

# 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 fazenda 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 Samara Souza 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 Intervalo 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 decretos de resolução de contratos:  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

08 ABR 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 da Vila-IR

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Expedito Francisco da Silva		378	
Bairro Dr. Silviano Leite Boa Vista		RR	CEP 69.314-302
Email samara.meneses@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telephone celular (DDD)	(95) 99167-2303

Boa Vista RR 32 de Março de 2019  
Local e Data

Samara Souza meneses

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



1800937442	17/04/2018 08:05:38	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	2
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
RICHARDSON CASTRO BAMBERG		26/04/1976	41 A 11 M 21 D		44736894253			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	1310476			M		PARDA	BRASILEIRA	
Mãe							Contato	
ANA CASTRO BAMBERG							(95) 99119-7876	
Endereço								Ocupação
AVENIDA - CABO PM JOSÉ TABIRA - 1256 - CARANA - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada				Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							DANIEL.VIANA
Quelxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC ÁREA DE SINTOMAS TOTAL  
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h)

*Anuelo ob de ho s/ tce*

08 ABR 2019

Exame Físico

*20 em feto (E) e cinto (E)*

GENTE SEGURADORA SA  
 Av. Capitão Júlio Dezena, 414 - Boa Vista - RR

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

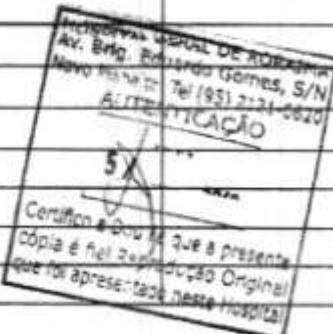
RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*0.0. p/ exame @ 1 fechado  
 @ Reservar exame @*



Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para \_\_\_\_\_

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

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

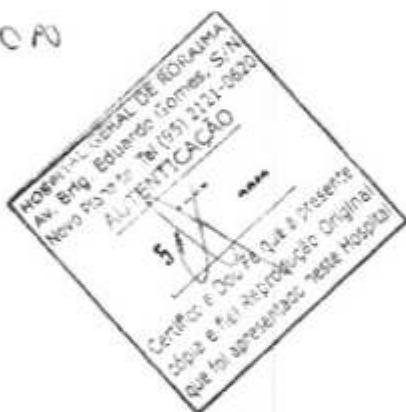


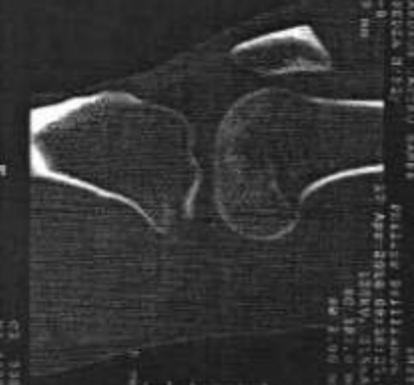
# Autópsia

Paciente vítima de acidente de trânsito (motociclista)  
evoluindo com traumas contuso em face  
na mandíbula + tempo contuso foi evidenciado  
Fratura de platô nasal (Schatzker I)  
comba: luxação + envolvimento antero-  
+ retro.

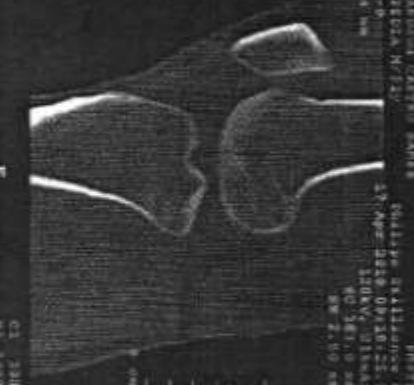
Assinatura Dr. DALSON

~~Dr. Marcelo Marques~~  
Médico Residente  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 4916/RR





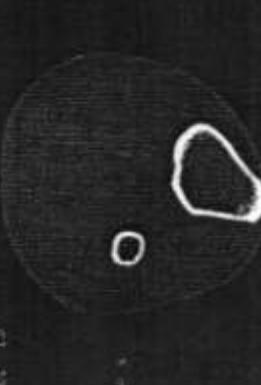
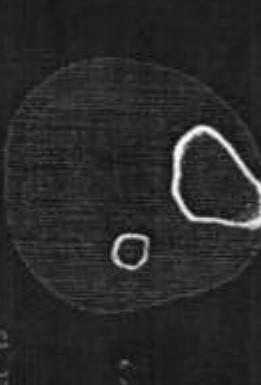
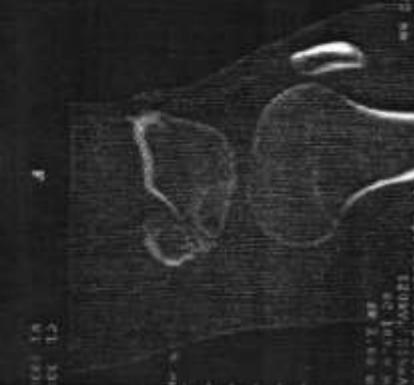
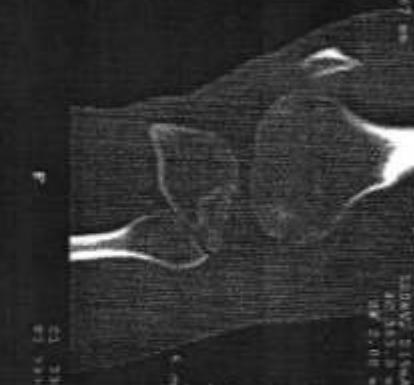
卷之三



1012



卷之三







E  
CHARDSON CASTRO

17470150405

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. ROSANGELA

718%

17470150405

E



53.5%

1740576 06/04/25

54.1%

1740576 06/04/25

RICHARDSON CASTRO

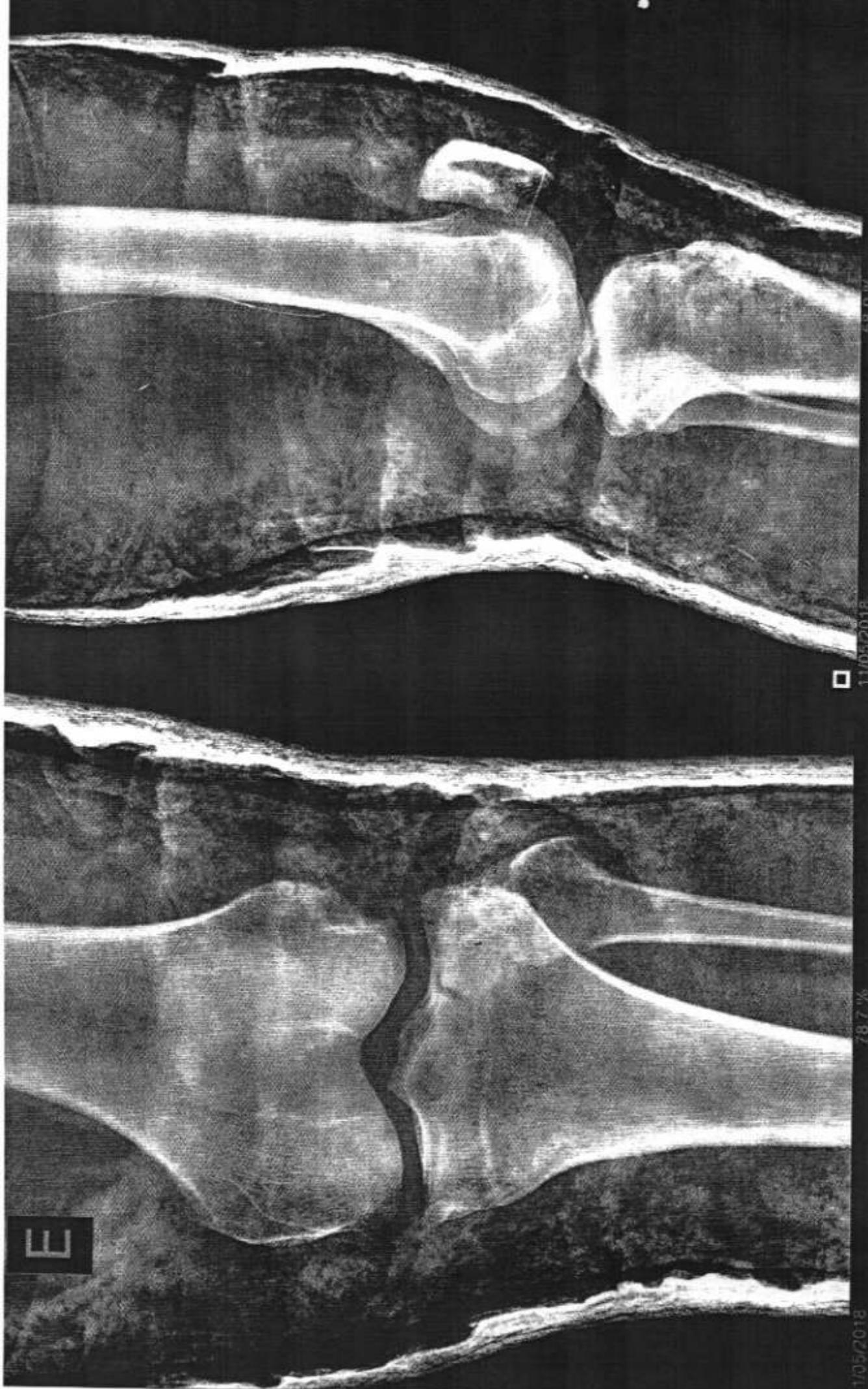
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR DARLAN ED ROSANGELA

RICHARDSON CASTRO

12672

E



11/05/2018

RICHARDSON CASTRO BAMBERG 5341

HOSPITAL CORONEL MOTA

58.0 %

11/05/2018

Francineide

E



28/05/2018

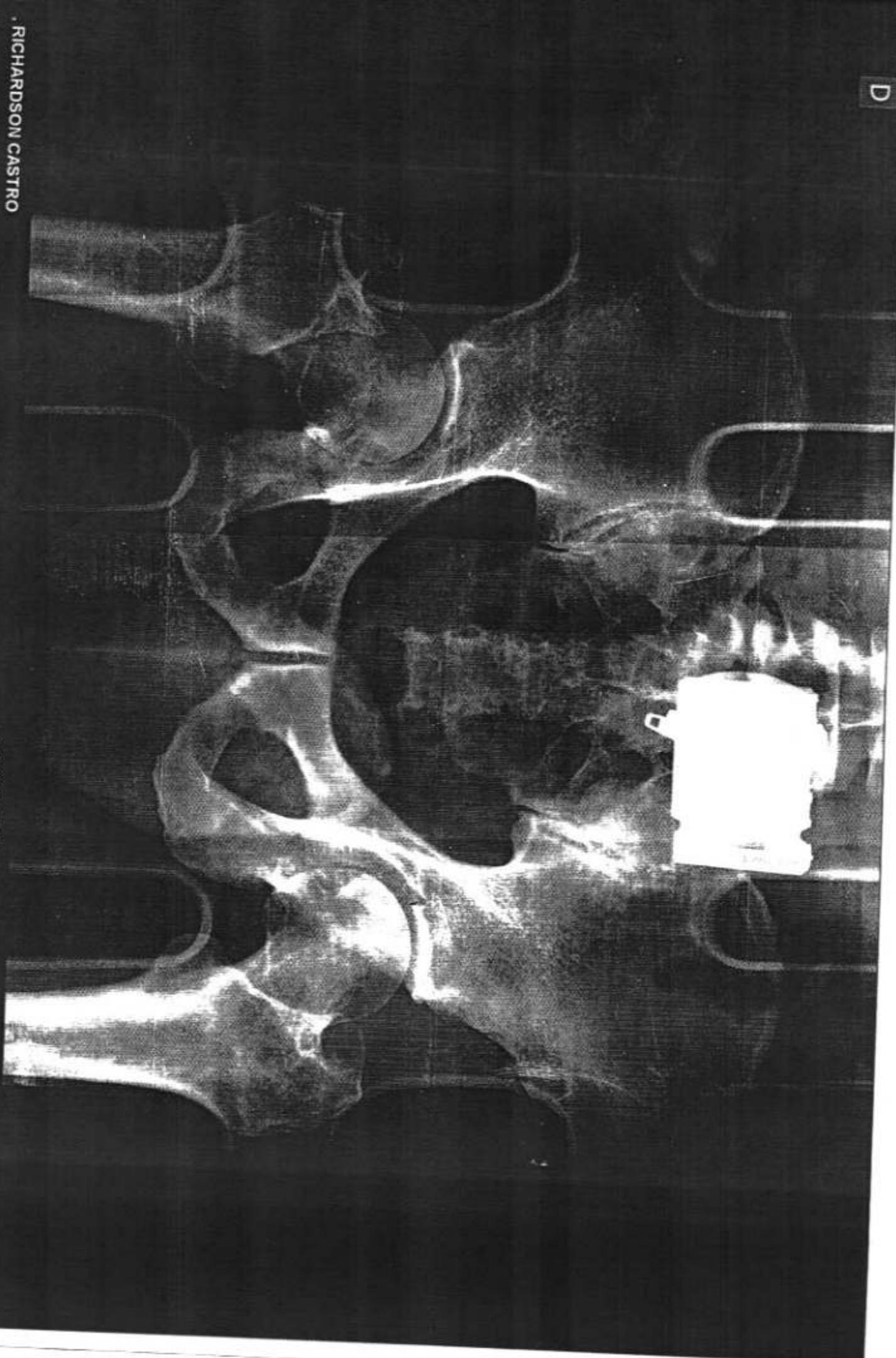
78.7%

RICHARDSON CASTRO BAMBERG 7346

28/05/2018

73.1%

D





GOVERNO DO AMAZONAS  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Richard C. Bonley

ACEITUAMOS

maude

Apto para atendimento

FSCW

CID

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dantas, 454 - Boa Vista - RR

Dr. Daison Ferreira  
Otorrino- Traumatóloga  
CRM-RR 1176

05/12/17

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.001-150 - CNPJ: 44.013.401/0001-08



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

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 634 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cecília Júnior 1400 - UN - Boa Vista - RR

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

NAME: SAMARA SOUSA MENESSES

DOC. REFERENCIADO-ORG. EMISSOR: 35150844 SSP RR

CPF: 009.163.382-66 DATA NACIMENTO: 03/10/1993

PAÍS: BOLÍVIA COSTA DE  
MENESSES  
SAMARA SOUSA MENESSES

Nº REGISTRO: 05466008498 VALIDEZ: 22/11/2021 PRIMARIAÇÃO: 13/04/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1356309278

PROIBIDO PLASTIFICAR

DESCRIÇÃO DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA EMISSÃO: 23/11/2016

61576734162  
RR20105527

ASSINATURA DO PORTADOR

DETTRAN RR (RORAIMA)



# 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 MENESSES**, 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. Silvio 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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

  
**RICHARDSON CASTRO BAMBERG**

Outorgante

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Dourado, 654 - Guia Vista - RR



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120747/19

**Vítima:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG

**CPF:** 447.368.942-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/04/2018

**Titular do CPF:** RICHARDSON CASTRO BAMBERG

**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

### SAMARA SOUSA MENESSES : 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](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: 09/04/2019  
Nome: SAMARA SOUSA MENESSES  
CPF: 009.163.382-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SAMARA SOUSA MENESSES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2018

Titular do CPF: RICHARDSON CASTRO BAMBERG

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**SAMARA SOUSA MENESSES : 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](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: 21/05/2019  
Nome: SAMARA SOUSA MENESSES  
CPF: 009.163.382-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

SAMARA SOUSA MENESSES

---

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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

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, 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 MENESSES**

**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



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, 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:

Nome completo da vítima:

447.368.942-53 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

Bairro:

Conomé

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

E-mail:

somera.meneses@hotmail.com

CEP:

69.311-006

Tel.(DDD):

(95) 99167-2303

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

0653 04

CONTA: 066268

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha 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):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou   | <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |   |

08/ABR/2019

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 discordo 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  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista/RR 22.03.19

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

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

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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/2019 Bairro: Jardim Floresta

Natureza

1095. Auto lesão - Acidente de trânsito

Mel(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RODOLFO (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1976

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Ana Castro Bamberg

DA

20/07/2018

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 131200

04/ABR/2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDO

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Alemanha

Bairro: Cauamé

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capanapari, 614 - Boa Vista - RR

Nº: 188

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 9C2JC30708R664850, RENAVAN 00975823396, quando foi "fechado" pelo Sr. Rodolfo, dirigindo um automóvel, não sabendo informar o modelo. Que devido a manobra do deputado, 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. E o que tinha a comunicar.



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029270/2018

## ASSINATURAS



Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento



Richardson Castro Bamberg  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu, o(a) declarante responsável pelas informações acima assentadas e deixo que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que faço, conforme previsto nos Artigos 330-Corrução Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Convenção no Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Ceará, 466 - Centro - 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:

Nome completo da vítima:

447.368.942-53 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

Bairro:

Conomé

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

E-mail:

somera.meneses@hotmail.com

CEP:

69.311-006

Tel.(DDD):

(95) 99167-2303

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

0653 04

CONTA: 066268

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

08/ABR/2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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 discordo 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  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista/RR 22.03.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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.



## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade:

Equipe:

SIMONE Concl. Odileis; SAMUEL

Paciente: RICHARDSON CASTRO BAMBURGA

Idade: 41

Sexo: M

Endereço: Av. PARCOS PEREIRA de MELO 3. JARDIM Floresta

Nº 6680

DATA 17/10/118

HORA: 6:44

Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM:

Dr. HALISSON

6:49

CHAMADA

MOTIVO  SOCORRO  TRANSPORTE  ATENDIDO NO LOCAL  OUTRO

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

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

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: LIVRES	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> M.V. NORMAL	<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 8/10 8 ABR 2019	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> (NORMAL)
			<input type="checkbox"/> AVON <input type="checkbox"/> Mofo <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Acanofacia <input type="checkbox"/> Otorrênia <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input type="checkbox"/> Aparência alcoolizada <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Min- Sat.O2% Glicemias - IR	Glicemias	Trauma	APGAR	
Inicio	6:55 7/10 180	84	12 98%	✓	✓	✓	
Fim	7:08 7/10 140	86	20 97%	✓	✓	✓	

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome		
<input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umidia <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input checked="" type="checkbox"/> Penetrante <input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input checked="" type="checkbox"/> Penetrante <input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> S/A	
	Coluna Dorsal			Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor C <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação			
		<input checked="" type="checkbox"/> S/A	<input checked="" type="checkbox"/> S/A		<input checked="" type="checkbox"/> S/A		

AVALIAÇÃO CARDÍACA				AVALIAÇÃO CLÍNICA			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros		

GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO SEVERA	PEQUENA MORTIE	MÉDIA MORTIE	MÉDIA MORTIE	[ ] OUTRO

INCIDENTE	Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)				
	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local				

RCP	MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS				
	<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:				

RCP	DADOS PESSOAIS DA VITIMA				
	<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: _____				

BROSSE/100

08 ABR 2019

- Atendido no local  
 Trauma HGR  
 Pronto Atendimento  
 Coronel Mota

Cosme e Silva  
HCSA  
Maternidade  
Outros

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

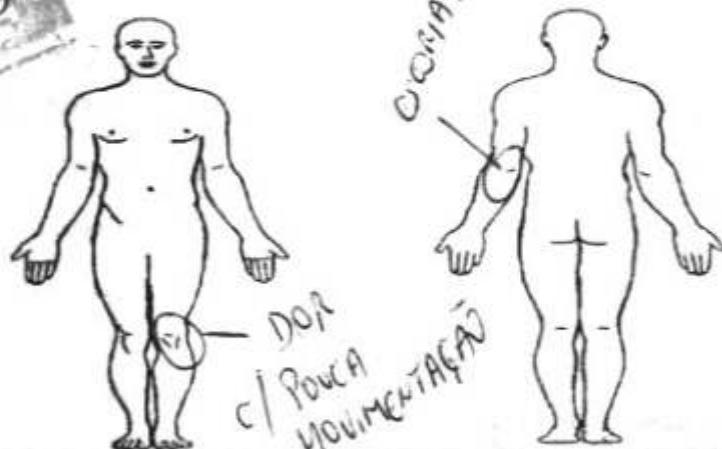
CERTIFICO DO PACIENTE	Description:	
	Name do Receptor:	
	Function do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSACAO	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:

✓ - PACIENTE VITIMA de TRAUMA, MOTO + CARRO, VENDO TAMBÉM MOTO, VITIMA ENCONTRADA EM DECUBITO DORSAL AO SOLO, SEM CAPACETE, BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA, RESPIRAÇÃO NORMAL, RITMO REGULAR, VASCULAGEM SUPERFICIAL E SILENCIOSA, PULSO NORMAL, REGULAR, FORTE E FERIO, SEM PRESENÇA DE GRANDES HEMORRAGIAS, VITIMA C/AS ESCREVAÇÕES EM

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		SCORE DO TRAUMA		
Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (respirações/min)	
Aberta	Abre espontaneamente	4 <input type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input type="checkbox"/>
Quase	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	> 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
Muito Pausada	Orientado	5 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
Vital	Confuso	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
Muito Rápida	Obedece solicitações	6 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
Muito	Localiza a dor	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input type="checkbox"/>
	Flexão normal	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>

## ESCALA DE GLASGOW

CONFIRME COM O ORIGINAL  
EM 06/09/2018  
Assinatura



(15) c/ dor cervical + pos. Gr rigida c/ conduta oc. n° 00

ANDOMAR SIMÔES  
Técnico em Enfermagem  
CORENRR 774.600 TE

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

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garsóz, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 308/13

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0057791-0

Nº da Nota Fiscal 002540174

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.428 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 CAUAMÉ  
CPF: 00044736894253  
CEP: 69.311-006 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.06.149600

DADOS DA LEITURA	KW/H	DATA DE LEITURA
Atual:	4232	18/03/2019
Anterior:	4027	15/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 17/04/2019
Consumo Medido:	205	Emissão: 15/03/2019
Consumo Faturado:	205	Acrescentado: 18/03/2019
	FCAN	

TIPO DE CONSUMO		TIPO DE CONSUMO				
CLASSE/SUBCLASSE		LIGAÇÃO	NÚMERO MEDIDOR	PÔTEU	CÓDIGO FAT.	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL		B1	TDB16132340-1519533	1.1.1.2	201	
HABITACIONAL	KW/H					
Mês/tipo consumo						
FEV/19	169	CONSUMO	205	A R\$ 0,774280 =	158,72	
JAN/19	193	MULTA POR ATRASO DE I 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	
AGO/18	0	ILUMINAÇÃO PÚBLICA			34,42	
JUL/18	0					
JUN/18	0					
MAI/18	0					
TÍTULO DE TRIBUTO:						
		14 205 - 0,534620				

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6 11-16 21-26  
Parece que seu mês de vencimento é 21/03/2019, não constituiem futuras versões das suas faturas.  
SE VOCÊ RECEBE O BOLETO FAMILIA, VOCÊ TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO,  
MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0600 7019 120.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA FISCAL		IMPOSTOS/OUTROS BUILOS - R\$	
Distribuição:	40,28	Base de Cálculo:	158,72
Energia:	85,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	26,98
Encargos:	4,43	Valor do PIS:	0,28
Tributos:		Valor do COFINS:	

INSCRIÇÕES DE CONTINUIDADE

DATA	DIAS
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

01/2019 63,32

TOTAL A PAGAR - R\$

0057791-0

MÊS FATURADO

03/2019

Nº da Nota Fiscal:

002540174 FCAN

83640000001 1 96930075000 3 00000000057 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 COLETOR: 1071

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cecília Júnior 1400 - UN - Boa Vista - RR

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

NAME: SAMARA SOUSA MEHESSES

DOC. REFERENCIADO-ORG. EMISSOR: 35150844 SSP RR

CPF: 009.163.382-66 DATA NACIMENTO: 03/10/1993

PAÍS: BOLÍVIA COSTA DE  
MEHESSES  
SAMARA SOUSA MEHESSES

Nº REGISTRO: 05466008498 VALIDEZ: 22/11/2021 PRIMARIAÇÃO: 13/04/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1356309278

PROIBIDO PLASTIFICAR

DESCRIÇÃO DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA EMISSÃO: 23/11/2016

61576734162  
RR20105527

ASSINATURA DO PORTADOR

DETTRAN RR (RORAIMA)



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitalista Gómez, 654 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.370/0001-44 | Inscrição Estadual 24.007.022-3  
Nota Fiscal - Centro de Esportes e Lazer - Bairro 01  
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 355/13

Più contatti  
contatto informa  
telle numeri

**SEU CÓDIGO**

Nº da Nota Fiscal 0012724122

A Tertú 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\$)
ABRIL/2019	06/05/2019	488	435,25

### RITMO ANUAL DE MENESSES

R. EXPEDITO FRANCISCO SILVA 378 DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00046668836287

CEP: 69.314-302 - BOA VISTA

ROT: 11.001-19.06.183000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Métrica:	kmh	Métrica:	kmh
Atual:	9475	Atual:	17/04/2019
Anterior:	6987	Anterior:	18/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próximo Leitura:	20/05/2019
Consumo Médio:	488	Emissão:	16/04/2019
Consumo Faturado:	488	Assinatura:	17/04/2019

bioRxiv

七

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:**

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
<b>RESIDENCIAL</b>	<b>BI</b>	<b>TDB1614749N 1420542</b>	<b>1.1.1.2</b>		<b>456</b>

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo		CONSUMO	A R\$	
MAR/19	413	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 02/19-00	0,790945 =	385,98
FEV/19	477	CORREÇÃO MONETÁRIA IQ 02/19-00		0,15
JAN/19	463	MULTA PDR ATRASO DE T 02/19-00		3,28
DEZ/18	371	MULTA PDR ATRASO 02/19-00		1,98
NOV/18	634	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00		0,36
OUT/18	596	MULTA PDR ATRASO 02/19-00		7,46
SET/18	524	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00		4,10
AGO/18	460	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		31,94
JUL/18	268			
JUN/18	421			
TABUADA TRIBUTO:				
0 a 489 - 0,00020				

MENSAGENS IMPORTÂNTES / ENSAIOS / ESSAYS

Mes/Año Valor R\$ Situada CORONELIS GOMES, 600/602, Centro, CEP 59010-000, Bento Gonçalves, RS  
03/2019 352,01

FIGURA 060570151 - LACA OPÇÃO MIGRAÇÃO 1.6 1.8 2.0 2.2

RESERVADO AD FISCO - FACEBOOK - WWW.FACEBOOK.COM/ADFISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIDADE		IMPOSTOS/PRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	95,36%	Baixa de Cálculo:	385,98
Energia:	203,29	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 CONTINUAR**

9,24 18,49 36,39 8,46 16,92 33,84 4,99  
1,31 7,88 8,29

ELIORESTA

02/2019

1548

ROT: 11.801.19.06.183000	SEU CÓDIGO 0040105-6	TOTAL PAGAR - R\$ 435,25
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Enzo Gaccio, 091 - Centro - Bala Vista - RFF CEP: 69.381-000/01-48   Ano: Estado: 24.007.821-3	MÊS FATURADO 04/2019	VENCIMENTO 06/05/2019
	Nº da Nota Fiscal: 002144177	FCAM