

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAGUEL DELL EUGENIO

AV. BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

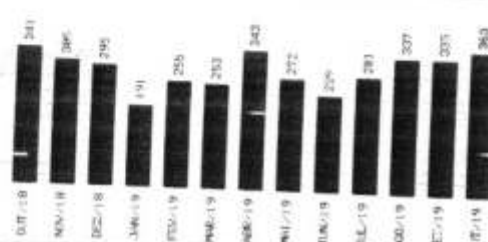
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 28/10/2019	Número Medidor: 14T0800002
Consumo medido: 363	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	R: 12.001.02.11.603050	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	363 A R\$ 0,764602 =	277,55
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
9 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 206

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconvidar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E PAGA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

4324.1962.5434.74CB.40F9.4302.C04A.45B2

FCM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	151,21	Encargos:	7,95	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18	ICMS:	17,00%	47,18
Transmissão:	0,00			PIS:	0,00000%	0,00
				COFINS:	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto		CENTRO						
				Período de apuração:	00/2019		EUSD:	118,56

R: 12.001.02.11.603050

FCM



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



REG.: 00216

LEITURA: 20134

DT. VENC.: 26-11-2019

UTI: 0126055-3

NORMAL

LEITURA: 000

DT. LEIT.: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

TOLETO: 100

T. ENTR.: 07

CARGA: 810

RM420 - ARE (MVA)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO QUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 232.077.522 / 68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 232.077.522 / 68, 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>AV. BENTO BRASIL</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail: <u>confiancact@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA, RR, 30 de outubro de 2019,

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAVAR / PSI E
Av. Engenheiro 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.

1901135401 13/07/2019 22:18:45

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NO TURNO 19- 26

Paciente
ANTÔNIO ALVES DE AMORIM FILHO

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

23207752268

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE 1461707

Mãe

MARIA ALVES DA SILVA

Endereço

- ROXINOL - 682 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR

Pai

ANTONIO ALVES DE AMORIM

Contato

(95) 98102-4873

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Posto

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

LIDIANE OLIVEIRA

Queixa Principal

Colisão moto x moto

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

nega alergias

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida + colar cervical, s/ coxins laterais vítima de colisão moto x moto, refere dor em M/D. Imobilização de M/D. Realizada 2g de Dipirona pelo SAMU.

Exame Físico

BEG, LOTE, a a

Hipótese Diagnóstica

Escoriações + cortes em mão D, Lx em M/D

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA-SOM☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

- 1) Dipirona 2g (SUSP)
- 2) Tenoxicam 40 mg (V)
- 3) ATT 0,5 m2 (M)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-3500

AUTENTICAÇÃO

22 JUL 2019
Shirley

Certifico e Sou responsável por esta
cópia e fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para

Ortopedia

☐ Ambulatório☒ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Adelie Gal Costa

Médica

CRM-RR: 1998

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: lidiane.oliveira
Data / Hora: 13/07/2019 22:19:47



1901135401

14/07/19 Ortopedia

Paciente com trauma em
perna D-

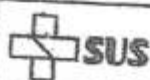
LX sem evidência de FX/LX

cd: sem conduta ortopédica

AO 67 pl sutura por
falha de material
na sutura de gesso

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-2028





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Helcler

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

Em 23.07
cópia
fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Antonio Alves de A. Filho

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DA MÃE

8 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

6 - RAÇA / COR

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PNM de joelho (D)

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão de LCA?

37 - CID 10 PRINCIPAL

S83.5

38 - OBSERVAÇÕES

Trauma fechado há 20 dias

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DE NASCIMENTO

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Ortopedia e Traumatologia
Conselho de Juiz de Fora
14/07/2011
TEOT 34272

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - CNES

Nome: **ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS**

Cód. Pac.: 53543

Data: 13/08/2019 Idade: 52A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: JONATHAS C. LOPES

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA DE EXAME:

- Foram realizadas sequências FSE, com cortes multiplanares de 4 mm de espessura.

INDICAÇÃO: Trauma há 20 dias.

HIPÓTESE: Lesão do ligamento cruzado anterior.

ANÁLISE:

- Rotura intrassubstancial extensa do ligamento cruzado anterior, principalmente das fibras distais, com feixes em continuidade. Sua suficiência dependerá de correlação com o exame físico.
- Rotura praticamente completa do ligamento cruzado posterior, notadamente em seu terço proximal, com finos feixes em continuidade e espessamento / verticalização de suas fibras distais, com retração de algumas e delaminações intrassubstanciais. Sua suficiência também dependerá de correlação com o exame físico.
- Nota-se edema intrassubstancial e nos planos gordurosos adjacentes aos ligamentos cruzados, inferindo lesão de aspecto recente.
- Rotura parcial do ligamento colateral medial, com delaminações longitudinais entre suas fibras profundas e superficiais e finos feixes em continuidade, sem desinserção franca, com edema nos planos gordurosos adjacentes, também inferindo lesão recente.
- Rotura completa do ligamento colateral lateral, principalmente do seu terço médio/distal. Associa-se estiramento/rotura parcial das estruturas do suporte posterolateral do joelho, incluindo os ligamentos poplíteo-obliquo, arqueado e popliteofibular, determinando extenso edema nos planos mioadiposos da fossa poplíteica, além de estiramento do ventre muscular da cabeça lateral do gastrocnêmio e da junção miotendínea do poplíteo, com espessamento e alteração difusa de sinal intrassubstancial deste último.
- Estiramento do ligamento anterolateral.
- Estiramento do ligamento obliquo posterior da cápsula posteromedial do joelho.
- Fina lâmina líquida no recesso gastrocnêmio medial-semimembranoso.
- Tendinopatia e bursite do semimembranoso.
- Tendinopatia insercional do quadríceps com edema na gordura suprapatelar por hipersolicitação do mecanismo extensor.

Continua na próxima página...



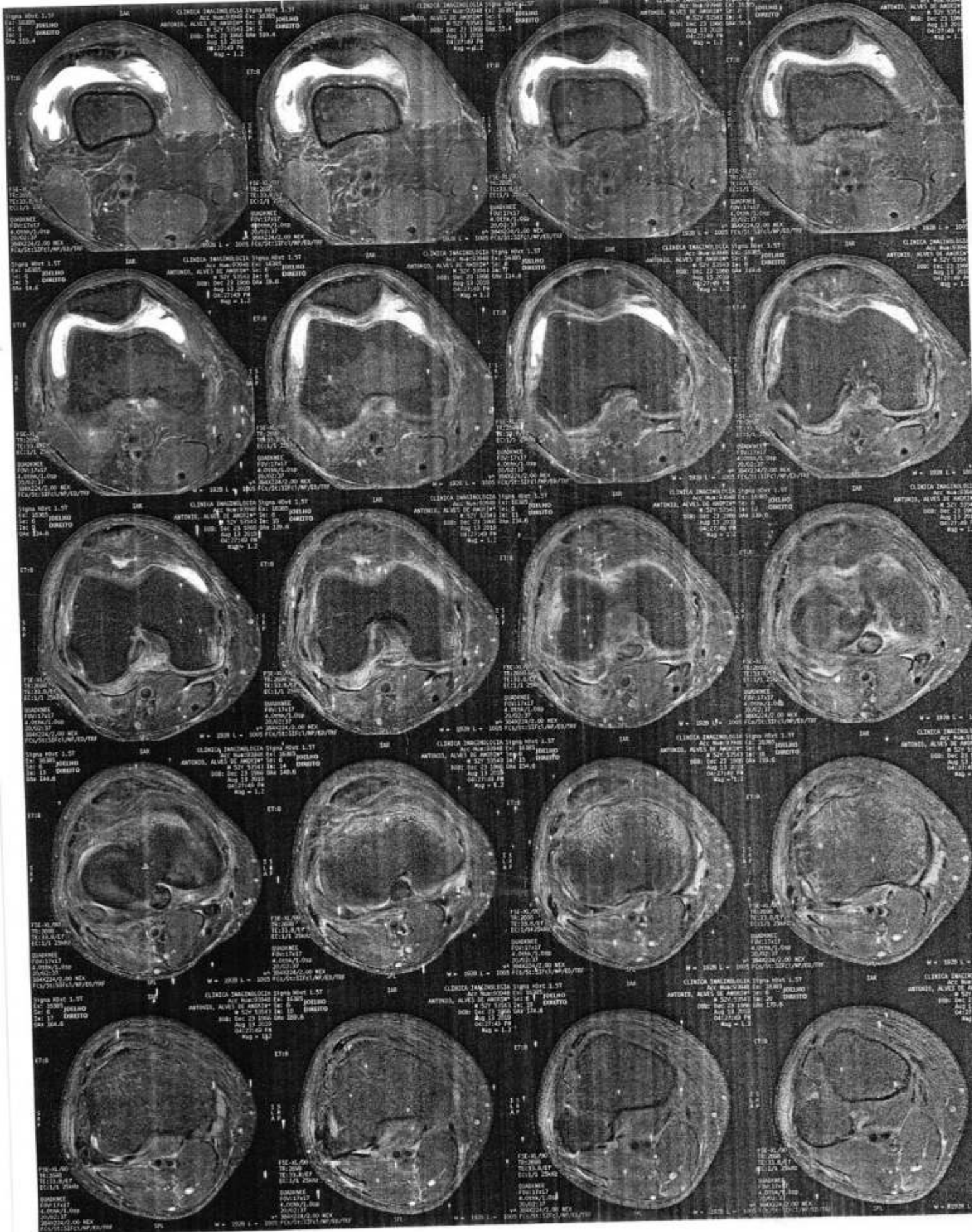
Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

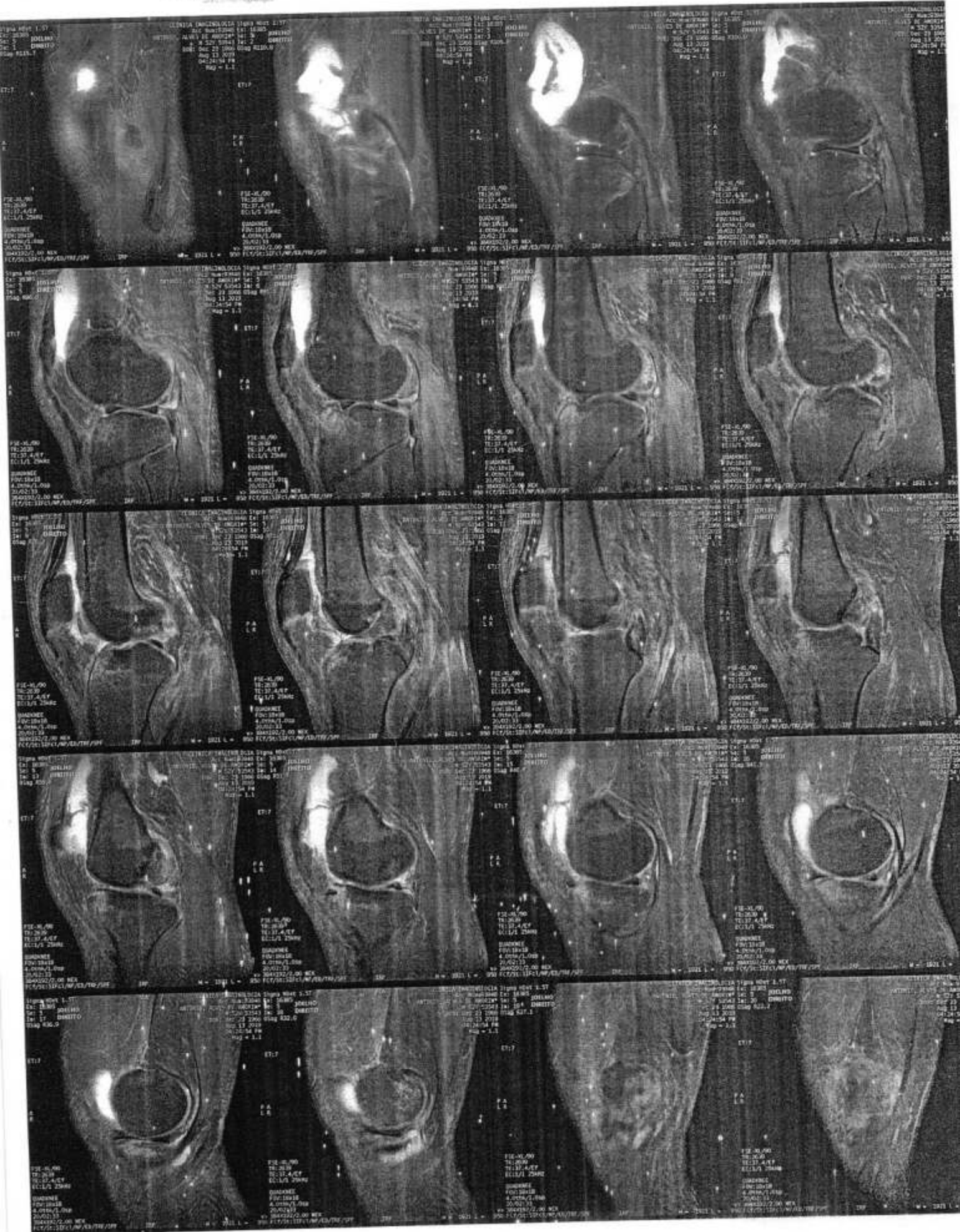
DR MAURICIO T. HACHUL
Membro titular do CBR

/ CRM:58719 SP

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.







DIREITO



ANTONIO ALVES DE AMORIM
52 ano(s) 23-12-1966

15-07-2019 10:47:19

POLICLINICA COSME E SILVA

D



ANTONIO ALVES DE AMORIM

7867

HOSPITAL CORONEL MOTA

19/07/2019

Alex

89.1 %



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Antonio Alves de Azevedo

Hospital General Mota / Cárcel
22/07/19, 13,00h

12 joelhos

Aplicar no membro #02

Teste L.C. + joelho (1)

Aplicar H.C. 4

Revisar + joelho (1)

CP - Perfil 1

Dr. Odinachi Okemtri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-1851/RR

DATA ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

1481707 2VIR 01/02/88
ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

ANTONIO ALVES DE AMORIM
MARIA ALVES DA SILVA

VITORINO FREIRE NR 23/12/1966

CERT. NRSC-UN OFICIO ITA11UBA
N: 025036 L: 0049R F: 0068

232077522-88 *fulvio*
Id. 1116 DE 29-08-03 *Id. 1116 DE 29-08-03*

Id. 1116 DE 29-08-03 *Id. 1116 DE 29-08-03*



POSEGAR DUEITO

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Antônio Alves de Amorim

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Polgar direito



Telvia D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Registreiro da Polícia Civil
Diretor do RDC

1 VIA

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621606 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO (ROTURA LIGAMENTAR). PÁG 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 2/5/6_CIRURGIA

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621606 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO (ROTURA LIGAMENTAR). PÁG 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 2/5/6_CIRURGIA

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) do RG nº 1461707 SSP/PA e inscrito no CPF: 232.077.522-68, residente na Rua: Rouxinol , Nº 682, Qdra 313 - Bairro: São Bento CEP: 69.315-603, nesta **Capital. Tel.: (95) 98108-2461.**

VITIMA: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO, CPF: 232.077.522-68, **DATA DO SINISTRO:** 13/07/2019

NATUREZA INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, **Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.**

Para requerer o seguro **DPVAT** por **INVALIDEZ**, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider 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 órgão privados, além de transigir, depositar , substabelecer, tendo também poderem específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 4 de setembro de 2019.



Antonio Alves de Amorim Filho
ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião Registrador
Av. Aldeia Teina, 1802 - Ass. Brasília - Boa Vista/RR
Fone: (95) 9817-4195
E-mail: daniel.aquino@cartorioequino.com.br

139820.5d714eda730fb
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

Em testemunho da verdade. SPO
De que dou fé. Boa Vista/RR, 04 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidades.portalson.com.br
REC/FIR1682960WWYFNTWUKJMT901

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos: R\$ 0.85 SELO: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.80

Yllene
139.829
Thaís Carolina Barbosa dos Santos
Escriturante Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386598/19

Número do Sinistro: 3190621606

Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

CPF: 232.077.522-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS : 232.077.522-68

Autorização de pagamento

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: 04/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386598/19

Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

CPF: 232.077.522-68

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS : 232.077.522-68

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

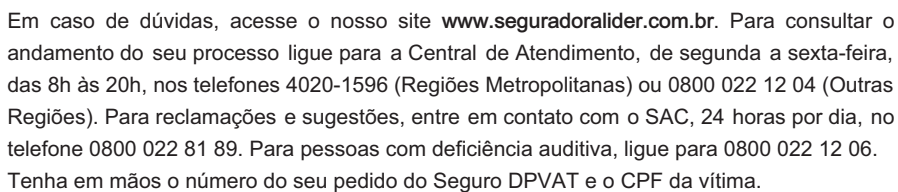
Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621606

Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621606

Vítima: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **000010068632-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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:

232.077.522-68

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

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 ALVES DE AMORIM FILHO

6 - CPF:

232.077.522-68

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA ROUXINOL

9 - Número:

682

10 - Complemento:

QUADRA 313

11 - Bairro:

SÃO BENTO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

67.315-603

15 - E-mail:

confiancacst@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 98112-1200

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)

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 068.632

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0

0

CONTA:

0

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 do 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

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no CMI)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

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:

☐

Sim

☐

Não

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista - RR, 30 de outubro de 2019.

Antonio Alves de Amorim Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

4 - Nome completo da vítima:

232.077.522-68

ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO

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 ALVES DE AMORIM FILHO

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA ROUXINOL

6 - CPF:

232.077.522-68

11 - Bairro:

SAO BENTO

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

682

10 - Complemento:

QUADRA 353

15 - E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.355.603

16 - Tel. (DDD):

(95) 9812.5200

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:

Declare, 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:

4263

3

CONTA:

068632

8

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.

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 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

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 (vivo/nascido)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR 02 DE DEZEMBRO DE 2019.

Antônio Alves de Amorim Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037051/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 09:33 Data/Hora Fim: 24/10/2019 09:49
Origem: Polícia Judiciária Data: 24/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 13/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Antiga S-24
Complemento: Cruzamento com a Rua N-19

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Nasc: 23/12/1966
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Alves da Silva Nome do Pai: Antonio Alves de Amorim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 232.077.522-68
RG - Carteira de Identidade: 1461707

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Roxinol Nº: 682
Complemento: Casa
Bairro: São Bento
Telefone: (95) 98105-0132 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 889.326.562-15	Placa NBA-0920
Renavam 00178688665	Número do Motor C7L9004426
Número do Chassi 95VCA4L59AM004704	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150
Modelo DAFRA/SPEED 150	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037051/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Alves de Amorim Filho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que diz ser habilitado, mas não apresentou e ainda afirmou que a mesma está atrasada há bastante tempo, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de ELIETE FERREIRA GOMES. Que ao desviar de uma motocicleta que entrou em sua frente de forma desgovernada, veio a colidir em veículo. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo SAMU até o HGR. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Policia
Mat. 04200908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Policia
Matricula 42000908
Responsavel pelo Atendimento

24 OUT. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Antonio Alves de Amorim Filho
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

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



FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV

Nº 1317:

UNIDADE: BRAVO I

EQUIPE: Falcão / Nêmi / Isaías

SAMU 192

Paciente: Antonio Alves de Amorim

Idade: 66 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

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

Endereço: R N 19/524

Bairro: Senador Helio Cam

Nº 11809 DATA 13/07/2019

Médico (a) Regulador (a): Dr. Ercio

HORA J/9: 21:20

BASE () VIA [x]

[x] RÁDIO

HORA J/10: 21:32

() CELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão

21:52 22:09

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ 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

ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

AVALIAÇÃO INICIAL

- | VIAS AÉREAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL. NEUROLÓGICA |
|---|---|--|---|
| ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Outro: | ☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpneia
☐ Taquipnéia | ☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Pulso radial ausente
☐ Pulso central ausente
☐ Cianose central
☐ Extremidade | ☐ Miose
☐ Midríase
☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Agitação psicomotora |

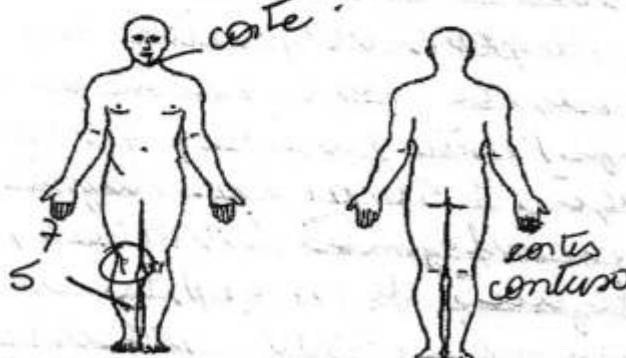
SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 21:40	140 x 70	82	20	94%				
Fim 22:09		85	20	94%				15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

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 aspirativa
- 16 - Empaleamento
- 17 - Outros



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Ao comando
- 2 - À dor
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Contuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 5 - Obedece a comandos
- 4 - Localiza a dor
- 3 - Movimento de retirada
- 2 - Flexão anormal
- 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ Ritmo Sinusal | ☐ FV |
| ☐ Taquicardia Sinusal | ☐ TV |
| ☐ Flutter Atrial | ☐ AESP |
| ☐ Fibrilação atrial | ☐ Assístolia |

AFECÇÃO CLÍNICA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Neurológica | ☐ Metabólica |
| ☐ Respiratória | ☐ Infecçiosa |
| ☐ Cardiovascular | |
| ☐ Digestiva | |

HISTÓRIA PEGRESSA

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Alergias |
| ☐ Cardiopatia | ☐ Outros |
| ☐ HAS | |
| ☐ Medicação de uso | |

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[x] Média

[] Severa

[] óbito

Adelino Costa

Médico

CRM RR 1988

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

E 13/07/19

Polícia Militar
Guarda Municipal

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização
☐ Não se encontra no local
☐ Outros:

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional: _____

Perda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Contracções entre 3-5 min.

☐ Contracções com duração > 30s

☐ Partes fetais na vulva

☐ Com cartão da gestante

☒ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegel

☐ Cateter nasal: _____ L/min

☐ Máscara facial: _____ L/min

☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min

☐ Intubação orotraqueal

☒ Acesso venoso Gelco n° 18

☐ Máscara laríngea

☐ Guia de Introdução Bougie

☐ Cricotireostomia cirúrgica

☒ Oximetria

☐ Dreno de tórax

☐ Descompressão torácica

☐ Acesso venoso Scalp n° _____

☐ Monitorização cardíaca

☒ Colar cervical

☐ Headblock

☒ Prancha longa

☒ Tirantes

☐ KED

☐ Acesso intraósseo

☐ Imobilização de fraturas

☒ Curativos

☐ Parto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros: _____

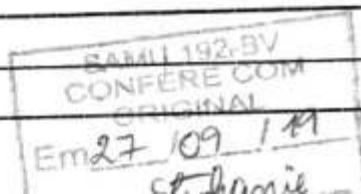
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
SFO 91	250ml	EV					
Dipirona	2g	EV					

1 Jelco 18 1 equipo ISF 250ml 14 compressas 6 ataduras 15cm
luvas P=10 m=6.

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

masculino 66 anos 14 Tm de colisão moto x carro
ao solo, DD, responsivo, relata ter engolido bala de
aleadica, apresenta corte no lábio, lacerações em
dedos (falanges) mão direita, fratura de páter
MID e laceração ± 5cm em região da tíbia
realizado imobilização cervical, curativo con, pube
ro e imobilização de membro lesionado, AVP SFO 91
250ml + analgesia, SSUV preservados, conduzido
ao GT conforme protocolo múltipla fratura S/A
SPO2 em 99%. FC 82bpm

Paulo
874963



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ALVES DE AMORIM FILHOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010068632-X

Nr. da Autenticação B232EF4543BEB5B6



CNPJ: 05.301.467/0001-15
REGISTRO ESTADUAL: 06.853.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 06.389-410

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520

Matrícula: 1047590

Setembro/2019

Dados do Cliente:

JOSELIA NUNES DE QUEIROZ

Endereço para entrega:

RUA ROQUINOL, NUM. 00682 - SÃO BENTO BOA
VISTA RR 69315-683

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.034.313.0682.000	5	631	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3)			NUM DE DIAS
LEITURA FAT.			10
LEITURA INF.			0
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201908 10-0
201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0
201903 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5449 - 2005 G.M.					
APERTENS	CLORO	TURBIDIDADE	COD	C.TOTALIS	E.CODI
EXIGIENS					
AMPLIENS					
CONFORMES					

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

42,89

AVISO: EM 31/07/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. COURT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NÃO ESTÁ SO."

IMPRESSO EM: 09/09/2019 09:21:10

Cliente