

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 inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIA SANTOS VIANA inscri (a) no CPF sob o Nº 056.010.773 / 04 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDA da Vítim ANTONIO SANTOS VIANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.010.773 / 04 confor determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ACUSOU Renda: ACUSOU e apresento os documentos comprobatório

☒ 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		Número	121	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CEP
Email		nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
					(95) 99114-4021	

BOA VISTA, RR de JANEIRO de 2020
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.

1901185043 10/11/2019 23:22:58

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **ANTONIO SANTOS VIANA** Data Nascimento: **30/01/1990** Idade: **29 A 9 M 11 D** CNS: **708205651113744** CPF: **05601077304** Prontuário: **00132477**

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **036465182008 SSP/MA** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Naturalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **CARMELITA SANTOS** Pai: **JOAO RODRIGUES VIANA** Contato: **(95) 99134-3196** Ocupação: **Segunda Jm.**

Endereço: **RUA - MANOEL FELIPE - 2179 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR**

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: **Registrado por: SOUSA**

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Síndrome Febril** **Sintomático Respiratório** **Suspeita de Dengue**

Queixa Principal: **Colisão rosto - rosto.**

Anamnese de Enfermagem: **Colisão rosto - rosto.**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): **Colisão rosto - rosto. Sobre trauma em face esquerda e escorregou do ombro S e DUSO.**

Exame Físico: **AVAR - C: pulso cheio. E: Assimetria do MSE. B.M.U.C. D: Fx 15. pupila dilatada. 160mm**

Hipótese Diagnóstica: **Colisão**

SADT - Exames Complementares: **() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: E.**

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

TC: com hemorragia pontual e esquiva.

Avaliação da urina, suplen tra encerrado Dr. Faria

Conduta: **() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para:**

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 DEZ. 2019
Dr. Arnaldo J. H. Perez
CRM: 1554/RR / RQE: 118
Cirurgião Geral

Certifico e Dou fe que o presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **sousa**
Data Hora: **10/11/2019 23:23:28**

1901185043



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: Antonio Santos Viana

DATA DA INTERNAÇÃO: 10/11/2019

DATA DA ALTA: 11/11/2019

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Dr. Cláudio Linhares

DIAGNÓSTICO:

Lesão renal hipoatenuante em rim esquerdo de aproximadamente 6,4x4cm nos maiores eixos (transverso e anteroposterior)

TRATAMENTO

Realizado sintomáticos durante internação até avaliação do serviço de urologia que indicou tratamento conservador.

EVOLUÇÃO

Paciente apresentando boa evolução clínica, sem intercorrência ou queixas clínica. BEG, LOTE, hidratado, corado, eupneico em ar ambiente, ativo, colaborativo, relatando presença de urina de aspecto normal, sem alteração de cor, dor ou irritação durante ato miccional. Ao exame físico refere apenas dor leve à palpação profunda em FID, abdômen sem sinais de irritação peritoneal ou vísceromegalias, sem mais alterações físicas ou queixas do paciente.

Laudo de tomografia computadorizada do dia 10/11/2019 referindo Lesão renal hipoatenuante que envolve a porção infero posterior do rim esquerdo e mede aproximadamente 6,4 x 4,0 cm nos maiores eixos transverso e anteroposterior, respectivamente (hematoma em fase subaguda/crônica). Há discreta densificação dos planos adiposos adjacentes.

Exame laboratorial: Hb: 13,5; Ht: 40,4; Leuc: 13,71; Neut: 75,4; Pqt: 165.000.

ORIENTAÇÃO

- Oriente retornar se presença de intercorrência (febre, dor, presença de hematoma, irritação peritoneal, palidez)
- Encaminhado para consulta de retorno em ambulatório com Dr Fariel no Hospital Coronel Mota.
- Receituário

Dr. Cláudio Linhares
Cirurgião Geral
OR 1417

Atos 11.11.19

Anexo I

GRANDE TRAUMA



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H6N

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRÉ SANTOS JÚNIOR

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708205651113744

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/01/1990

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

132477

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CAROLINA SANTOS

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

- R. MONTE FÉLIX 275 ASA BRCA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BJ

9 - SEXO

Masculino

Feminino

11 - TELEFONE DE CONTATO

959911393196

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RJ

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de colisão veículo-moto, Sofre trauma em
Flanco esquerdo e ressecção de tendão 3 e 4 do SLD

T/A 131/71

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica e TC.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

trauma femur
crânio

21 - CID 10 PRINCIPAL

S6-I

22 - CID 10 SECUNDÁRIO (se houver)

HOSPITAL GERAL DE CURA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
12 DEZ 2019
Sheila
Certifico que esta é uma cópia verdadeira e fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. André J H

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/11/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Dr. André J H
CRM 155118 RJ
Cirurgião Geral

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

V299

132477

DE



Governo do Estado de Roraima
"América Paralela dos Amigos"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

9

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

h 25 M3

illic/19

— Express

Dine lw

1970

SSA.20 60m $\rightarrow$ $\rightarrow$ 8 (8) ns

- Dinner 18 to 20 of 9/5

passer by my 1st to
passive sang to others

May 2/8NS 1 SN 1/2

[illegible]

140 m + 55 ft. 3/4 1st
SN 9 =
Dr. Amador R. Pérez
GRM15541R1 - Geral

Dr. A. A. R. K. 1
Gral 1554/RK 1
Cirurgia Geral

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

02:00 Pa. J33/64

FC2.42

Page 36.

5802.94%

NUMBER
~~96-121-22~~

~~04-19-20~~Refin

Dr. A. A. R. K. 1
Gral 1554/RK 1
Cirurgia Geral



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: Antonio Santos Viana

DATA DA INTERNAÇÃO: 10/11/2019

DATA DA ALTA: 11/11/2019

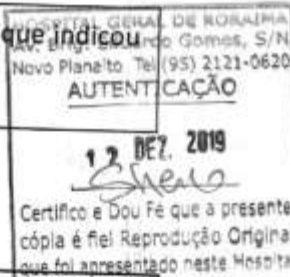
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Dr. Cláudio Linhares

DIAGNÓSTICO:

Lesão renal hipoatenuante em rim esquerdo de aproximadamente 6,4x4cm nos maiores eixos (transverso e anteroposterior)

TRATAMENTO

Realizado sintomáticos durante internação até avaliação do serviço de urologia que indicou tratamento conservador.



EVOLUÇÃO

Paciente apresentando boa evolução clínica, sem intercorrência ou queixas clínica. BEG, LOTE, hidratado, corado, eupneico em ar ambiente, ativo, colaborativo, relatando presença de urina de aspecto normal, sem alteração de cor, dor ou irritação durante ato miccional. Ao exame físico refere apenas dor leve à palpação profunda em FID, abdômen sem sinais de irritação peritoneal ou vísceromegalias, sem mais alterações físicas ou queixas do paciente.

Laudo de tomografia computadorizada do dia 10/11/2019 referindo Lesão renal hipoatenuante que envolve a porção infero posterior do rim esquerdo e mede aproximadamente 6,4 x 4,0 cm nos maiores eixos transverso e anteroposterior, respectivamente (hematoma em fase subaguda/crônica). Há discreta densificação dos planos adiposos adjacentes.

Exame laboratorial: Hb: 13,5; Ht: 40,4; Leuc: 13,71; Neut: 75,4; Pqt: 165.000.

ORIENTAÇÃO

- Oriente retornar se presença de intercorrência (febre, dor, presença de hematoma, irritação peritoneal, palidez)
- Encaminhado para consulta de retorno em ambulatório com Dr Fariel no Hospital Coronel Mota.
- Receituário
- Orientações gerais

Dr. Cláudio Linhares
Cirurgião Geral
CRM-RR 1417

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E INFRAESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

RORAIMA

NOME: ANTONIO SANTOS VIANA

CNH: 1475621410

DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1980

DATA DE EMISSÃO: 26/06/2022

DATA DE VALIDADE: 11/06/2033

NÚMERO: 05797934778

NOME: ANTONIO SANTOS VIANA

CNH: 1475621410

DATA DE EMISSÃO: 27/06/2022

DATA DE VALIDADE: 11/06/2033

NÚMERO: 12218084641

NÚMERO: 00200299970

RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direito



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDICÃO 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

SEXO **MASC**

CERTO NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF 475.628.463-91

3 VTA

AMADEU ROCHA TRIANI
PROMOTOR DE JUSTIÇA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013774852811
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01102223287 ENTRC EXERCÍCIO 2018

PEDRO OLIVEIRA LIMA

055.836.713-51

PLACA NAU0817

PLACA INT/UF

9C2MC44006R022766

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL ALCO/6ASOL

MARCA/MODELO HONDA/CB 250F TWISTER

ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP/ROT/CIL 2P/0849CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA

VENG COTA UNICA

VENG/COTAS

IPV A ** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 PREMIO TOTAL (R\$) R\$4.85 DATA DE PAGAMENTO 30/08/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZON OCID *

BOA VISTA-RR

DATA 11/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013774852811 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/04/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 055.836.713-51 PLACA NAU0817

RENAVAM 01102223287 MARCA / MODELO HONDA/CB 250F TWISTER

ANO FAB 2016 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2MC44006R022766

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/08/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774852811

78806431017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032392/20

Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA

CPF: 056.010.773-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: ANTONIO SANTOS VIANA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

ANTONIO SANTOS VIANA : 056.010.773-04

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: 23/01/2020

Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA

CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO RENAL A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL/ALTA;

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: 3200038354 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO RENAL A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL/ALTA;

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: Antônio Santa Viana
NACIONALIDADE: Brasileira RG: 0364651820080 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO:
Bairro: Rua das Acácias CEP: 056010-773-04 ENDEREÇO: RUA/AV.
CEP: 69314-186 CIDADE: Boa Vista /RR
VÍTIMA: Antônio Santa Viana
CPF: 056010773-04 DATA DO ACIDENTE: 01/11/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
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.



Boa Vista 26 de Novembro de 2019

Antônio Santa Viana
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
R. André Teófilo, 45ST - Alto Grande - Boa Vista/RR
Fones: (067) 3027-9126
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

1603523dd1491b3b74
Reconhecido por VERDADEIRA (ou) FIRMADA
ANTONIO SANTOS VIANA

Em testemunho de verdade, VIMOL
Do que deu fe. Boa Vista RR, 26 de novembro de 2019
Consulte o(a) selo(s) abaixo em cidades.portalssm.com.br
REC FIR 168296-HACBIRKOHGWAA078

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos TSS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

160352
Thara Caroline Barbosa dos Santos
Escriturante Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032392/20

Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA

CPF: 056.010.773-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: ANTONIO SANTOS VIANA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

ANTONIO SANTOS VIANA : 056.010.773-04

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: 23/01/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038354

Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO SANTOS VIANA

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038354

Vítima: ANTONIO SANTOS VIANA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANTONIO SANTOS VIANA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

056.010.773-04

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO SANTOS VIANA

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

5 - Nome completo:

ANTONIO SANTOS VIANA

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

RUA DAS ACACIAS

6 - CPF:

056.010.773-04

11 - Bairro:

Jardim Primavera

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

1132

10 - Complemento:

01

15 - E-mail:

monatosilva638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.185

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:

3906

CONTA:

0006648

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vai nascer)?

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 20/04/20

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
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045065/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 08:06 Data/Hora Fim: 22/01/2020 08:07
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/11/2019 04:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Piscicultura
Logradouro: Piscicultura
Complemento: Cruzamento com a Rua Piaba
Ponto de Referência: Material de Construção Construsul
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. Veículo 303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO SANTOS VIANA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 30/01/1990	Idade: 29 anos
Naturalidade: MA - Santa Luzia do	Profissão: Garçom	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Carmelita Santos		Nome do Pai: João Rodrigues Viana	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 056.010.773-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Das Acácias Nº: 1137
Complemento: Apartamento 03
Bairro: Jardim Primavera
Telefone: (95) 99134-3196 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 055.836.713-51	Placa NAU-0817
Renavam 01102223287	Número do Motor MC44E0G022706
Número do Chassi 9C2MC4400GR022766	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045065/2019-A01

Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CB 250F TWISTER
Modelo	HONDA/CB 250F TWISTER	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Antonio Santos Viana		
	Envolvimentos		
	Possuidor		
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido	Desconhecido 1		
	Envolvimentos		
	Depositário, Proprietário, Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 05797934778), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também já devidamente descrita acima, onde um veículo invadiu a preferencial e ocasionou a colisão, não sabendo informar a placa e nem o nome do condutor, pois evadiu-se. Que sofreu lesões corporais e resgatado pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370


Antonio Santos Viana
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro do AS

3 - CPF do titular

4 - Nome completo da vítima

056.010.773-04 **ANTÔNIO SANTOS VIANA**

RFO STMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - ORÇULVAR S/SEV 10445/2012

5 - Nome completo

ANTÔNIO SANTOS VIANA

7 - Profissão

Recebe

8 - Endereço

RUA DAS ACACIAS

11 - Bairro

Jardim Primavera Boa Vista

15 - Fone

Monito Silva 638 @ Gmail.com

9 - CPF

056.010.773-04

10 - Número

1132

12 - Complemento

01

13 - Estado

RR

14 - CEP

69.314.185

15 - Id. IDB

(99) 91144021

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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 a R\$ 1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - TIPO DE CONTA (se for poupança, digite o código da poupança)

☒ CONTA POUPANÇA (se for poupança, digite o código da poupança)

☐ CONTA CORRENTE (se for corrente, digite o código da corrente)

☐ Ouvidoria (001)

☐ Ouvidoria (002)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3906**

CONTA: **0006648**

AGÊNCIA: **1**

CONTA: **1**

Autorizo a Seguradora LIDER a obter na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu LIDER sou obrigado, desde que eu e somente após a efetivação do crédito, quitação total de 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 do presente seguro DPVAT, por incapacidade permanente, de acordo com a documentação médica apresentada para a concessão do benefício, desde que eu e somente após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

• Não há IML que atenda a região de onde eu ou da minha residência ou de onde eu ou da minha residência sou originário.

• O IML que atende a região de onde eu ou da minha residência sou originário não possui peritos para fins do Seguro DPVAT.

• O IML que atende a região de onde eu ou da minha residência sou originário não possui peritos para fins do Seguro DPVAT.

Solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por incapacidade permanente, de acordo com a documentação médica apresentada para a concessão do benefício, desde que eu e somente após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou pericial ou com o resultado da avaliação médica, caso a mesma não seja concluída.

DECLARAÇÃO DE UNIDOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Avô ☐ Avó ☐ Neto ☐ Neta ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Outros

24 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

25 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

27 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

28 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

29 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

30 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

31 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

32 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

33 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

34 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

35 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

36 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

37 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

38 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

39 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

40 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

41 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

42 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

43 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

44 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

45 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

46 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

47 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

48 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

49 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

50 - Grande Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

40 - Local e Data: **Boa Vista 20/01/20**

Antônio Santos Viana

Assinatura do titular/beneficiário (redator)

Raimundo Nonato Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5 002 V002/2015

NÃO AUTORIZADO

NOTA

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

TESTEMUNHAS



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2095

EQUIPE SAMU
BRAVO IIEQUIPE: *Flavio Junior / cardi. lúcio*Paciente: *Antônio Santos Viana*Idade: *27* Sexo: *Masc*Nacionalidade: *Brasileiro*

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

Endereço: *Rua João*Bairro: *Pr. Antunes*Nº *19.466* DATA *10/11/19*HORA J/9: *04:52*

BASE VIA []

[] RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): *Dr. Luis*HORA J/10: *05:00*

05:07

[] CELULAR

*motociclista colado**7/11-8 05:20*

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x] 1 a 3 horas [] 4 a 24 horas [] Mais de 24 horas [] Não sabe []

[x] Acidente de trânsito

[] Agressão física / espancamento

[] Agressão física - FAF

[] Agressão física - FAB

[] Urgência psiquiátrica

[] Tentativa de suicídio

[] Envenenamento

[] Afogamento

[] Queimadura

[] Choque elétrico

[] Queda

[] Urgência clínica

[] Urgência obstétrica

[] Transferência

[] Exame complementar

[] Outros

VITIMA	MÉDIO DE LOCOMOÇÃO	VEÍCULO ENVOLVIDO	ITENS DE SEGURANÇA
☒ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☒ Motocicleta	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Ônibus	☐ Assento para criança
		☐ Micro-ônibus	
		☐ Bicicleta	
		☐ Animal	
		☐ Outro	

VIAJANTES	VENTILAÇÃO	REGULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Espúnea	☐ Normocárdico	☐ Miocse
☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Dispneia	☐ Enchimento capilar > 2"	☐ Anisocória
☐ Corpo estranho	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Agitação psicomotora
		☐ Cianose central	☐ Extremidade

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	FR Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <i>05:10</i>		<i>83</i>	<i>24</i>	<i>97</i>				
Fim <i>05:20</i>		<i>78</i>	<i>24</i>	<i>97</i>				

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

☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecciosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular	☐ Digestiva	☐ HAS	
☐ Fibrilação atrial	☐ Arritmia			☐ Medicação de uso	

☒ Leve ☒ Pequena ☐ Média ☒ Severa ☐ Letal

Paulo Henrique Hass Filho

Médico

CRM-RR 2068

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontra no local
☐ Trote

Hospitalização

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ PRF

SAMU 192-BV
CONFERE GCM
ORIGINAL
Emi. 11/11/19
Stephanie

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

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

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Bom Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

Idade Gestacional:

Perda de líquido:

BCF:

☐ Medicamentos fetais presentes

☐ Contrações entre 3-5 min.

☐ Contrações com duração > 30s

☐ Partes fetais na vulva

☐ Com cartão da gestante

☐ Sem cartão da gestante

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegel

☐ Cateter nasal: L/min

☐ Máscara facial: L/min

☐ Bolsa-valva-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°

☐ Monitorização cardíaca

☒ Celar cervical

☐ Headlock

☒ Prancha longa

☐ Tórax

☐ KED

☐ Acesso intraosseo

☐ Imobilização de fraturas

☐ Curativos

☒ Ponto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros:

02 foles de luva
02 pct. gases
04 foles de luva 6

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 29/11/19
Stephanie
Rubrica

Grupo chegou para ocorrer os transtornos após
modo como vítima procurada de acidente de trânsito
sem capacete, verbalizando orientado, lucido
sem desconforto no MSE, perfurou no lado q: que
direto (E) queixa dor, ferido profundo color
chivo umbral profundo e efêrdo de UTR
verificados os sinais infermedo ao médico reguê
tar que encaminhado ao trauma para mais
valores

Dr. Silvio B. Silva
#12310



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO
0112052-2

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.032-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 268/13

Nº da Nota Fiscal

003861725

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	138	130,79

JOSE PEREIRA DOS SANTOS

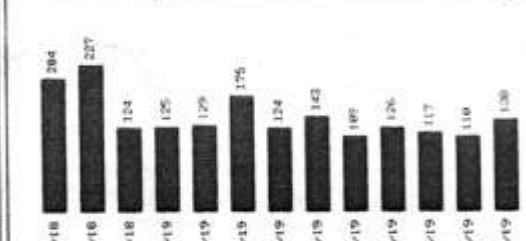
CPF: 00016495060253

R. DAS ACACIAS 1127,1 JARDIM PRINCESSA

CPF: 69.314-185 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 9866	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 9728	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: EI
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 11EDB06299
Consumo medido: 138	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturador: 138		Modalidade: CONSUMIDOR

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	138 A R\$ 0,764602 =	105,51 25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 138 - 0,634620	
Média 12 meses:	

	DEBITOS JA REAVIBADOS ***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS ***** Mes/Ano Valor R\$ Informamos: existirem débitos (s) - vencido(s) no 04/2019 123,62 valor de R\$ XXXXXX123,62 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.
MENSAGENS IMPORTANTES	
REAVISO DE VENCIMENTO	PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6/11/16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPORTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 57,48	Tributos: 2,98	ICMS:	
Transmissão: 27,12		PIS: 17,00%	17,93
		COFINS: 0,00000%	0,00
			105,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMC	DCM
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal

Limite:	
Realizado:	



COMPANHIA DE ÁGUAS ESGOTOS DE RORAIMA
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

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		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

