

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Samara Sousa Meneses inscrito (a) no CPF 009.163.382 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Richardson Costa Bomberg inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.368.942 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Richardson Costa Bomberg, inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.368.942 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica - BR).

Assinatura do Declarante
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Endereço <u>Rua Expedito Francisco da Silva</u>		Número <u>378</u>	Complemento
Bairro <u>Dr. Silvio Leite</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.314-302</u>
Email <u>samara.menezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99167-2303</u>

Boa Vista, RR, 22 de Março de 2019
Local e Data

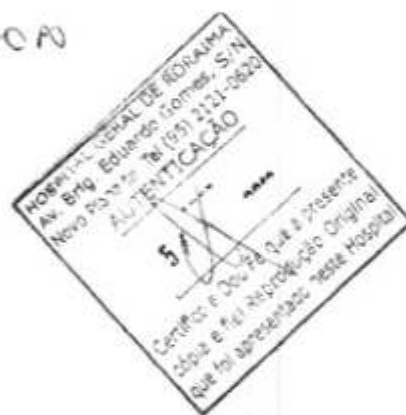
Samara Sousa Meneses
Assinatura do Declarante

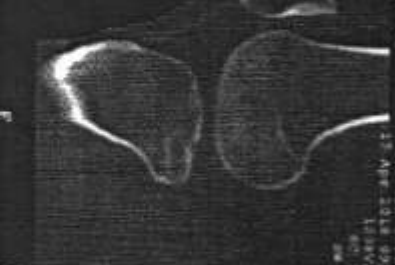
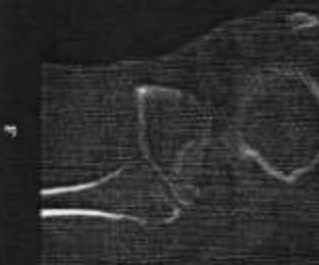
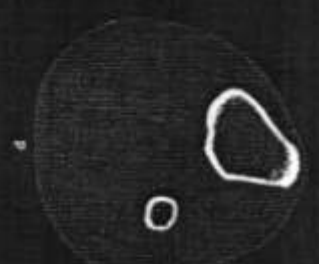
ORTOPEDIA

Paciente vítima ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
EQUÍVOCO com trauma contuso em JOELHO
NA RADIOLÓGICA + TENDONITIS FOI EVIDENCIADA
Fratura de PRATO proximal (SCHATZKER I)
condição: IMOBILIZAÇÃO + CURETAGEM ANTO
A RETORNO.

orientação Dr. DALSON

~~Dr. Marcelo Marques~~
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 99169/RN





E

CHARDSON CASTRO

SPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. ROSANGELA

17/4/2016 08:04:25

718%

17/4/2016 08:04:25

E



53.9%
RICHARDSON CASTRO

17/4/2016 08:04:25

54.1%

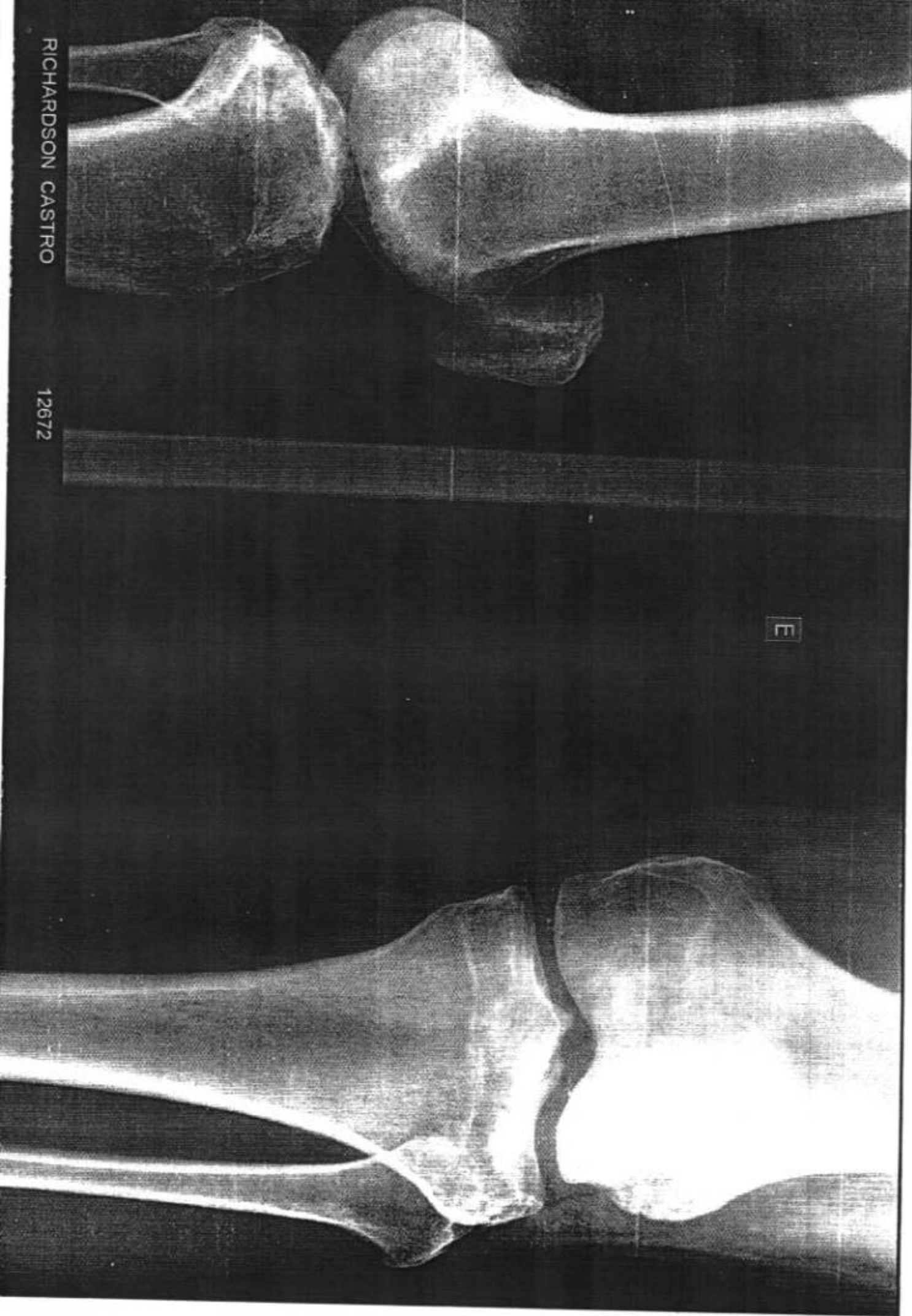
17/4/2016 08:04:25

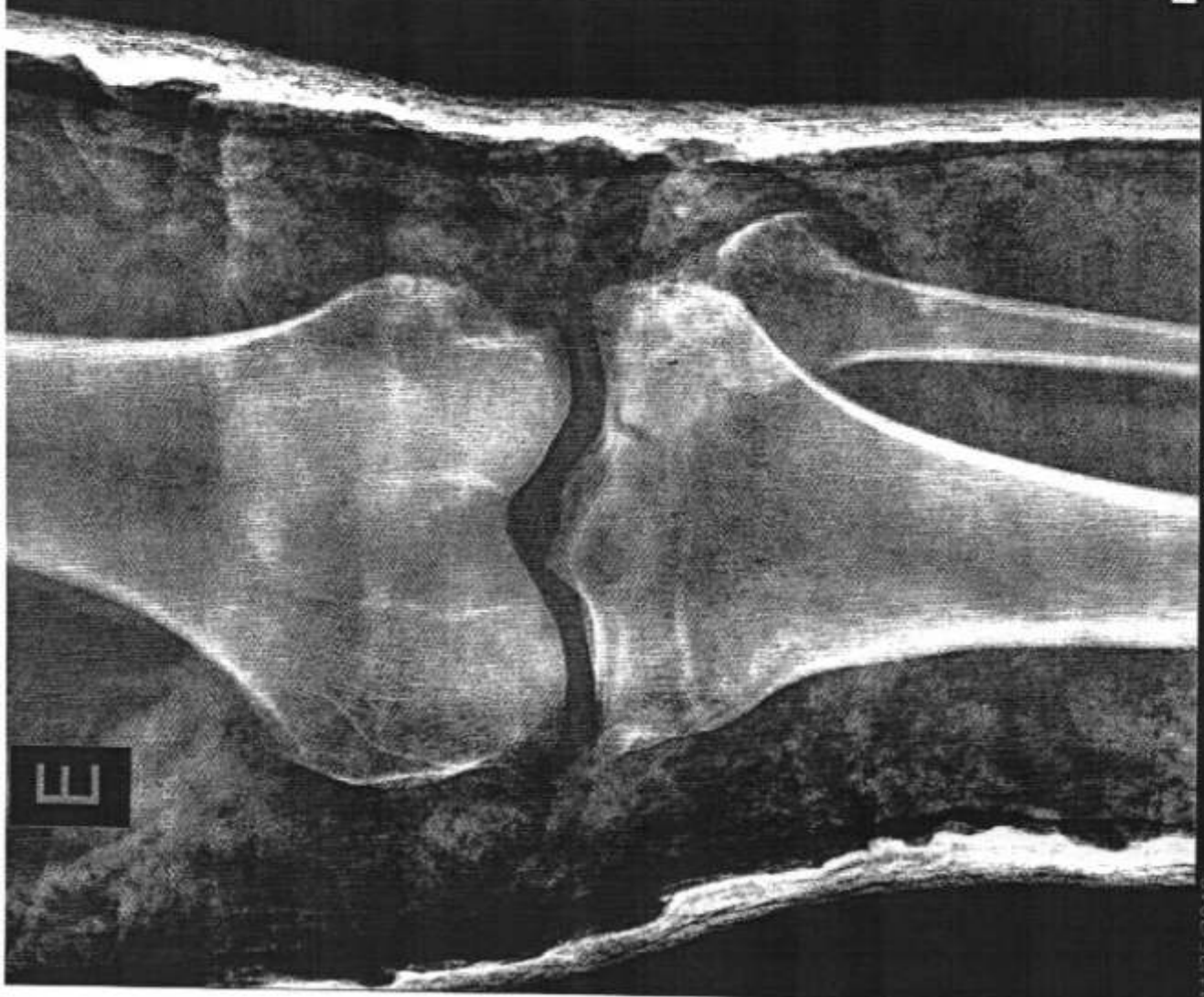
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. ROSANGELA

RICHARDSON CASTRO

12672





11/05/2018

78.7 %

RICHARDSON CASTRO BAMBERG 5341

HOSPITAL CORONEL MOTA



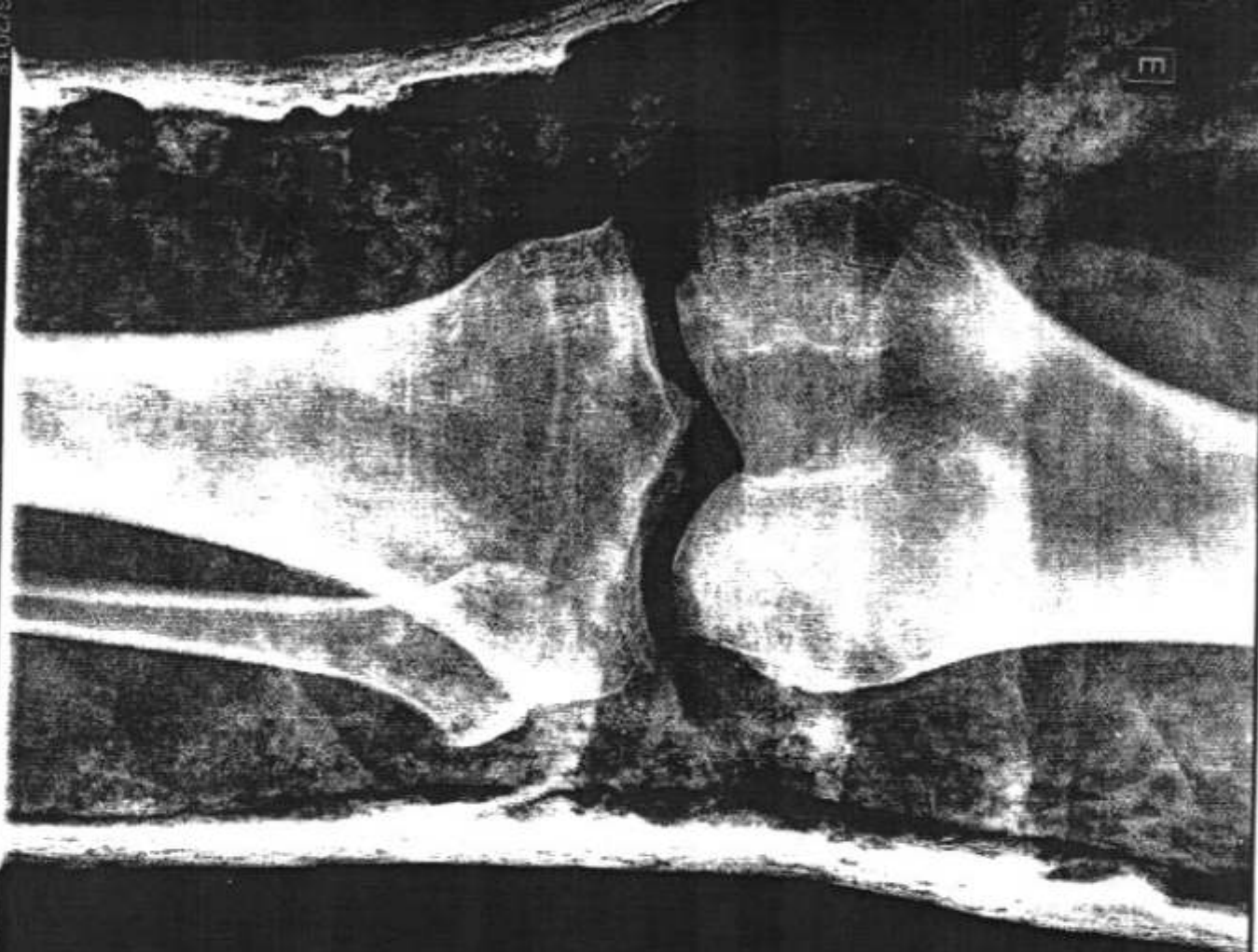
□

11/05/2018

58.0 %

Francineide

E



3/2/2018

78.7%

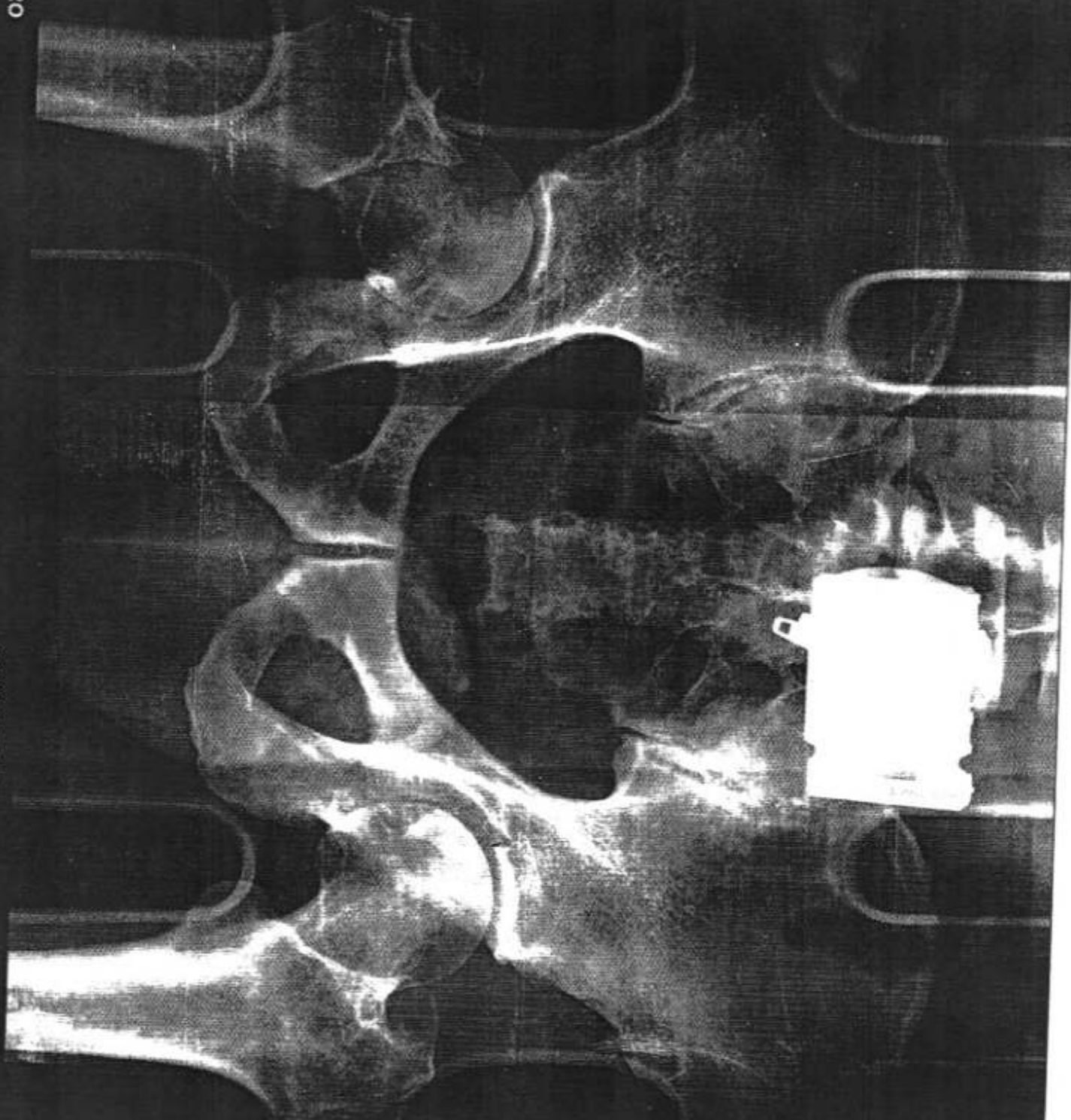
RICHARDSON CASTRO BAMBERG 7346

28/06/2018



73.1%

D





GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Richardson C. Bonley

RECEITUÁRIO

naude

Apto para atividade
Física

CID



DATA 05/12/18

Dr. Daison Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1176

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 44.613.408/0001-98

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1553826313

NOME
RICHARDSON CASTRO RAMBERG

DOC IDENTIDADE - ORIG. EMISSOR
131200 SSP RR

CPF
447.368.942-53

DATA NASCIMENTO
26/04/1976

PLACAO
NILZO RAMBERG
ANA CASTRO RAMBERG

PERMISSAO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

AP. REGISTRO
02333107446

VALIDADE
05/12/2022

1ª EMISSAO
01/04/2002

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
05/12/2017

ANTONIO FRANCISCO REZENDE MACHES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
94298435978
RR209469331

RORAIMA

DE NATRAN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Candeia João Pereira, 4M - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SAMARA SOUSA MEIREZ

DOC. IDENTIFIC. (CPF, CNH, RG, etc.)
2010044 SSP RR

CPF
009.143.382-66

DATA NASCIMENTO
03/10/1993

FUNÇÃO
RUIZGLAN COSTA DE
MEIREZ
SAMIRA SOUSA MEIREZ

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. HAB.
A

IF. REGISTRO
0546000490

VIGÊNCIA
22/11/2021

RENOVAÇÃO
13/04/2022

VALIA EM 1000
O TERRITÓRIO NACIONAL
1356309278

PROIBIDO PLASTIFICAR
1356309278

OBSERVAÇÕES
N

ASSINATURA DO TITULAR
Samira Sousa Meirez

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA EXEMBRADO
23/11/2016

61576734162
RR209055227

DETRAN-RR (RORAIMA)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012920178131 BILHETE DE SEGURO OPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DEV.T

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0600 022 1204

DATE: 11/11/2011

4.56E+01	2.2E+01	1
----------	---------	---

609-74832370900 HONOLULU 25 FAN 21

DEBYE-ROGERS

PRÊMIO TARIFÁRIO

8491.25	8491.0	8491.25
---------	--------	---------

[illegible]

COTA UNICA	<input type="checkbox"/>	PARCELADO	22/07/2010
------------	--------------------------	-----------	------------

SEGURO LIDER - DPVAT

www.seguridadalder.com.ar

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 101–106

[illegible]

100

CONTRIN

08 APR 2019

GEHTE SEGURADORA S/A
Av. Comilão João Gervasio, 434 - Boa Vista - RJ

Ave. Central 4650 Detroit, 414 - Box Vista - 255

CHPJ 09.248.906/0001-04
www.segurosalindex.com.br

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04
www.seguridade.com.br

CHPJ 09.248.spn/0001-04
www.segurdorallder.com.br

1. **THE**
 2. **THE**
 3. **THE**
 4. **THE**
 5. **THE**
 6. **THE**
 7. **THE**
 8. **THE**
 9. **THE**
 10. **THE**
 11. **THE**
 12. **THE**
 13. **THE**
 14. **THE**
 15. **THE**
 16. **THE**
 17. **THE**
 18. **THE**
 19. **THE**
 20. **THE**
 21. **THE**
 22. **THE**
 23. **THE**
 24. **THE**
 25. **THE**
 26. **THE**
 27. **THE**
 28. **THE**
 29. **THE**
 30. **THE**
 31. **THE**
 32. **THE**
 33. **THE**
 34. **THE**
 35. **THE**
 36. **THE**
 37. **THE**
 38. **THE**
 39. **THE**
 40. **THE**
 41. **THE**
 42. **THE**
 43. **THE**
 44. **THE**
 45. **THE**
 46. **THE**
 47. **THE**
 48. **THE**
 49. **THE**
 50. **THE**
 51. **THE**
 52. **THE**
 53. **THE**
 54. **THE**
 55. **THE**
 56. **THE**
 57. **THE**
 58. **THE**
 59. **THE**
 60. **THE**
 61. **THE**
 62. **THE**
 63. **THE**
 64. **THE**
 65. **THE**
 66. **THE**
 67. **THE**
 68. **THE**
 69. **THE**
 70. **THE**
 71. **THE**
 72. **THE**
 73. **THE**
 74. **THE**
 75. **THE**
 76. **THE**
 77. **THE**
 78. **THE**
 79. **THE**
 80. **THE**
 81. **THE**
 82. **THE**
 83. **THE**
 84. **THE**
 85. **THE**
 86. **THE**
 87. **THE**
 88. **THE**
 89. **THE**
 90. **THE**
 91. **THE**
 92. **THE**
 93. **THE**
 94. **THE**
 95. **THE**
 96. **THE**
 97. **THE**
 98. **THE**
 99. **THE**
 100. **THE**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266686 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (SCHATZKER I). 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

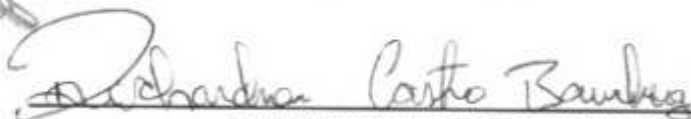
DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO ESPECÍFICA

Por este instrumento particular de PROCURAÇÃO e pela melhor forma de direito, **RICHARDSON CASTRO BAMBERG**, brasileiro, maior, capaz, casado, portador da cédula de identidade nº 131200 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 447.368.942-53, residente e domiciliado na Rua Alemanha, nº 188, Bairro Cauamé, CEP 69.311-006, nesta Capital. Nomeia e constitui como sua Procuradora a Sra. **SAMARA SOUSA MENESES**, brasileira, maior, capaz, solteira, advogada, portadora da cédula de identidade nº 351504-4 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 009.163.382-66, endereço profissional na Rua Expedito Francisco da Silva, nº 378, Bairro Dr. Sílvio Leite, CEP 69.314-302, nesta Capital; a quem confere poderes junto ao **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – HGR; SESAU, IML e onde mais preciso for** e com esta se apresentar com o fim especial de requerer e receber documentos devidos e destinados ao outorgante, tais como **prontuário médico, declarações, atestados, receitas médicas**, documentos comprobatórios de transporte de acidentado; e o que mais preciso for, dar entrada em processos, apresentar documentos exigidos e torna-los, prestar declarações, requerer o que for de direito, preencher e assinar livros, protocolos, formulários, prontuários, folhas, guias e o que mais preciso for, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer, total ou parcialmente, e junto a **DAT – DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**; e com esta se apresentar com o fim especial de tratar de todos os assuntos e interesses do outorgante referente ao **SEGURO DPVAT**; podendo para esse fim o dito procurador, dar início e andamento a processo, assinar e alegar o que convier, apresentar provas, juntar e retirar papéis e documentos, satisfazer e cumprir exigências, apresentar documentos exigidos e torna-los a receber, solicitar laudos, atestados, solicitar 2ª via de documentos, preencher formalidades; cláusulas e condições, acompanhar e dar andamento a processos, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, requerer, recorrer e concordar com as condições do mútuo, praticar enfim todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

Boa Vista/RR 22 de Março de 2019.



RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Outorgante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 654 - Boa Vista - RR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120747/19

Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

CPF: 447.368.942-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2018

Titular do CPF: RICHARDSON CASTRO
BAMBERG

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

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

RICHARDSON CASTRO BAMBERG : 447.368.942-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: SAMARA SOUSA MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120747/19

Número do Sinistro: 3190266686

Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

CPF: 447.368.942-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICHARDSON CASTRO
BAMBERG

DOCUMENTOS ENTREGUES

SAMARA SOUSA MENESES : 009.163.382-66

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/05/2019
Nome: SAMARA SOUSA MENESES
CPF: 009.163.382-66

SAMARA SOUSA MENESES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266686 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (SCHATZKER I). 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266686

Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMARA SOUSA MENESES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190266686 Vítima: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Data do Acidente: 17/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMARA SOUSA MENESES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 447.368.942-53 Nome completo da vítima: Richardson Castro Bamberg

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

Nome completo: Richardson Castro Bamberg CPF: 447.368.942-53

Profissão: Vigilante Endereço: Rua Alemanha Número: 188 Complemento: _____

Bairro: Coumei Cidade: Boca Vista Estado: RR CEP: 69.311-006

E-mail: somera.meneses@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99467-2303

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

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

AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 066268 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boca Vista/RR 22.03.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Richardson Castro Bamberg

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Somera Sousa Meneses

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029270/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/07/2018 09:38 Data/Hora Fim: 20/07/2018 09:56
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/07/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/04/2018 08:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo
Complemento: Rotatória próximo a academia América

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2018 Bairro: Jardim Floresta

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos Pereira de Melo, 144 - Boa Vista - RR

Natureza

1095 Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODOLFO (SUPOSTO AUTOR/INFRAUTOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: RICHARDSON CASTRO BAMBERG (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1976

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Ana Castro Bamberg

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 131200

04 ABR 2018

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Alemanha
Bairro: Cauamé

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos Pereira de Melo, 144 - Boa Vista - RR

Nº. 188

DA

20 JUL 2018

AGENTE DE FUL
CONFERIDO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que, na data, hora e local acima informado, pilotava sua motocicleta Honda CG 125 FAN, de cor preta; ano/modelo 2008/2008 placa NAR-8997, chassi 9C2JC30706R664850, RENAVAN 00975823396, quando foi "fechado" pelo Sr. Rodolfo, dirigindo um automóvel, não sabendo informar o modelo. Que devido a manobra do Sr. Rodolfo, o comunicante veio a cair com sua motocicleta. Que o Sr. Rodolfo saiu do local, tendo retornado momento depois, onde ficou até a chegada do SAMU. Que devido as lesões em decorrência do acidente, o comunicante foi levado ao HGR, onde foi atendido pela equipe médica. Que o registro de ocorrência é somente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar

ASSINATURAS



Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento



Richardson Castro Bamberg
(Comunicante / Vítima)

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



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: 447.368.942-53 Nome completo da vítima: Richardson Castro Bamberg

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

Nome completo: Richardson Castro Bamberg CPF: 447.368.942-53
Profissão: Vigilante Endereço: Rua Alemanha Número: 188 Complemento: _____
Bairro: Coumei Cidade: Boca Vista Estado: RR CEP: 69.311-006
E-mail: sonera.meneses@hotmail.com Tel.(DDD): (95) 99467-2303

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Sorvente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0653 03 CONTA: 066268 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Boca Vista/RR 22.03.19
Nome: _____ 1ª | Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Richardson Castro Bamberg Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): Sonera Sousa Meneses Assinatura: _____

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



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: _____ Equipe: Simões Cond. Odileis; SAMUEL
 Paciente: RICHARDSON CASTRO BAMBBERG Idade: 41 Sexo: M
 Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo 3; Jardim Floresta

CHAMADA

Nº 6680 DATA 17/01/18 HORA: 6:44
 Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM: Dr. Halisson 6:49

MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO _____

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caminho do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> FAS	<input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto
Vítima <input type="checkbox"/> projetada	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Encarcerada	Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> queda	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
Passageiro: <input type="checkbox"/> traseiro	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>X CARRO</u>	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Capotamento	BICICLETA:	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Condutor		
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Carona		
	<input type="checkbox"/> queda		
	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
	<input type="checkbox"/> Colisão		

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVON
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa	<input type="checkbox"/> Capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Otorrhea
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input checked="" type="checkbox"/> M.V. NORMAIS	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorragia
<input type="checkbox"/> Outro: <u>LIURES</u>		<input checked="" type="checkbox"/> NORMA	<input type="checkbox"/> Rinorrágica
			<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado
			<input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mon	Sat O ₂	T. Axila	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	6:55 <u>110/80</u>	<u>84</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fim	7:08 <u>120/100</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>99%</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.	<input type="checkbox"/> Penetrante			<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura		
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação		
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações			
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Luxações			
	<u>S/A</u>	<u>S/A</u>	<u>S/A</u>		

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação entricular	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Obstrutiva	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
		<input checked="" type="checkbox"/> Outra	
		<u>TRAUMA</u>	
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA
	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Médico: Dr. Halisson
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

INCIDENTE		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiros
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<input type="checkbox"/> Outros:	

RCP

RCP		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> Iniciada as:	<input type="checkbox"/> Término as:		
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		
<input type="checkbox"/> Obs.:			

764

BRASILEIRO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RN

[] Atendido no local
[x] Trauma HGR
[] Pronto Atendimento
[] Coronel Mota

[] Cosme e Silva
[] HCSA
[] Maternidade
[x] Outros

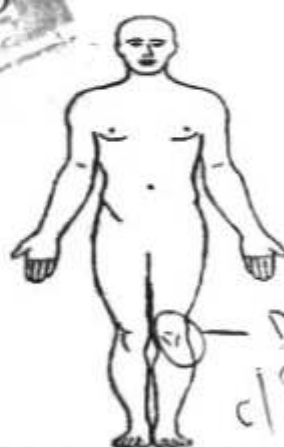
TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

✓ - PACIENTE VITIMA de TRAUMA, MORO e CARRO, QUANDO POR MUITO, VITIMA ENCONTRADA EM DECUBITO DORSAL AO SOLO, SEM CAPACETE, BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA, RESPIRAÇÃO NORMAL, RITMO REGULAR, QUALIDADE SUPERFICIAL E SILENCIOSA, PULSO NORMAL, REGULAR, FORTE e HEIO, SEM PRESENÇA de GRANDES HEMORRAGIAS, VITIMA COM ESCORIAÇÕES EM

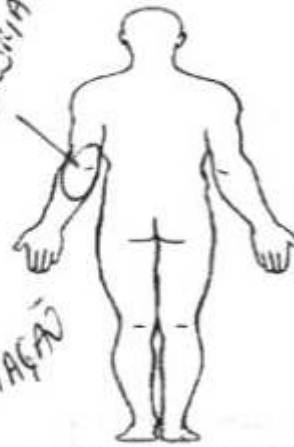
ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4		
Melhor Resposta Verbal	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3		
	Com estímulos dolorosos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

M.S. E REFIAS POSTERIOR DO ANTI-IBRAID, REFERINDO dor EM M.I.E. REGIÃO DA PATELA, C/ POCA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO, coloca-DO COLAR CERVICAL e PRAN-CLIA RIGIDA e CONDUZIDO AO GT C O R.

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 06/09/2018
Assinatura



DIAGNÓSTICO



LINDOMAR SIMÕES
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 799.600 TE

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

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0057791-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 002540174

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	06/04/2019	205	196,93

RICHARDSON CASTRO BAMBERG

R. ALEMANHA 188 CAUJAME

CPF: 00044736894253

CEP: 69.311-006 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.06.149600

DADOS DA LEITURA	KWH	KVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	4232		Atual: 18/03/2019
Anterior:	4027		Anterior: 15/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 17/04/2019
Consumo Medido:	205		Emissão: 15/03/2019
Consumo Faturado:	205	FCAM	Aprovação: 18/03/2019

Classificação	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB16132340	1519533	1.1.1.2	201

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 169	CONSUMO 205 A R\$ 0,774280 = 158,72
JAN/19 193	MULTA POR ATRASO DE 1 02/19-00 1,05
DEZ/18 199	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00 0,02
NOV/18 244	MULTA POR ATRASO 02/19-00 2,64
OUT/18 0	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00 0,08
SET/18 0	ILUMINACAO PUBLICA 34,42
AGO/18 0	
JUL/18 0	
JUN/18 0	
MAI/18 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
R\$ 205 - 0,534620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 7019 120 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1-6 11 16 21 26
Parâmetros: Até o dia 15/03/2019, não constataremos futuras vendas
na sua Unidade Consumidora.
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA
TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO,
MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
2,77			11,00			0,55

FLORESTA

ROT: 11.001.18.06.149600

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0057791-0

MÊS FATURADO

03/2019

Nº da Nota Fiscal

002540174

01/2019 03/19

TOTAL A PAGAR - R\$

196,93

VENCIMENTO

06/04/2019

FCAM

83640000001 1 96930075000 3 000000000057 0 79100319008 3



SEQ.: 00224 UC: 0057791-0 DT. LEIT.: 18/03/2019 T. ENTR.: 04

LEITURA: 4232 NORMAL TOTAL: 196,93 CARGA: 006

DT. VENC.: 06/04/2019 IRREG.: 000 COLETO: 1071

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Candeia João Pereira, 4M - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SAMARA SOUSA MENDES

DOC. IDENTIFIC. (CPF, CNH, RG, etc.)
2010044 SSP RR

CPF
009.143.382-66

DATA NASCIMENTO
03/10/1993

FUNÇÃO
RUIZGLAN COSTA DE
MENDES
SAMIRA SOUSA MENDES

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

IF. REGISTRO
0546000490

VIGÊNCIA
22/11/2021

RENOVAÇÃO
13/04/2022

VALIA EM 1000
O TERRITÓRIO NACIONAL
1356309278

PROIBIDO PLASTIFICAR
1356309278

OBSERVAÇÕES
N

ASSINATURA DO TITULAR
Samira Sousa Mendes

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA EXAMENHO
23/11/2016

61576734162
RR209055227

DETRAN-RR (RORAIMA)

SEU CÓDIGO

0040105-6

A Tercia Social de Energia Eléctrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

RUI DOGLAN COSTA DE MENESES

ROT: 11.001.19.06.183800

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDH16147494	1420842	1.1.1.2	456

WELFARE SERVICES:
64-688 - 0.0000

21 MAY 2015

GENTE SEGURADORA S/A

by C. M. 849 John Bazzetta 484 - Elm View - RR

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

[illegible]

RESERVADO AO FISCO F4CE DE91 E090 F003 1212 9004 8285 00CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	95,36	Base de Cálculo:	385,98
Energia:	201,29	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	65,61
Encargos:	10,56	Valor do PIS:	1,86
Tributos:	76,27	Valor do COFINS:	8,80

INDICADORES DE CONTINUIDADE

INDICADORES DE CONTINUIDADE

FLORESTA

ROT: 11.381.19.06.183230



SENCODIG

TOTALA PAGAR - RS

435-75

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

04/2019

06/05/2010

Nº da Nota Fiscal 00272177 FCAM

836400000045 352500750000-0-000000000-6 40250410008 0