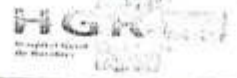


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



urg
uso
dia

1801006882 10/09/2018 11:43:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA 17/06/1995 23 A 2 M 23 D 898002774120812 02075123292

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 4065611 SSP/RR 04/03/2010 F SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Contato

VANUZA CRISTINA MARTINS ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA (95) 99121-2920

Endereço Ocupação

RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1881 - ALVORADA - BOA VISTA - RR DO LAR

Class. de Risco Plano Convênio N° 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

Queixa Principal

() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Vítima de acidente de trânsito

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Dipirona 1g (6) 1200

2) Paracetamol 400mg (6)

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Condição

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório

() Alta a Pedido () Observação (Até 24h)

() Alta a Revelia () Internação

() Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: 01 SET 2019

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana

Data Hora: 10/09/2018 11:44:34

26 SET. 2019

Márcio Freire

Medico

CRM/RR 1613

1801006882

http://10.102.5.252:8888/IS4/is4/2F6F21EC-5017-4D3F-8AB2-7291D59E4952.html

Odontologia Dr. Brinilla

Prévia de planejamento - 1.º passo
de análise anatomica de
todas as curvas + T2 (C).

As curvas T200 (P).

It of T2 (C) em relação lateral
passiva no T200 (P).

em: movimento + movimento de mola
+ estabilização + movimento de mola.

Retorno de T200 (P)
analisar.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR



26 SET. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE:

Paciente: Gloria Cristine Martins Idade 23 Sexo ☐ M ☒ F
Nacionalidade: Brazileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: Rua Aruanã - Jacutuba
Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>16.970</u> DATA <u>10/09/18</u>	ACIONAMENTO: <u>11:02</u>																											
	Médico (a) Regulador (a): <u>Alison</u>	HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):																											
	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS																												
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA																												
	<table border="1"> <tr> <td> AUTOMÓVEL ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro </td> <td> ☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta </td> <td> VIOLENCIA ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual </td> <td> OUTROS ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros </td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	VIOLENCIA ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	OUTROS ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros																						
	AUTOMÓVEL ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	VIOLENCIA ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	OUTROS ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros																									
	AVALIAÇÃO INICIAL																												
<table border="1"> <tr> <td> Vias Aéreas ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia </td> <td> Ventilação ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez </td> <td> Circulação ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia </td> <td> Aval Neurológica ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Apisocana ☐ Alcoolizado </td> </tr> </table>			Vias Aéreas ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	Ventilação ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	Circulação ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	Aval Neurológica ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Apisocana ☐ Alcoolizado																							
Vias Aéreas ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	Ventilação ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	Circulação ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	Aval Neurológica ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Apisocana ☐ Alcoolizado																										
SINAIS VITAIS E ESCORES																													
<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp. °C</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td><u>37</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>9</u></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-	Fim	:	<u>1</u>						
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR																					
Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-																					
Fim	:	<u>1</u>																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituara)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																												
	<table border="1"> <tr> <td> Pele ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca </td> <td> Cabeça ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração </td> <td> Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular </td> <td> Pescoço ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações </td> <td> Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável </td> <td> Abdome ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações </td> </tr> </table>			Pele ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	Cabeça ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	Abdome ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações																				
	Pele ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	Cabeça ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	Abdome ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações																							
	<table border="1"> <tr> <td> Pelve ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade </td> <td> Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade </td> <td> Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações </td> <td> ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmaecimento ☐ Avulsão </td> </tr> </table>			Pelve ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmaecimento ☐ Avulsão																						
Pelve ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmaecimento ☐ Avulsão																										
<table border="1"> <tr> <td> AVALIAÇÃO CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter </td> <td> ☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia </td> <td> AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória </td> <td> ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica </td> <td> HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC </td> </tr> </table>			AVALIAÇÃO CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC																						
AVALIAÇÃO CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC																									
GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA																													
INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
	<table border="1"> <tr> <td> ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole </td> <td> ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local </td> <td> ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF </td> <td> ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN </td> </tr> </table>			☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN																						
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN																										
RCP	☐ Iniciada as: : ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado ☐ Término as: : ☐ RCP sem sucesso OBS:																												
DESTINO	<table border="1"> <tr> <td> ☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR </td> <td> ☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM </td> <td> ☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN </td> <td> ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lette Ins. - HLA ☐ Outros </td> </tr> </table>			☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR	☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lette Ins. - HLA ☐ Outros																						
☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR	☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lette Ins. - HLA ☐ Outros																										

26 SET. 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ONTENDENTE
Mara Carvalho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUMCUESAU

CIEPA ENT
NT
CE
DO
E

Descrição

Nome do Receptor

Função do Receptor

Assinatura do Receptor

TERMO DE
RECUSA

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

Assinatura do Paciente

RG

GESTANTE

IG p/ semana: Movimentos fetais

Perda de líquido BCF

[] Com cartão [] Sem cartão

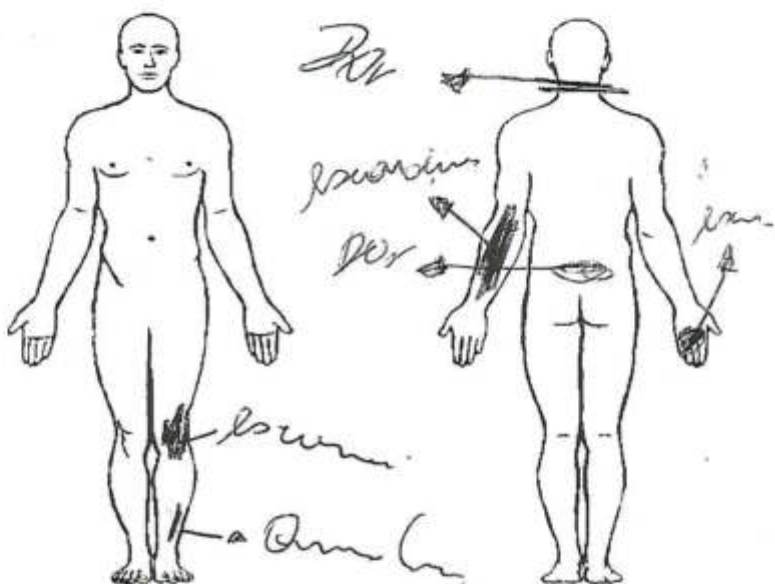
MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 gelos 22. 1 grupo.
1 SFO, 1 l. Son
1 an p...
1 t... t...

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retrada)	4 pontos
		Flexão anormal (descorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente de trânsito, vítima de trauma por queda de altura, com lesão na coluna cervical, apresentando dor no pescoço e dor no dorso. Foi encaminhado para o Hospital de Referência para tratamento. Atualmente, o paciente encontra-se em observação no Hospital de Referência, com evolução satisfatória.

26 SET, 2019

Maria Carvalhinho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUIC/CGUE/SAU

**RORAIMA ENERGIA S.A.**

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

1. Tarifa de Uso de Energia Elétrica - TUEE: 1ª edição publicada nº 10.408, 29 de abril de 2002
 Nota Fiscal de Energia Elétrica - Série U - Nº 3608537
 2. Nome do consumidor registrado no sistema de distribuição

Segunda Via

VANUZA CRISTINA MARTINS
R. FRANCISCO A SILVA, 1881

ALVORADA -

CEP 69.317-286 - BOA VISTA - RR

CPF 382.155.782-68 RG 106428 SSP RR 16-08-89

Roteiro: 001.21.07.048300

Para contato com a empresa,
 informe este número

Código Único

0064716-0

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
06/09/2019	09/08/2019	09/09/2019	09/10/2019	31	09/09/2019	09/2019
Cod. Fat	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 14 19 321	Normal		
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
Consumo	14EDB08449	31079	30637	1,00000	5	442
						442

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
08/2019	396		Consumo 442 kWh a 0,766106	0,634620	338,61
07/2019	412	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		27,63
06/2019	348		Correção Monetária Da Il. Pública 05/19-00		0,09
05/2019	540	Encargos	Correção Monetária Igpm 05/19-00		7,03
04/2019	589	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Pública 05/19-00		2,55
03/2019	587		Juros De Mora Por Atraso De Il. Pública 05/19-00		0,87
02/2019	477		Multa Por Atraso 05/19-00		8,32
01/2019	491		Juros De Mora De Importe / Serviços 05/19-00		12,90
12/2018	631				
11/2018	730				
10/2018					
09/2018					
Média		Pis - 0,07			
12 meses	520	Cofins - 0,47			

Indicadores de Continuidade: 07/2019					Contas em Débito				
Cj:	13 - DISTRITO	ELSD	R\$ 135,17		Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2019	0	01/09/2019	369,41	
DIC	8,85	0,00	17,70	35,40	06/2019	0	01/07/2019	326,79	
FIC	8,46	0,00	16,92	33,84					
DMIC	4,82	0,00	4,82	4,82					

Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 1.077,80

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
08/2019	0	01/09/2019	369,41

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS
338,61	17,00	57,56

Reservado ao Fisco

0269.76AA.5FC7 0583.F87C.B3D5.9E51.B9A3

Vencimento

Valor a Pagar

01/10/2019**R\$ 398,00**

RORAIMA ENERGIA S.A.

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
 débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
 Código para débito automático: 0064716-0

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
00647160	09/2019	00	6

Vencimento
01/10/2019Valor a Pagar
R\$ 398,00

26 SET. 2019

83680000003 3 98000075000 3 00000000064 6 71600919006 8





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 INÁCIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

26 SET. 2019

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

autenticação mecânica

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Flair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-51.2 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gloria Cristina Martins Noyosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.751.232-92

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gloria Cristina Martins Noyosa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.751.232-92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

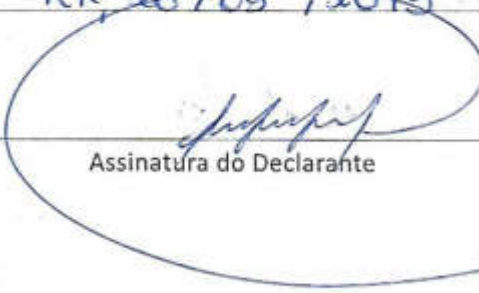
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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.

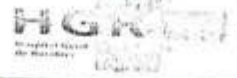
Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Baritis</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIBRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98125-9538</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 26/09/2019


Assinatura do Declarante

26 SET. 2019

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



urg
uso
dia

1801006882 10/09/2018 11:43:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente **GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA** Data Nascimento **17/06/1995** Idade **23 A 2 M 23 D** CNS **898002774120812** CPF **02075123292** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **04/03/2010** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **VANUZA CRISTINA MARTINS** Pai **ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA** Contato **(95) 99121-2920**

Endereço **RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1881 - ALVORADA - BOA VISTA - RR** Ocupação **DO LAR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° 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: DANIEL VIANA**

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)

Exame Físico *Vítima de acidente de moto
cl. por mo. que chutou o pé (cl.)*

Hipótese Diagnóstica *fratura*

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Dipirona 1g (tw) 1200
2) Febatril 400 (b)
81 SET. 2019

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: daniel.viana
Data Hora: 10/09/2018 11:44:34

26 SET. 2019

Márcio Freire
Médico
CRM/RR 1613



Odontologia Dr. Brinilla

Prévia pré-anestésica - 15 min
e Anestesia Associação de
Tubos em Equine + Taz (C).

As tubos 1200 mm.

It of 12 Taz (C) em tubos com
pressão no T20 construtor.

CR: insuflação + tipo de tubo
+ outros tubos + grupo tubos.

Retorno As Tubos PT

Arquivo.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR



26 SET. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE:

Paciente: Gloria Cristine Martins Idade 23 Sexo ☐ M ☒ F
Nacionalidade: Brazileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: Rua Aruanã - Jacatuba
Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>16.970</u>	DATA: <u>10/09/18</u>	ACIONAMENTO: <u>11:02</u>																										
	Médico (a) Regulador (a): <u>Alison</u>	HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS																												
	MECANISMO DE TRAUMA																												
	<table border="1"> <tr> <td>AUTOMÓVEL</td> <td>MOTO/BICICLETA</td> <td>VIOLÊNCIA</td> <td>OUTROS</td> </tr> <tr> <td> ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro </td> <td> ☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta </td> <td> ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual </td> <td> ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros </td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros																		
	AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS																									
	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ arnri ☐ Outros																									
	AVALIAÇÃO INICIAL																												
	<table border="1"> <tr> <td>Vias Aéreas</td> <td>Ventilação</td> <td>Circulação</td> <td>Aval Neurológica</td> </tr> <tr> <td> ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia </td> <td> ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez </td> <td> ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia </td> <td> ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado </td> </tr> </table>			Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																		
	Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica																									
	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																									
	SINAIS VITAIS E ESCORES																												
<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp. °C</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td><u>37</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>9</u></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-	Fim	:	<u>1</u>						
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR																					
Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-																					
Fim	:	<u>1</u>																											
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																													
<table border="1"> <tr> <td>Pele</td> <td>Cabeça</td> <td>Face</td> <td>Pescoço</td> <td>Tórax</td> <td>Abdome</td> </tr> <tr> <td> ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca </td> <td> ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração </td> <td> ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular </td> <td> ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações </td> <td> ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável </td> <td> ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações </td> </tr> </table>			Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações															
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																								
☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações																								
<table border="1"> <tr> <td>Pelve</td> <td>Coluna Dorsal</td> <td>Membros</td> </tr> <tr> <td> ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade </td> <td> ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade </td> <td> ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações </td> </tr> </table>			Pelve	Coluna Dorsal	Membros	☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																					
Pelve	Coluna Dorsal	Membros																											
☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																											
<table border="1"> <tr> <td>AVALIAÇÃO CARDÍACA</td> <td>AFECÇÃO CLÍNICA</td> <td>HISTÓRIA PEGRESSA</td> </tr> <tr> <td> ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter </td> <td> ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória </td> <td> ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica </td> </tr> </table>			AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																					
AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA																											
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																											
<table border="1"> <tr> <td>GRAVIDADE COMPROVADA</td> <td>☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA</td> </tr> </table>			GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA																									
GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA																												
INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
	<table border="1"> <tr> <td> ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole </td> <td> ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local </td> <td> ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF </td> <td> ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN </td> </tr> </table>		☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN																							
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN																										
RCP	☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado ☐ Término as: ☐ RCP sem sucesso OBS:																												
DESTINO	<table border="1"> <tr> <td> ☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR </td> <td> ☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM </td> <td> ☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN </td> <td> ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lote Ins. - HLA ☐ Outros </td> </tr> </table>		☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR	☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lote Ins. - HLA ☐ Outros																							
☐ Atendido no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR	☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Pol. Cosme e Silva - BRS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lote Ins. - HLA ☐ Outros																										

26 SET. 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ORIGINAL
Mara Carvalho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUMC/SES/SAU

CIEPA ENT
NT
CE
DO
E

Descrição

Nome do Receptor

Função do Receptor

Assinatura do Receptor

TERMO DE
RECUSA

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

Assinatura do Paciente

RG

GESTANTE

IG p/ semana: Movimentos fetais

Perda de líquido BCF

[] Com cartão [] Sem cartão

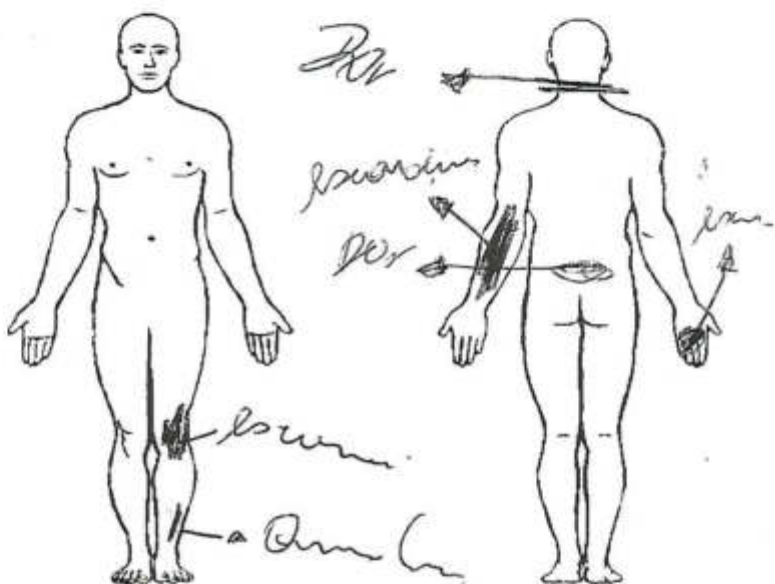
MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 gelos 22. 1 grupo.
1 SFO, 1 L. Son
1 an p...
1 t... t...

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retrada)	4 pontos
		Flexão anormal (descorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente de trânsito, vítima de trauma por queda de altura, com lesão na coluna cervical, apresentando dor no pescoço e dor no braço direito. Foi encaminhado para o Hospital de Referência, onde foi admitido no Departamento de Neurologia. Foi realizado o exame físico e o exame de imagem, sendo constatada a lesão na coluna cervical. Foi iniciado o tratamento com medicação analgésica e fisioterapia. O paciente evoluiu satisfatoriamente, com melhora da dor e da função do braço direito. Foi alta médica com recomendações de repouso e uso de medicação analgésica.

26 SET, 2019

Maria Carvalhinho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUIC/CGESAU

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Polegar Direito



Gloria Cristina Martins Nojosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 406561-1

DATA DE
EXPEDIÇÃO 28/02/2018

NOME
GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO MARCOS BARBOSA NOJOSA
VANUZA CRISTINA MARTINS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
17/06/1995

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 83751 FLS 146 LIV A-123
BOA VISTA-RR

CPF
020.751.232-92
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Petrus Polígrafo e Impressão de Polícia Civil
Estrada do SOG

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

26 SET. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554430 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P2

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:	Gloria Cristina Martins Nogueira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	406562-1
ENDEREÇO:	Rua: Francisco A. Silva, 1881, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Leir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55P-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 10/09/2018, cobertura Invalidez, vítima: Gloria Cristina Martins Nogueira

Bac Vista 10.09.19

LOCAL E DATA



Gloria Cristina Martins Nogueira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

26 SET. 2019

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Bac Vista
 Daniel Aquino - OAB/RR 114.807-55P-RR
 Av. André Baccaro, 181, 11220-000, São José do Rio Preto, SP
 Tel: (13) 3222-1111
 E-mail: daniel.aquino@bacvista.com.br
 141134-5407-55P-RR-19
 Resolvido por: VERA DE LIMA
 141134-5407-55P-RR-19
 Em testemunho da verdade, BPO
 De que deu fé, Bac Vista RR, 10 de setembro de 2019.
 Genuinidade e autenticidade em: www.bacvista.com.br
 RECIFIR169266BVBESUATLPGIVM81
 Encolamento de R\$ 2,45 Fundos/TSE/R\$ 0,55 SELO/R\$ 1,50 Total/R\$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334668/19

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

CPF: 020.751.232-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLORIA CRISTINA
MARTINS NOJOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA : 020.751.232-92

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: 26/09/2019
Nome: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA
CPF: 020.751.232-92

GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554430

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554430

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

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 10/09/2018, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - 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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 020.751.232-92 Nome completo da vítima: Gloria Cristina Martins Navesa

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

Nome completo: Gloria Cristina Martins Navesa CPF: 020.751.232-92

Profissão: autônomo Endereço: Rua: Francisco A. Silva Número: 1881 Complemento: casa

Bairro: Alborado Cidade: Beaquista Estado: RR CEP: 69.317-286

E-mail: FLOTRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (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: 5076 8 CONTA: 674 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Beaquista - RR 26/09/2019

Nome: Gloria Cristina Martins Navesa

CPF: 020.751.232-92

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Gloria Cristina Martins Navesa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

26 SET. 2019

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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 531/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 28/09/2018.

COMUNICANTE: GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

RG: 406561-1 EXP.: SSP/RR CPF: 020.751.232-92

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ANACLETO DASILVA, Nº. 1881 - BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AUTÔNOMA

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 17/06/1995

IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENS. SUPERIOR INCOMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99121- 2920 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA

NOME DA MÃE: VANUSA CRISTINA MARTINS

O comunicante que não é habilitada, informa que dirigia MOTOCICLETA HONDA BIS 110I, placa NAS 0903, RENAVAN 01148311790, CHASSI 9C2JC7000JR007549 de propriedade de VANUZA CRISTINA MARTINS, pela Rua aruanã, Bairro Psicultura, no dia 10.09.2018, por volta das 10:40 hs, quando veio a colidir em um GATO que se encontrava no meio da via, fazendo com que perdesse o controle do veículo vindo a mesma a cair, sofrendo escoriações pelo corpo, inclusive com fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi conduzida ao trauma do HGR pelo SAMU para atendimento médico. Segundo a comunicante este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

CARLOS REGES CUNHA
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Mat. Nº 042050372

Glória Cristina Martins Nojosa.
GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA
COMUNICANTE

DAT

28 SET. 2018
MAT. 42000372
CONFERIDOR

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

26 SET. 2019

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: 020.751.232-92 Nome completo da vítima: Gloria Cristina Martins Navesa

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

Nome completo: Gloria Cristina Martins Navesa CPF: 020.751.232-92

Profissão: autônomo Endereço: Rua: Francisco A. Silva Número: 1881 Complemento: casa

Bairro: Alvorado Cidade: Beaquista Estado: RR CEP: 69.317-286

E-mail: FLOTRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (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: 5076 8 CONTA: 674 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Beaquista - RR 26/09/2019

Nome: Gloria Cristina Martins Navesa

CPF: 020.751.232-92

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Gloria Cristina Martins Navesa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

26 SET. 2019

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.