289º/1290º/1291º/1292º/1293º/1294º/1295º/1296º/1297º/1298º/1298º/1299º/1299º/1300º/1301º/1302º/1303º/1304º/1305º/1306º/1307º/1308º/1309º/1309º/1310º/1311º/1312º/1313º/1314º/1315º/1316º/1317º/1318º/1319º/1319º/1320º/1321º/1322º/1323º/1324º/1325º/1326º/1327º/1328º/1329º/1329º/1330º/1331º/1332º/1333º/1334º/1335º/1336º/1337º/1338º/1339º/1339º/1340º/1341º/1342º/1343º/1344º/1345º/1346º/1347º/1348º/1349º/1349º/1350º/1351º/1352º/1353º/1354º/1355º/1356º/1357º/1358º/1359º/1359º/1360º/1361º/1362º/1363º/1364º/1365º/1366º/1367º/1368º/1369º/1369º/1370º/1371º/1372º/1373º/1374º/1375º/1376º/1377º/1378º/1378º/1379º/1379º/1380º/1381º/1382º/1383º/1384º/1385º/1386º/1387º/1388º/1389º/1389º/1390º/1391º/1392º/1393º/1394º/1395º/1396º/1397º/1398º/1398º/1399º/1399º/1400º/1401º/1402º/1403º/1404º/1405º/1406º/1407º/1408º/1409º/1409º/1410º/1411º/1412º/1413º/1414º/1415º/1416º/1417º/1418º/1419º/1419º/1420º/1421º/1422º/1423º/1424º/1425º/1426º/1427º/1428º/1429º/1429º/1430º/1431º/1432º/1433º/1434º/1435º/1436º/1437º/1438º/1439º/1439º/1440º/1441º/1442º/1443º/1444º/1445º/1446º/1447º/1448º/1449º/1449º/1450º/1451º/1452º/1453º/1454º/1455º/1456º/1457º/1458º/1459º/1459º/1460º/1461º/1462º/1463º/1464º/1465º/1466º/1467º/1468º/1469º/1469º/1470º/1471º/1472º/1473º/1474º/1475º/1476º/1477º/1478º/1478º/1479º/1479º/1480º/1481º/1482º/1483º/1484º/1485º/1486º/1487º/1488º/1489º/1489º/1490º/1491º/1492º/1493º/1494º/1495º/1496º/1497º/1498º/1498º/1499º/1499º/1500º/1501º/1502º/1503º/1504º/1505º/1506º/1507º/1508º/1509º/1509º/1510º/1511º/1512º/1513º/1514º/1515º/1516º/1517º/1518º/1519º/1519º/1520º/1521º/1522º/1523º/1524º/1525º/1526º/1527º/1528º/1529º/1529º/1530º/1531º/1532º/1533º/1534º/1535º/1536º/1537º/1538º/1539º/1539º/1540º/1541º/1542º/1543º/1544º/1545º/1546º/1547º/1548º/1549º/1549º/1550º/1551º/1552º/1553º/1554º/1555º/1556º/1557º/1558º/1559º/1559º/1560º/1561º/1562º/1563º/1564º/1565º/1566º/1567º/1568º/1569º/1569º/1570º/1571º/1572º/1573º/1574º/1575º/1576º/1577º/1578º/1578º/1579º/1579º/1580º/1581º/1582º/1583º/1584º/1585º/1586º/1587º/1588º/1589º/1589º/1590º/1591º/1592º/1593º/1594º/1595º/1596º/1597º/1598º/1598º/1599º/1599º/1600º/1601º/1602º/1603º/1604º/1605º/1606º/1607º/1608º/1609º/1609º/1610º/1611º/1612º/1613º/1614º/1615º/1616º/1617º/1618º/1619º/1619º/1620º/1621º/1622º/1623º/1624º/1625º/1626º/1627º/1628º/1629º/1629º/1630º/1631º/1632º/1633º/1634º/1635º/1636º/1637º/1638º/1639º/1639º/1640º/1641º/1642º/1643º/1644º/1645º/1646º/1647º/1648º/1649º/1649º/1650º/1651º/1652º/1653º/1654º/1655º/1656º/1657º/1658º/1659º/1659º/1660º/1661º/1662º/1663º/1664º/1665º/1666º/1667º/1668º/1669º/1669º/1670º/1671º/1672º/1673º/1674º/1675º/1676º/1677º/1678º/1678º/1679º/1679º/1680º/1681º/1682º/1683º/1684º/1685º/1686º/1687º/1688º/1689º/1689º/1690º/1691º/1692º/1693º/1694º/1695º/1696º/1697º/1698º/1698º/1699º/1699º/1700º/1701º/1702º/1703º/1704º/1705º/1706º/1707º/1708º/1709º/1709º/1710º/1711º/1712º/1713º/1714º/1715º/1716º/1717º/1718º/1719º/1719º/1720º/1721º/1722º/1723º/1724º/1725º/1726º/1727º/1728º/1729º/1729º/1730º/1731º/1732º/1733º/1734º/1735º/1736º/1737º/1738º/1739º/1739º/1740º/1741º/1742º/1743º/1744º/17

## 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF 294.316.382 / 15,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 598.690.382 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR, inscrito (a) no CPF sob 598.690.382 / 04, 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 RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-372
Email luanna.souzza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

BOA VISTA, 18 de DEZEMBRO de 2018.

Local e Data

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Assinatura do Declarante



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

**HGR**  
Hospital Geral  
de Roraima

1801000496	26/08/2018 07:28:56	<b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>					DIURNO 07-19	4
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
<b>MARIA SOLANGE GUEDES FLOR</b>		26/10/1970	47 A 10 M 0 D	700601949710970	59869038204			
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE 131729 SSP/RR 12/08/2002 F		SOLTEIRO(A)SEM	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	BRASILEIRA			
Mãe TEREZINHA GUEDES FLOR		Pal	INFORMAÇÃO	RAIMUNDO MATIAS FLOR	Contato	(95) 99175-2000		
Endereço RUA - ENGENHEIRO CARLOS GERALDO - 599 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR		Ocupação AGENTE DE SAUDE						
Class. de Risco	Plano 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	Temp.	Peso	Pressão		
<b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	<b>URGÊNCIA</b>							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:					
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		<b>REILA.RODRIGUES</b>					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						<b>TOTAL</b>
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)		<i>Lidio re molto refrescante.</i> <i>No en quadriplegia coxa</i>						
Exame Físico		<i>muito fr. perda de giro. em</i>						
Hipótese Diagnóstica		<i>Arte cor. dr. Kheu + Tarcz</i>						
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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		<i>Diphenoxilo 250 mg</i> <i>Levofene 100 mg</i>			<b>APRAZAMENTO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>		
					<i>Dr. Jesus A. Lopez Aguirre</i> <i>CRM/RD-868</i>			
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO								
20 DEZ 2018								
Conduta		<i>Mayra C. Lopes Aguirre</i> <i>20/12/2018</i>			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação	<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</i> <i>Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308</i> <i>Novo Rio Brilho, RR 66010-000</i> <i>Atendimento 24h</i>		
<input type="checkbox"/> Alta por Despesa Médica - RR <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revenda <input type="checkbox"/> Transferência para:		<i>Altura</i>			<i>31 ASI 2018</i>			
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: reila.rodrigues Data Hora: 26/08/2018 07:34:13								
 1801000496								



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Nome: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Convênio: PARTICULAR

Solicitante: Dr. JOSE CARLOS DE ARAUJO MENDES

Código: 1139203.02

Emissão: 09/10/2018 16:59:26

Página...: 1/1

Idade: 47 anos

Sexo: FEM

Data: 09/10/2018 10:22:00

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA DIREITA (5 filmes) (M) (LA)

### TÉCNICA:

Realizadas aquisições multiplanares em campo de 1,5 Tesla (alto campo) com as seguintes ponderações:

Coronal SE T1, FSE T2 e STIR;  
Sagital FSE T2;  
Axial STIR.

### ACHADOS:

Extensa quantidade de tecido inflamatório entre as fibras do ventre muscular do semimembranoso (componente do isquiotibial) junto à sua junção miotendínea, notadamente em seu terço proximal/médio, associada a lámina líquida intermuscular adjacente. Nota-se ainda rotura de espessura total longitudinal tipo "split" do tendão do semimembranoso em seu terço médio por uma extensão de 5,0 cm. A estrutura óssea femoral apresenta sinal íntegro.

O TCSC, bem como as demais partes moles, incluindo feixes neurovasculares não evidenciam anormalidades ao método.

### CONCLUSÃO:

- 1.EXTENSA QUANTIDADE DE TECIDO INFLAMATÓRIO ENTRE AS FIBRAS DO VENTRE MUSCULAR DO SEMIMEMBRANOSO (COMPONENTE DO ISQUIOTIBIAL) JUNTO À SUA JUNÇÃO MIOTENDÍNEA, NOTADAMENTE EM SEU TERÇO PROXIMAL/MÉDIO, ASSOCIADA A LÂMINA LÍQUIDA INTERMUSCULAR ADJACENTE. NOTA-SE AINDA ROTURA DE ESPESSURA TOTAL LONGITUDINAL TIPO "SPLIT" DO TENDÃO DO SEMIMEMBRANOSO EM SEU TERÇO MÉDIO;
- 2.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Dra. José Vaz  
CRM 3406

Dr. Wilsonney Leal  
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos  
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral  
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso  
CRM 5062

Dr. Alan Mychel Lima  
CRM 3489

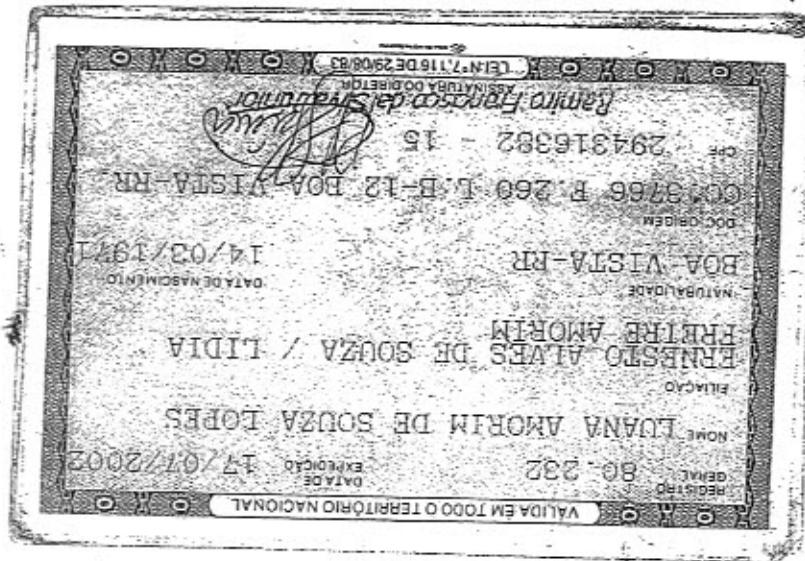
Dr. Edward Mont'Alverne  
CRM 2738



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01	COD. HENAVAM 00490877397	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2018
-----------	-----------------------------	------------	-------------------

MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

CPF / CNPJ 598.690.382-04	PLACA NUL 9419
------------------------------	-------------------

PLACA ANT. FUF	CHASSI 9C2KC1680DR800429
----------------	-----------------------------

ESPECIE TIPO PÁS/MOTOCICLETA/NÃO APPLC.	COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL.
--	------------------------------

MARCA / MODELO HONDA/CB150 FAN ESD1	ANO/FAB 2012	ANO MOD. 2013
--	-----------------	------------------

CAP / POT / CIL. 2P/0149CC/	CATEGORIA PARTICIP.	COR PREDOMINANTE VERMELHA
--------------------------------	------------------------	------------------------------

I- *PAGO*	VENC. COTA ÚNICA *PAGO*	VENC. / COTAS 1*****
P-		2*****
V- ** FAIXA IPVA A- ** PAGO COTA UNICA **		3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0,70	PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,00	DATA DE PAGAMENTO 27/09/2018
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

SECURADORA LÍDER - DPVAT		
--------------------------	--	--

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID * EXCEÇÃO DE PORTO OBRIGATÓRIO		
---	--	--

NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
-------------------------------	--	--

BOA VISTA - RR Antônio Francisco Beserra Marques Dir. Presidente DETAN - RR		
--	--	--

DATA 27/09/2018		
--------------------	--	--

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013161145010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

598.690.382-04  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2018 DATA EMISSÃO  
27/09/2018

01 CPF / CNPJ  
598.690.382-04 PLACA  
NUL 9419

00490877397 MARCA / MODELO  
HONDA/CB150 FAN ESD1

2012 ANO/FAB CAL TARE  
9C2KC1680DR800429 N° CHASSIS

PRÉMIO TARIFÁRIO  
DENATRAN (R\$) R19,03 C. STO DO SEGURO (R\$)  
R\$81,29 R\$90,33

R\$4,13 R\$4,13 R\$0,00 R\$0,00  
PAGAMENTO =  
X COTA ÚNICA PARCELADO 21/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

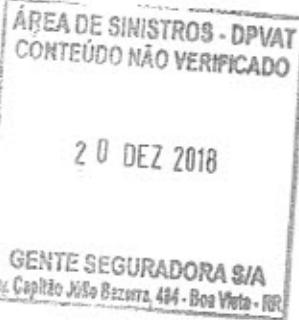
CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

**Nome: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

**Identidade: 131729 SSP/RR CPF: 598.690.382-04**

**Naturalidade: STA.ISABEL DO PARÁ/PA Nacionalidade: BRASILEIRA**

**Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA**

**Endereço: RUA ENG.CARLOS GERALDO, 599 – CENTENÁRIO / CEP: 69.312-521**

### OUTORGADO:

**Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA**

**Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15**

**Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ**

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 documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento , podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para a vítima: **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR.**

Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2018.



Maria Solange Guedes Flor

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459261/18

**Vítima:** MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

**CPF:** 598.690.382-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/08/2018

**Titular do CPF:** MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### MARIA SOLANGE GUEDES FLOR : 598.690.382-04

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](http://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: 20/12/2018  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR