



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Visto
em

1801018274		05/10/2018 09:11:06		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		12	
Paciente SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA				Data Nascimento 02/01/1987		Idade 31 A 9 M 3 D		CNS 165992411320003		CPF 00061885	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3074722		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 26/09/2003		Sexo F		Estado Civil UNIAO	
Mão VALDENICE LIBORIO MARTINS		Endereço - JOSE ARRUDA DE LIMA - 121 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR		Ração/Cor PARDA		Naturalidade MANAUS - AM		Nacionalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99126-6888	
Class. de Risco				Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA				Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: MARCIO.SILVA		Peso NÃO INFORMADA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)h											
<i>paciente com TCE leve.</i> <i>MUO 4 RD bilateral 2nd 28 RCR.</i> <i>Exame Físico</i> <i>Do encéfalo.</i> <i>Hipótese Diagnóstica</i> <i>Wernicke meninges</i> <i>cork em ceto</i> <i>oligodendro</i>											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>2 D. p. U. 1 g</i> <i>2 D. p. U. 1 g</i> <i>2 D. p. U. 1 g</i>								HOSPITAL Geral de Roraima Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel: (95) 3121-0620 Novo Planalto 11/10/2017 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			
Condução											
☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: 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					
Impresso por: marcio.silva						20 MAIO 2019					
Data Hora: 05/10/2018 09:13:11						1801018274					



NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO: F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipoatenuação frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,
Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico Esp Diag por Imagem
Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428- 31 ANOS

10-2018 14:44:02

CLINICA COSME E SILVA



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1681

SAMU
192

UNIDADE:

EQUIPE:

Oliveira, Isaías

Paciente: Sebastião Martins de Oliveira Idade: 31 Sexo: A
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Estia []
 Endereço: Rua Manoel Rompim de Silva Bairro: Centro

Nº 18683 DATA 05/10/18 HORA J/ 12:25 BASE 2 VIA () [] RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Alisson HORA J/ 14:40 [] CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

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

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Capotamento	☐ Uso do cinto	☐ FAB	☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
☐ Atropelamento	☐ Vítila projetada	☐ FAF	☐ Queda, Altura aprox:
☐ Colisão AUTO x	☐ Vítila encarcerada	☐ Espancamento	☐ Acidente Doméstico
☐ Motorista	☐ Air Bag Acionado	☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Banco dianteiro	MOTOCICLETA / BICICLETA	☐ Violência Sexual	☐ Afogamento
☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Colisão MOTO X <u>carro</u>	☐ Tentativa de suicídio	☐ Agressão p/ animal
PEDESTRE	☐ Queda de moto	☐ Outro:	☐ Outros:
☐ Atropelamento	☐ Atropelamento		
☐ VIA ☐ CALÇADA	☐ Queda de Bicicleta		
	☐ Piloto		
	☒ Garupa		

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☐ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ AVON
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Taquicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Edema de Glote	☐ Roncos	☐ Ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:	☐ Sibilos	☐ Cianose central	☐ DNV
	☐ Respiração paradoxal	☐ Cianose de extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>8:40</u>	<u>120 x 60</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>8:50</u>	<u>120 x 60</u>	<u>114</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax Instável	☐ Distensão
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Tamponamento	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Luxação	☐ Enfisema sub-cutâneo	☐ Ferida Aspirativa	☐ Coloração
☐ Seca	☐ Fer. penetrante	☐ Mandíbula		☐ Empalamento	☐ Evisceração
☐ Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS					
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão						
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Escoriações						
☐ Dor	☐ Dor	☐ Luxações	☐ Luxações						
☐ Instabilidade	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações						
☐	☐	☐ Fratura	☐ Fratura						
☐	☐	☐ Amputação	☐ Amputação						

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☒ Ritmo Sinusal	☐ Fibrilação atrial	☐ Respiratória	☐ Digestiva	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assistolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstrutiva	☐ HAS	
☐ Flutter		☐ Metabólica	☐ Outra		
		☐ Cardiovascular			
		☐ Aborto			

GRAVIDADE:
COMPRIVABA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Lael da Silva
Médico

Assinatura e Carimbo (Assinatura de Destino)

SAMU 192 3V
MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS

ORIGIN

Em 01/11/18

OBSERVAÇÕES

Rubrica

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

20 MAIO 2019

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

[] Iniciada as: [] Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Moia

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERTENÇA DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

TERMO DE RECUSA

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

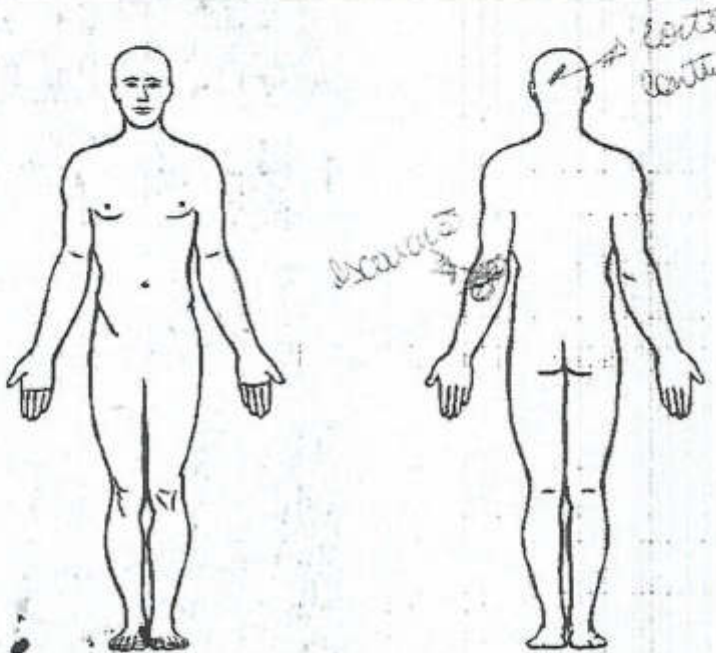
MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 paus de curas
1 atadura 8 cm

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência espontânea de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta articulada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras incoerentes/inteligíveis	Palavras	3
Sons sem sentido	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo de palavra ou piscar	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que afeta resposta motora	Não testável	NT

0 2 4 6 8 10

15



20 MAIO 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Feminino 31 anos, vítima de colisão entre veículos, oportunidade seu decubito dorsal, consciente, orientada para o espaço, apresentando este contuso na região occipital + escoriações, realizado pelo ICB, LCB + plancha. SSW realizados e seu estado o G+.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 01/11/18
Stephanie
Rubrica

TAC Salomão Leite
0389831
COP-12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

POLEGAR DIREITO

Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 307472-2

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2003

NOME SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO WANDERLEY RABELO DE OLIVEIRA
VALDENICE LIBORIO MARTINS

NACIONALIDADE MANAUS - AM

DATA DE NASCIMENTO 02/01/1987

CERTID. NASC. 01681 FILS. 152 LIV. A-107

CIRC. 01 3 OF. MANAUS - AM

2a VIA

CELEP Nº 118 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

949.225.942-72

Nome

SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Nascimento

02/01/1987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15 DE NOVEMBRO DE 1889

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

FEV/2005

CAIXA

20 MAIO 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (CPF, EMISSOR) 114807 SSP RR

CPF 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

PRIMAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CATIAO AB

Nº REGISTRO 01101912304 VALIDADE 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999

RESERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - ROPAIMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR 92485240616 RR207968020

DETRAN - RIO DE JANEIRO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR 980151096

20 MAIO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO. (P3)

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

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Apicultora
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Amado de Lima 11-111

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA



Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Atalaia Teles, 4207 - Ara Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 9627-6126
 Zoficio@boavista.rr.cartorioaquino.com.br

6406650102406862
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Em testemunho da verdade. BPO
 De que dou fé. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadeportalselem.com.br
 RECIR168296V14LK824FE4MD13/

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

64.066

Marilene Maria Tavares da Silva
 Tabelião Substituta

20 MAIO 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Apicultora
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Amado de Lima 11-111

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA



Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Atalaia Teles, 4207 - Ara Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 9627-6126
 Zoficio@boavista.rr.cartorioaquino.com.br

6406650102406862
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Em testemunho da verdade. BPO
 De que dou fé. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadeportalselem.com.br
 RECIR168296V14LK824FE4MD13/

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

64.066

Marilene Maria Tavares da Silva
 Tabelião Substituta

20 MAIO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168304/19

Número do Sinistro: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

CPF: 949.225.942-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/06/2019
Nome: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA
CPF: 949.225.942-72

SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002031/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 10:15 Data/Hora Fim: 28/01/2019 10:37
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 28/01/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/10/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Manoel Bonfin da Silva

Bairro: Pintolândia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 02/01/1987
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Vadenice Liborio Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 307472-2
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 949.225.942-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jose Arruda de Lima
Bairro: Dr. Silvio Botelho
Telefone: (95) 99176-7543 (Celular)

Nº: 121

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que se encontrava na garupa da MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA NAZ 8109, CHASSI FINAL 7837, de propriedade de FELISBERTO LUCAS DE ANDRADE, conduzido por GILBSON ALVES DE MENDONÇA, quando uma MOTOCICLETA de PLACA e CONDUTOR não identificados avançou a preferencial vindo a colidir no lado direito da MOTOCICLETA conduzida pelo Senhor GILBSON vindo ambos a cair, em decorrência da queda a comunicante veio a sofrer lesão corporal. Informa ainda que foi conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.

20 MAIO 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002031/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Suzimara Martins de Oliveira
(Comunicante / Vítima)

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



20 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

IP do sinistro ou AGL: 949.225.942-72 CPF da vítima: 949.225.942-72 Nome completo da vítima: Suzimara Martins de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDAS MENSUAIS EM PESSOA FÍSICA (pessoa física, pessoa jurídica, pessoa física ou jurídica, pessoa jurídica ou física, pessoa física ou jurídica)

Nome completo: Suzimara Martins de Oliveira Nº: 949.225.942-72
Profissão: Autônoma Endereço: Rua José Augusto de Aguiar Número: 323 Complemento: Casa
Bairro: Silvado Boletto Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.314-466
E-mail: lloirrr@hutmah.com Tel (DDD): (95) 8125-9638

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

RENDAS MENSUAIS:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 14323 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 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Filhos: _____ Vítima deixou nascido (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 certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Boa Vista - RR 16/05/19
Nome: Suzimara Martins de Oliveira
CPF: 949.225.942-72

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Suzimara Martins de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO: F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipoatenuação frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,
Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico Esp Diag por Imagem
Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428- 31 ANOS

10-2018 14:44:02

CLINICA COSME E SILVA



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1681

SAMU
192

UNIDADE:

EQUIPE:

Oliveira, Isaías

Paciente: Sebastião Martins de Oliveira Idade: 31 Sexo: A
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Estia []
 Endereço: Rua Manoel Bomfim de Silva Bairro: Centro

Nº 18683 DATA 05/10/18 HORA J/ 12:25 BASE 2 VIA () [] RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Alisson HORA J/ 12:40 [] CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

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

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Capotamento	☐ Uso do cinto	☐ FAB	☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
☐ Atropelamento	☐ Vítila projetada	☐ FAF	☐ Queda, Altura aprox:
☐ Colisão AUTO x	☐ Vítila encarcerada	☐ Espancamento	☐ Acidente Doméstico
☐ Motorista	☐ Air Bag Acionado	☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Banco dianteiro	MOTOCICLETA / BICICLETA	☐ Violência Sexual	☐ Afogamento
☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Colisão MOTO X <u>carro</u>	☐ Tentativa de suicídio	☐ Agressão p/ animal
PEDESTRE	☐ Queda de moto	☐ Outro:	☐ Outros:
☐ Atropelamento	☐ Atropelamento		
☐ VIA ☐ CALÇADA	☐ Queda de Bicicleta		
	☐ Piloto		
	☒ Garupa		

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☐ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ AVON
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Taquicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Edema de Glote	☐ Roncos	☐ Ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:	☐ Sibilos	☐ Cianose central	☐ DNV
	☐ Respiração paradoxal	☐ Cianose de extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>8:40</u>	<u>120 x 60</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>8:50</u>	<u>120 x 60</u>	<u>114</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax Instável	☐ Distensão
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Tamponamento	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Luxação	☐ Enfisema sub-cutâneo	☐ Ferida Aspirativa	☐ Coloração
☐ Seca	☐ Fer. penetrante	☐ Mandíbula		☐ Empalamento	☐ Evisceração
☐ Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS					
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão						
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Escoriações						
☐ Dor	☐ Dor	☐ Luxações	☐ Luxações						
☐ Instabilidade	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações						
☐	☐	☐ Fratura	☐ Fratura						
☐	☐	☐ Amputação	☐ Amputação						

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☒ Ritmo Sinusal	☐ Fibrilação atrial	☐ Respiratória	☐ Digestiva	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assistolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstrutiva	☐ HAS	
☐ Flutter		☐ Metabólica	☐ Outra		
		☐ Cardiovascular			
		☐ Aborto			

GRAVIDADE: COMPROVADA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Lael da Silva
Médico

Assinatura e Carimbo (Assinatura de Destino)

SAMU 192 5V

MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS

ORIGIN

Em 01/11/18

Stephania

OBSERVAÇÕES

Rubrica

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

20 MAIO 2019

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

[] Iniciada as: [] Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Moia

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERTENÇA DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

TERMO DE RECUSA

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

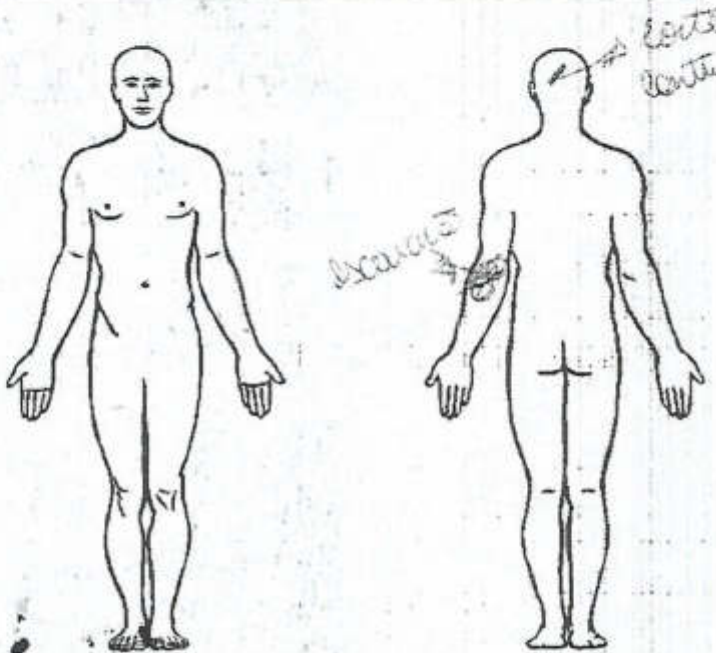
MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 paus de curas
1 atadura 8 cm

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência espontânea de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta articulada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras incoerentes/inteligíveis	Palavras	3
Sons gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo de palavra ou piscar	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que afeta resposta motora	Não testável	NT

0 2 4 6 8 10

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



20 MAIO 2019

Feminino 31 anos, vítima de colisão entre veículos, oportunidade seu decubito dorsal, consciente, orientada para o espaço, apresentando corte contuso 10 cm na região occipital + escoriações, realizados pontos de sutura + placa. SSW positivos e sem comprometimento do G+.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 01/11/18
Stephanie
Rubrica

TAC Salomão Almeida
0389831
COP-12

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODING

0025202

Claudio D. Bortolotto

Av. Capitão Enio Garcia, 691 – Centro – Boa Vista – RS

CNPJ 00.941.470/0001-44 / Ins. Estadual 24.007.022-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 8400 8-1
Receita Especial de Imposto sobre Produtos de Extração

Regime especial de impressão sulfurada pela SEFA? 188/13

Nº da Nota Fiscal

001666735

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/30D)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2015	06/11/2015	373	764,30

MARINETE ALVES

R. JOSE ARRUDA DE LIMA 121 DR. SILVIO BOTELHO

CPF: 00036481858372

CEP: 69.314-466 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.16.105500

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	16578	Atual:	19/10/2018
Anterior:	16205	Anterior:	19/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/11/2018
Consumo Médio:	373	Emissão:	19/10/2018
Consumo Faturado:	373	Apresentação:	19/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
Classif. Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Ponto	Código Fat.	Mês de Criação	
RESIDENCIAL	B1	141600542H	1415655	1.1.1.2		
HISTÓRICO kWh						
DESCRICAÇÃO DA CONTA						

Mediano consumo		CONSUMO		373 A R\$ 0,569048 =		21,23	
SET/18	257	CORRECAO MONETARIA DA IL. PUBL				0,51	
AGO/18	298	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)				7,68	
JUL/18	284	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC				4,25	
JUN/18	314	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL				1,09	
MAI/18	238	MULTA POR ATRASO (2X)				6,34	
ABR/18	271	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER				8,01	
MAR/18	297	ILUMINACAO PUBLICA				23,78	
FEV/18	251						

TARIFA 2011 TRIBUTOS
0 A 373 - 8.456,76

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTOS

Mez/Ano: 09/2018	valor: R\$ 170,00	Indica o montante efetivo a ser pago de forma parcelada, de acordo com o plano de pagamento de R\$ 170,00, de forma de 12 parcelas mensais de R\$ 14,17, com pagamento da primeira parcela em 09/2018 e das demais parcelas mensalmente até 08/2019, sendo o valor restante de R\$ 170,00 pago integralmente em 08/2019.
---------------------	----------------------	--

CASO 4114 CORRATIA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA NÃO
OPERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 0800709130 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 1 6

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$		IMPOSTOS DISTRIBUÍDOS - R\$	
Distribuição:	63,91	Base de Cálculo:	212,25
Energia:	102,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	36,08
Enargos:	4,25	Valor do PIS:	1,02
Tributos:		Valor do COFINS:	

4. INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DCA
	Mesmo	Transferido	Mixto	Mesmo	Transferido	Acum.	Mesmo	Mesmo
Contínua								
Transferida	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	
Acumulada	3,75			10,00			1,01	

DISTRITO

DOT: 3.001.16.16.105500

SEU CÓDIGO 08/2018

08/2018 6634

 **Eletrobras**
Distribuição Roraima

MÊS FATURADO

204
VENCIMENTO

VERGHEMENTO

10/09/10

06/14/10

1072010
Nº de Nota Fiscal

001666235 FCAN

83680000002 5 64330075000 4 00000000035 6 39301018008 0



SEQ.: 00123 UC: 0035393-0 DT.LEIT.: 19/10/2013 T.ENTR.: 07
LEITURA: 16578 NORMAL TOTAL: 264,33 CARGA: 015

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

20 MAIO 2019

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilseir Dinacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suzimara Martins de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Suzimara M. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942 / 72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galeão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buxito</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>ilseir@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

20 MAIO 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilbson Alves de Mendonça
RG nº 199467, data de expedição 1/1/
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Bea Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Anacleto de Lima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Dizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilbson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008/2008
Placa: NAZ-8109
Chassi: 9C23030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Bea Vista - RR

2º OFÍCIO

GILBSON ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas de São Luís - MA

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
VITÓRIA - GILBSON ALVES DE MENDONÇA

SÃO LUÍS, 10/05/2019. Emol+Ferc R\$4,40
Em test. da Verdade.

EVANGELISTA DE JESUS RIBEIRO
ESCREVENTE AUTORIZADA

CELSON

0000318265

20 Maio 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilbson Alves de Mendonça,
RG nº 199467, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José Anacleto de Lima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilbson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008/2008
Placa: NAZ-8109
Chassi: 9C23030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Boa Vista-RR

2º OFICIO

GILBSO ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas de São Luis - MA

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
VITÓRIO - GILBSO ALVES DE MENDONÇA

SÃO LUIS, 10/05/2019. Emol+Ferc R\$4,40
Em test. da Verdade.

EVANGELISTA DE JESUS RIBEIRO
ESCREVENTE AUTORIZADA

00003182654

20 MAIO 2019