

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRazo PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

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 2212 (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 Raimundo Nonato Silva

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LENICE SAMPAIO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91

(a) no CPF sob o Nº 020.693.602 / 88 do sinistro de DPVAT cobertura MVALIOLKZ da Vítima LENICE SAMPAIO DOS SANTOS Inscrição (a) no CPF sob o Nº 020.693.602 / 88 conform

determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			
Rua: 05			
Bairro	Cidade	Número	Complemento
Cidade Satélite	Boa Vista	121	
Email	Estado		CEP
nonatosilva638@gmail.com	RR		69.317-471
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		(95) 99114-4021	

BOA VISTA, RR de NOVEMBRO de 19
Local e Data

RAIMUNDO NONATO SILVA
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901169974

04/10/2019 18:35:10

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

46

Paciente

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Data Nascimento

20/03/1994

Idade

25 A 6 M 15 D

CNS

CPF

02069360288

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

LENY SOARES DOS SANTOS

Endereço

RUA - - SN - - BOA VISTA - RR

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ 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)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 04/10/2019 18:38:17



1901169974



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

1ª Classificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação 001.038.491-1E

1901169940 04/10/2019 16:59:06 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 38

Paciente **LENITA SAMPAIO DOS SANTOS** Data Nascimento **20/03/1994** Idade **25 A 6 M 15 D** CNS **02069360288** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **NAO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **LENY SOARES SAMPAIO** Contato **RENILDO ARAUJO DOS SANTOS**
Endereço **RUA - - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por: ANTONIA.SOARES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **Queda de moto** GSC **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **16:59h**

Exame Físico **Admissão moto vs carro**
Nego perda de consciência. Negro vômito

Hipótese Diagnóstica **Distúrbio de consciência**
Unilateral, esquerda em arco, estéril hemidormência
momento. PA: 180 x 80 / FC: 90 bpm / FR: 20

Hipótese Diagnóstica m. EPOR. 99%. Mot. os 04 mm.
Dor em moe @ o joelho @

SADT - Exames Complementares ☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 Difenidramina 25 mg Feito no transporte		
2 Tilidol 400 mg		
3 Dexametasona 10 mg 17/45		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
Transferência para: **Ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta: **17/10/2019**

óbito **Antes do 1º Atendimento?** ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Autópsia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**
Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 04/10/2019 17:01:15

1901169940

Vox Dr Victor P
" Elder

Vitima acidente trânsito 52C

EF: dor mto do joelho E

RX lesões fx joelho E l mto 1

A. medição mto + fth

Dr. Marcos Aguilera
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1496



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



demerit company das Santos

ALTERNATIVA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

06-3	DATE DE EXP. 03/03/2006
------	----------------------------

CEYCE SAMPAIO DOS SANTOS

SOLIMEX SOD. OF GYVA. 00110000

LENY SOARES SAMPAIO

Yd - (QUALITY)

6020 FLS 610 LTV A9

EUROPOLIS-PA

AMADEU ROCHA TRIANI

WIN

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

03/08/2016

1997

20703/1994

7070341002



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

020.693.602-88

Nome

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Nascimento

20/03/1994



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita

Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

NOME **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

LOCAL CONHECIMENTO

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

CPF

475.628.463-91

3 VIA

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 011624498684

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA
01

00858937123

80596850518

WELITON LIMA CABRAL
R RIO APLOU CASA
PROF ARACELI S MOTOR MOTO 114
BOA VISTA-RR 69315016

009.185.742-76

NAM1647

VALMIR DA CONCEICAO LIMA

PLACA ANT/LP

CHASSI

9C2JC30705R056258

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB

ANO MOD

2005

2005

CAP/POT/CV

2P/0124CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

AZUL

SEM RESERVA

Luiz Eduardo Silva de Castilho
Diretor Presidente-Interino
DETRAN-RR

POSS SAIR AMAZ

PARA TRANSFERENCIA

AL SEGURO

LOCAL

BOA VISTA-RR

DATA

14/07/2016

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414574/19

Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 020.693.602-88

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/10/2019

Titular do CPF: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS : 020.693.602-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656082 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA E JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P2 / P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656082 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/10/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA E JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P2 / P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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: Lenice Sampaio dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileira RG: 409006-3 ESTADO CIVIL: _____
CPF: 020.693.609-88 PROFISSÃO: _____
BAIRRO: Boa Vista ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 114
CEP: 69315-016 CIDADE: Boa Vista /RR

VÍTIMA: Lenice Sampaio dos Santos
CPF: 020.693.609-88 DATA DO ACIDENTE: 04/10/2019
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



B.V., 11 de Novembro de 2019

Lenice Sampaio dos Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414574/19

Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

CPF: 020.693.602-88

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 04/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS : 020.693.602-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656082

Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656082

Vítima: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 04/10/2019, emitido pelo Dr. MARCOS AGUIAR CRM nº 1995 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

020.693.602-88

4 - Nome completo da vítima:

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Rua RIO APIAÍ

6 - CPF:

020.693.602-88

11 - Bairro:

PRF. ARACELISMAIO

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

114

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

monatosilva638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.315.016

16 - Tel.(DDD):

(95) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 3905

CONTA: 00010073

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 15/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033658/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2019 18:43 Data/Hora Fim: 04/10/2019 18:58
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 811198 SERIE J Data: 04/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/10/2019 16:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA. EURIDES VASCONCELOS, C/ SIZENANDO DO CARMO CAVALCANTE

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS (ENVOLVIDO , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Sem Informação

Sexo: Feminino

Idade 25

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA. RIO APIAU

Bairro: ARACELIS

Nº: 114

Nome Civil: JAMES VASCONCELOS PIMENTA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Sem Informação

Sexo: Masculino

Idade 40

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA. YEYE COELHO

Bairro: AEROPORTO

Nº: 746

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Representante: 1ºsgt Wesley-mat.40411-0

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 009.185.742-26

Renavam 00858937123

Número do Chassi 9C2JC30705R056258

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAM4647

Número do Motor JC30E75056258

Ano/Modelo Fabricação 2005/2005



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 14/11/2019 10:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033658/2019

Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 13/07/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Lenice Sampaio dos Santos	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 507.895.972-68	Placa NBA8377
Renavam 01133158347	Número do Motor H4MF735Q016779
Número do Chassi 93Y9SR3H5JJ995487	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo RENAULT/OROCH DYN 16 SCE
Modelo RENAULT/OROCH DYN 16 SCE	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 31/10/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
James Vasconcelos Pimenta	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM APRESENTADO RELATA O SEGUINTE FATO: QUE A GUARNIÇÃO FOI ACIONADA PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO; QUE AO CHEGAREM AO LOCAL SE DEPARARAM COM OS ENVOLVIDOS, ONDE LENICE TRANSITAVA NA RUA SIZENANDO E NO CRUZAMENTO TEVE SUA TRAJETÓRIA INTERROMPIDA PELO SENHOR JAMES, QUE SEGUIA NA RUA. EURIDES VASCONCELOS VINDO A COLIDIR; QUE LENICE FOI CONDUZIDA PELA EQUIPE DO SAMU AO PSE, E A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL E REALIZADA PELO PERITO MARLON. É O RELATO.

ASSINATURAS

Aicilene de Almeida Izidorio
Agente Carcerário
Matrícula 42000555
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR
(Comunicante)

"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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 14/11/2019 10:09
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 033658/2019/2º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º

NOME: **LENICE SAMPAIO DOS SANTOS**

RG: **4090063 SSP/RR**

SEXO: **FEMININO**

DATA DE NASCIMENTO: **20/03/1994**

TELEFONE: **99127-4666**

ENDEREÇO: **RUA - RIO APIAÚ, 114**

BAIRRO: **PROFESSOR ARACELIS SOUTO MAIOR**

A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário.

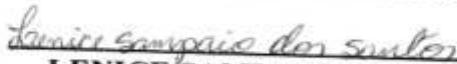
- **MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN;**
- **PLACA NAM 4647;**
- **COR AZUL;**
- **ANO 2005/2005;**
- **RENAVAM 00858937125;**
- **CHASSI 9C2J30705R056258;**
- **WELITON LIMA CABRAL (PROPRIETÁRIO);**



Agente Carcerário de Polícia Civil

Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 13 de Novembro de 2019.



LENICE SAMPAIO DOS SANTOS

Comunicante

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE Ocorrência POLICIAL

SÉRIE J

Nº 811198

Vtr INTEGRADO 01	SUCp CIPTUR	Data 04.10.19	S/Setor LESTE	H/Transm 16H50	H/Ini 17H10	CH/H -----	H/Fim 18H45
Cód. Oc. 1001, 1003		Cód. Prov. 13999		Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-		Km/Ini -----	Km/Fin -----

LOCAL DE Ocorrência

RUA EURIDES VASCONCELOS C/ RUA
SIZENANDO DO CARMO CAVALVANTE,

Av: Rua Nº 623

Bairro: JARDIM FLORESTA

Ref.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: LENICE SAMPAIO DOS SANTOS	Idade: 25	E. Civil: XXXXXXXX
Endereço: RUA RIO APIAU, Nº 114	BAIRRO: PROF ARACELIS	TEL.: 99127-4666	
Edt. R.G: 4090063 SSP RR	CNH: 06471792946	Profissão: DO LAR	
2 ENVOLVIDA	Nome: JAMES VASCONCELOS PIMENTA	Idade: 40	E. Civil: XXXXXXXX
Endereço: RUA YEYE COELHO, Nº 746	BAIRRO: AEROPORTO	TEL.: 981121037	
Edt. R.G: 122470 SSP RR	CNH: 01914053966	Profissão: SERVIDOR PÚBLICO	
3	Nome: _____	Idade: _____	E. Civil: _____
Endereço: _____	BAIRRO: _____	Profissão: _____	
Edt. R.G: _____	CNH: _____	Profissão: _____	
4	Nome: _____	Idade: _____	E. Civil: _____
Endereço: _____	BAIRRO: _____	Profissão: _____	
Edt. R.G: _____	Cpf: _____	Profissão: _____	

AVARIAS

VEICULO DO ITEM 01: MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, DE COR AZUL, 2005/2005, PLACA NAM 4647;
VEICULO DO ITEM 02: CAMINHONETE RENAULT/OROCH DYN 16 SCE, DE COR VERMELHA, 2017/2018,
PLACA NBA 8377;

ASSINATURA

CARGO

ACR

LOCAL

2º DP

HISTORICO

Senhor Delegado,

Acionados via CIOPS para atender uma ocorrência no endereço acima citado, nos deparamos no local com os envolvidos. Onde o ITEM 01 transitava na Rua SIZENANDO DO CARMO CAVALVANTE no cruzamento quando teve sua trajetória interrompida pelo ITEM2 que seguia na Rua EURIDES VASCONCELOS vindo a colidir. O ITEM 01 foi conduzido pela equipe SAMU ao PSE e pericia esteve no local e realizada pelo perito Marlon.

Era o que tinha a relatar

WESLEY

40411-0

Nº

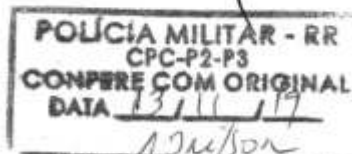
1ºSGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

RELATOR



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mát. 44005023

nome: Lemice Sampaio dos Santos ID: 25 sexo: pm.



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1954



UNIDADE **Bravo I**

EQUIPE: **marcio + juo olys.**

Paciente: **Lemice Sampaio dos Santos**

Idade: **25** Sexo: **pm.**

Nacionalidade: **brasileira**

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

Endereço: **L. Evridy Macanuly Rodrigues**

683

Bairro: **Jardim Flor de**

Nº **17.042**

DATA **14.10.2019**

HORA J/9: **16:22**

BASE ☒ VIA ()

☒ RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): **Dr. Paulo**

HORA J/10: **16:55**

() CELULAR

MOTIVO INICIAL

capotx moto.

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒)

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência psiquiátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física - FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física - FAB | ☒ Afogamento | ☒ Urgência clínica | ☐ Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☒ Automóvel	☒ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Motocicleta	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☒ Micro-ônibus	☒ Assento para criança

AValiação INICIAL

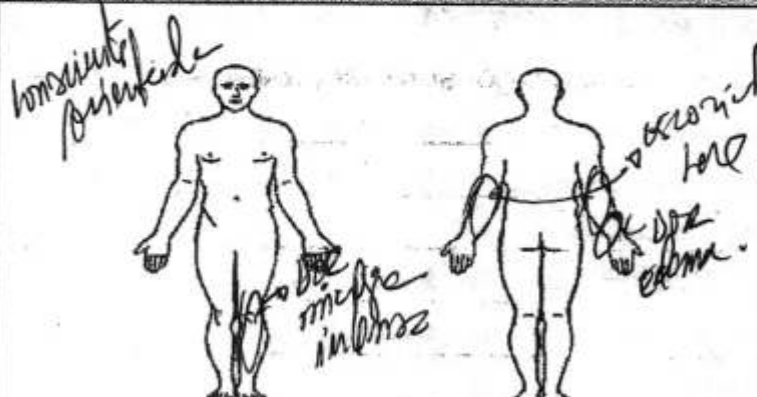
VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicardia	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Corpo estranho	☐ Taquiméla	☐ Pulso central ausente	☐ Aparelho A/coolizado
☐ Outro: _____		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora

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"	Glasgow
Início 16:36	130x80	111	22	100%	36,8		10	15
Fim 16:47	120x80	95	19	100%				

AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	4 - Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - À dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	RESPOSTA VERBAL
6 - Luxação	5 - Orientado
7 - Fratura fechada	4 - Confuso
8 - Fratura exposta	3 - Palavras inapropriadas
9 - Amputação	2 - Palavras incompreensíveis
10 - Evisceração	1 - Sem resposta
11 - Afundamento de crânio	RESPOSTA MOTORA
12 - Ferimento penetrante	5 - Obedece a comandos
13 - Tórax instável	4 - Localiza a dor
14 - Enfisema subcutâneo	3 - Movimento de retirada
15 - Ferida aspirativa	2 - Flexão anormal
16 - Empolamento	1 - Extensão anormal
17 - Outros	1 - Sem resposta



AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Respiratória	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Abrial	☐ Cardiovascular	☐ HAS
☒ Fibrilação atrial	☐ Digestiva	☒ Medicação de uso
☐ FV	☒ Trauma	☒ Alergias
☐ TV	☐ Metabólica	☐ Outros
☐ AESP	☐ Infecçosa	
☐ Assístolia		

GRAVIDADE COMPROVADA [] Ileso [x] Pequena [] Média [] Severa

GIVAGO Henrique R. da Silva
ASO. QOCON - Médico
CRM-RR 1813

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em **14/11/19**
Stephanie Rubrica

☐ Cancelamento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Hospitalização	☐ Não se encontrava no local	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal	☐ Bombeiros	☐ Outros:
---------------------------------------	--	---	---	--	---	------------------------------------	----------------------------------

PERTINÊNCIA DO PACIENTE: Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____

Perda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Contrações entre 3-5 min.

☒ Contrações com duração > 30s

☐ Partes fetais na vulva

☐ Com cartão da gestante

☒ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegel

☐ Cateter nasal: _____ L/min

☐ Máscara facial: _____ L/min

☐ Bóia velva-máscara: _____ L/min

☐ Intubação orotraqueal

☐ Acesso venoso Gelco n° _____

☐ Máscara laríngea

☐ Guia de introdução Bougie

☐ Cricotireostomia cirúrgica

☒ Oximetria

☐ Dreno de tórax

☐ Descompressão torácica

☒ Acesso venoso Scalp n° 19

☐ Monitorização cardíaca

☒ Colar cervical

☒ Headblock

☒ Prancha longa

☒ Tirantes

☐ KED

☐ Acesso intraósseo

☒ Imobilização de fraturas

☒ Curativos

☐ Parto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 mg. bupivacaína	25	SV	16:35				
02 mg. fentanyl 200	400	SV	16:35				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

04/10/19 às 16:22 A equipe foi acionada para atender a um paciente de sexo masculino, com trauma primário, foi constatada lesão (escoriação) no membro superior esquerdo, com uma pequena luxação no membro inferior esquerdo, e após o tempo decorrido com edema e dor, comprometendo a mobilidade, que autorizei a medicação e posteriormente recomendar para a unidade de saúde (Unidade de Saúde) o paciente.

medicamentosa.

03 mg de bupivacaína (m).
 02 mg. fentanyl 200.
 001 sonda 20ml
 001 agulha 40x12
 002 mg. bupivacaína
 002 mg. fentanyl 200
 002 agulha 40x12

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 14/11/19
 Stephanie
 Rubrica

Associação Clube da Silva Pereira
 Rua da Esperança
 CEP 814-545
 Carimbo do profissional



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0000995-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal

003458207

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	11/09/2019	665	556,83

ELIETE GONCALVES DE LIMA
R. RIO APIAU 114 PROF ARACELI S MAIOR
CPF: 000199973/0244
CEP: 04.515-026 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22 10.1190003

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	22000		Atual: 19/08/2019
Anterior:	21395		Anterior: 17/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 16/09/2019
Consumo Medido:	665		Emissão: 15/08/2019
Consumo Faturado:	665	FCAH	Apresentação: 19/08/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRE	2903648	H 1572405	1.1.1.1	512

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 665 A R\$ 0,777737 = 513,87
JUL/19 674	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00 0,00
JUN/19 479	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 2,67
MAI/19 521	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 1,56
ABR/19 534	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,33
MAR/19 505	MULTA POR ATRASO 05/19-00 8,03
FEV/19 455	JUROS DE MORA DE 11M0 05/19-00 5,03
JAN/19 475	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23
DEZ/18 465	
NOV/18 531	
OUT/18 501	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
0 A 665 - 0,00-0,00	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes. Ago Valor R\$ 499,99
07/2019
O valor devido para o mês de agosto de 2019 é de R\$ 499,99. Este valor deve ser pago até o dia 16/09/2019. Caso contrário, serão aplicadas multas e juros de mora. O pagamento pode ser realizado em qualquer agência bancária ou no site www.roraimaenergia.com.br.

FIGUE DESATENDIDO E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 11/09/2019

RESERVADO AO FISCO D.84.1088.F8E8/002 BFAF A14B FOCA ICIE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	277,02	Base de Cálculo:	513,87
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	14,39	Valor do ICMS:	87,35
Encargos:	91,83	Valor do PIS:	0,78
Tributos:		Valor do COFINS:	3,70

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
0,3%	17,70	35,40	8,46	10,02	33,84
2,58			6,00		1,20
DISTRITO					
ROT: 29.001.22 10.1190003					
08/2019 144,6					



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0000995-0

TOTAL A PAGAR - R\$

556,83

MES FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

11/09/2019

Nº da Nota Fiscal:

003458207 FCAH

