



UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: N.º 1 FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: CADÊMIR MORAES DE ALMEIDA Idade: 51 Sexo: M F
Nacionalidade: Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia
Endereço: Av: Princesa Isabel
Ponto de referência:

Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência:	18712	DATA	30/10/2015	ACIONAMENTO:	67143				
	Médico (a) Regulador (a):	Paulo Jefferson		HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10):						
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO	[] SOCORRO [] TRANSPORTE [] REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR [] APOIO				[] OUTROS				
	MECANISMO DE TRAUMA									
	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto [] SIM [] NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual		OUTROS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros: _____				
		MOTO/BICICLETA								
		<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>CARRU</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta		<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro						
		AVALIAÇÃO INICIAL								
		Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado			
			Circulação							
			Aval. Neurologica							
			Hora Início : <u>12016</u> Fim : <u>1</u> Pele <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida [] Seca	Ventilação						
SINAIS VITAIS E ESCORES										
				P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA										
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade Pélve <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor [] Leve [] Moderada [] Intensa <input type="checkbox"/> Instabilidade	Cabeça			Face		Pescoço				
	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerção			<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> ocular		<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações				
						Tórax				
						<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável				
	Membros									
	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor [] Leve [] Moderada [] Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações					
					<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão					
	AVALIAÇÃO CARDIACA									
	AFFECÇÃO CLÍNICA <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	Cardiovascular		Aborto		HISTÓRIA PEGRESSA				
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica						
				<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC						
				Medicamentos em uso						
GRAVIDADE COMPROVADA										
<input type="checkbox"/> ILESO [] PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA [] ÓBITO [] INDETERMINADA										
INCIDENTE RCP DESTINO		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS								
		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote			<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local					
					<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF					
					<input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> DETRAN					
	<input type="checkbox"/> Iniciada as: : <u> </u> [] RCP com sucesso [] RCP Não realizado									
	<input type="checkbox"/> Término as: : <u> </u> [] RCP sem sucesso			OBS: _____						
	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento – PAAR			<input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Meira - HCM						
				<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN						
				<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros						

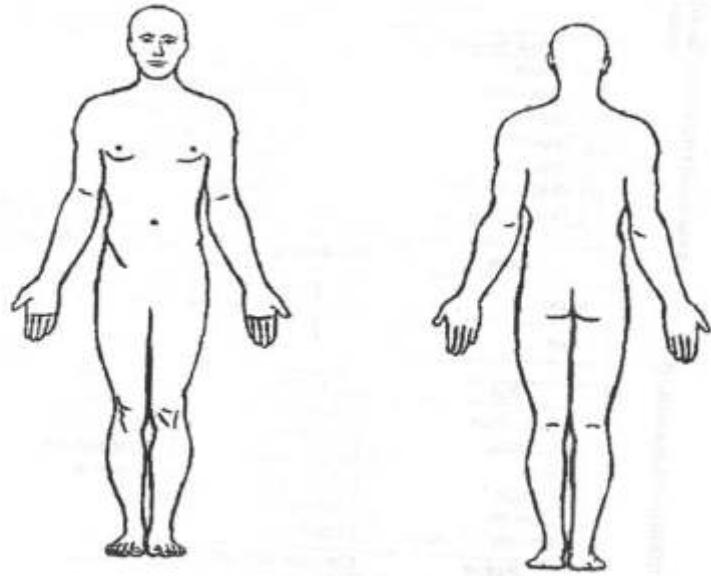
CONFERE COM O ORIGINAL
Neusa M. das Luz
Mai. 40000375
BV 0713212020

CIEPAENRTPE CE DO	Description:
	Name of Receptor:
	Function of Receptor:
TERMO DE RECUSA	Signature of Receptor:
	I declare for the due reasons that I am refusing medical care provided by SAMU/Boa Vista, on this opportunity:
	Signature of Patient:

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	

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

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente vítima de A.A "cohorte motox cross" L67
 Referido por seu "MIG" Foi ABORDADO pela Equipe em via
 PÚBLICA. Nega Desmaios ou Doenças Sistêmicas. Realizamos
 Mobilização, Retirada de Prótese dentária e aferramento
 SSVA, provável lesão pélvica comunicando ao
 Músculo Regulador e Encamijoado. Ao Grande Trauma
 conferiu a Regulação Médica.

CONFERE COM O ORIGINAL
 Nome: Naldo de Souza
 Mat: 40020101
 RG: 20020101



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
 a Roraima Energia,
 informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO:
0040472-1

Nº da Nota Fiscal: **3984409**

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

CONTAMÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	735	623,93

SEBASTIAO COELHO SANTOS
 R. JOAQUIM HONORATO SOUZA 817 - DR. SILVIO LEITE
 CEP: 69.314-346 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 961	07-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 879,8	10-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 08	Próxima leitura: 07-12-2019	Uteação: REFORÇADA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 08-11-2019	Número Medidor: 1471882928
Consumo medido: 735	Apresentação: 07-11-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 735		Modalidade: N 1429533

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	735 A R\$ 0,780088 =	573,36
CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00		0,95
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		0,28
MULTA POR ATRASO 09/19-00		12,26
JUROS DE MORA DE IMPÓ 09/19-00		5,51
ILUMINACAO PUBLICA		31,54

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 735 - 0,630487		939	939
Média 12 meses: 735		938	938

	Unidade consumidora, sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
	Mes/Ano Valor R\$ 10/2019 789,43

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESDE ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.
 LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO C9B4.1F3B.7BE5.8C2F.961E.9A31.9FE8.0F3B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia: 318,62	Encargos: 16,51	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00%	VALOR: 97,47
Distribuição: 136,52	Tributos: 110,91	573,36	PIS: 0,32%	3,17
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,88%	10,37

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Límite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	FLORESTA			Período de armazenamento: 09/2019			EUSO: 261,49

ROT: 30.001.29.10.003700



RORAIMA ENERGIA S.A.
 Av. Capitão Ene Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

SEU CÓDIGO: **0040472-1** TOTAL A PAGAR - R\$ **623,93**
 MÊS FATURADO: **11/2019** VENCIMENTO: **01/12/2019**

Nº da Nota Fiscal: **3984409** FCAM®

83630000006 1 23930075000 1 00000000040 6 47211119008 9



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	26/02/2020	167	152,08

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

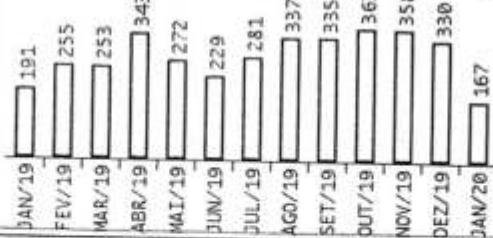
DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	20989	Atual:	29/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1.2
Anterior:	29422	Anterior:	28/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	47	Próxima leitura:	06/02/2020	Ligação:	ELÉTRICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	28/01/2020	Número Medidor:	147D600002
Consumo medido:	167	Apresentação:	29/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	167			Motividade:	# 1624688

DESCRICO DA CONTA			
CONSUMO ILLUMINACAO PUBLICA	167 A R\$ 0,760481 =	127,00	25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 167 - 0,617700

HISTÓRICO DE MEDICAO



Média 12 meses: 271

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/02/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SCDON. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$ Mes/Año Valor R\$
12/2019 419,24 11/2019 387,87

LIGE 08887019120 E FAÇA OFCHO VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26

MENSAGENS
IMPORTANTESREAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 8330.6008.B536.406C.1908.8181.1E4A.ZABC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	64,03	Encargos:	3,47
Habituais:	38,14	Tributos:	23,08
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	AL QUOTA:	
	ICMS:	VALOR:
127,00	17,00%	21,59
	PIS:	0,30%
	COFINS:	1,45%
		1,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,06	3,54			
Realizado	6,23		2,00			3,34				
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			EUSD: 108,56			

ROT: 12.001.02.11.603050

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

152,08

MÊS FATURADO

01/2020

VENCIMENTO

26/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4517831

FCAM*

83630000001 2 52080075000 9 00000000126 3 05530120008 9



SEQ.: 0142 UC: 0126055-3 DT.LEIT.: 29/01/2020 T.ENTR.: 07

LEITURA: 20989 NORMAL TOTAL: 152,08 CARGA: 015

DT.VENC.: 26/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4011

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/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 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 TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 ,95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.735.403,04,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.735.403 ,04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

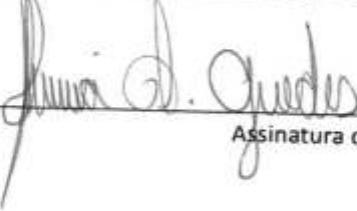
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.303-050</u>
E-mail:		Tel.(DDD):

Local e Data: BOA VISTA-RR 11 DE FEVEREIRO DE 2020


Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306

1^a Classificação: Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

L. Salazar
00142050491-78

1901180174

30/10/2019 08:53:25

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

85

Paciente

CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Data Nascimento

08/05/1968

Idade

51 A 5 M 22 D

CNS

703602003427930

CPF

Frontuário

IDENTIDADE

Mãe

MARIA ARCANGELA DE MORAIS ALMEIDA

Endereço

RUA - JOAQUIM HONORATO DE SOUZA - 817 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedência

Procedimento Sol.

Temp.

Peso

Pressão

Quelxa Principal

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 08:53 h)

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Exame Físico

Quedas de metro no peronial ()

Hipótese Diagnóstica

Fratura acetabular suelta e.g.

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição

O ORTOPEDIA

Pr. Reutar coxecta

an inducendo o concerto

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Jesus Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:

 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída Alta:

Sala:

Médico:

IML Anatomia Patológica

CRM:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não

Destino: () Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico









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



RECEITUÁRIO

NOME: Clarubenir Moraes no Alvaro

Lando nenea

Paciente sofreu acidente o dia
30/10/19, necessitando fratura
do acetálio do quadril esquerdo.

CID S 32.4

Temo o prazo de atestado
de sua atividade c/ de 90 (noventa)
dias.

DATA 08/11/19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RJ 566

ASSINATURA E CARIMBO

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

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



Polgar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Número: 00000000000000000000

REGISTRO
GENAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI

Pernis Papiloscopista da Polícia Civil

Diretor do ROC

1 VIA

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	COD. RENAVAM:	PERÍODO:	EXERCÍCIO:
01	452052548		2012

NOME

CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA

BOA VISTA

RR

CPF/CNPJ:
39573540304

PLACA:
MAN4842

PLACA ANT./UF:

CHASSI:

LXYXCHLOXCO534674

ESPECIE TIPO:

COMBUSTIVEL:

VEÍCULO MOTOCICLETA

FACOTIMA

MARCA/MODELO:

L SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.

2011 2012

CAP/POT/CIL:
002P/004900

CATEGORIA:
PARTICU

COR PREDOMINANTE:
PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

I P
V A
FAIXA LPVA
A
PAGO COTA UNICA PAGO

XPAGOU
PARCELAMENTO/COTAS
PAGO

1º *XXXXXX*
2º *XXXXXX*
3º *XXXXXX*

PRÉMIO TABACARIO (RS):

IDF (RS):

PRÉMIO TOTAL (RS):

DATA DE PAGAMENTO:

SEGURO

PAGO

PAGO

PROIB SAIR DA AMAZONIA EPIGATORIO
SEM RESERVA DE DOMINIO. ISFERENCIA

BOA VISTA
Eugenio Barreto Guimaraes
Diretor - Presidente

DETAN/RR

DATA:
08/03/2012

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061537/20

Vítima: CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA

CPF: 395.735.403-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA : 395.735.403-04

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: 14/02/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO



Outorgante: : CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA, Brasileiro casado, jardineiro, portador (a) do RG nº 165.982 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 395.735.403-04, residente na Rua: Joaquim Honorato Souza, nº 817 Bairro: Dr Silvio Leite, CEP: 69.314-346, Boa Vista- RR nesta Capital. Tel.: (95) 98118-9734

VITIMA: CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA, CPF Nº 395.735.403-04 DATA DO SINISTRO: 30/10/2019

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Proprietária da Empresa Telvia S. Guedes- Me, cujo nome fantasia é Confiança Serviços Técnicos CNPJ nº 04.205.355/0001-78. Situada na Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito a outorgante junto a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ nº 09.248.608/001-04, telefone (21) 3861-4600, situada na RUA: SENADOR DANTAS Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20031-205 em razão de acidente de transito, podendo a requerida procuradora em nome da mesma. Bem como quitar requerer e retirar documentos em órgãos públicos, estaduais, federais e municipais, ou órgãos privados, alem 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-RR, 27 DE NOVEMBRO DE 2019.

Claudemir moraes de almeida
CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037976/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/10/2019 11:07 Data/Hora Fim: 30/10/2019 11:32
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 811257 SÉRIE J CIPTUR Data: 30/10/2019
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/10/2019 08:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Reinaldo Neves
Complemento: Cruzamento com à Rua Olavo Brasil

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LIZE DA ROCHA PEREIRA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 44

Profissão: Economista

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 119377

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Claudiomor Freitas

Nº: 1107

Bairro: Paraviana

Nome Civil: CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 51

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de identidade: 165982

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Joaquim Honorato de Souza

Nº: 817

Bairro: Dr. Silvio Leite

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 1º Sgt/pm Wesley - Mat.:

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037976/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	Shineray	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Claudemir Moraes de Almeida	Envolvimentos	Proprietário, Possuidor
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	04.236.920/0001-64	Placa	NAP-9871
Renavam	01180334121	Número do Motor	QJ2UKJ135289
Número do Chassi	8AFAR23N6KJ135289	Ano/Modelo Fabricação	2019/2018
Cor	AZUL	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	I/FORD RANGER XLSCD4A22C
Modelo	I/FORD RANGER XLSCD4A22C	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Lize da Rocha Pereira	Envolvimentos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM descrito acima (CÓPIA ANEXA), comunica à ocorrência de acidente de trânsito envolvendo à Senhora LIZE que conduzia o veículo de placas NAP-9871, devidamente descrita acima, pela Rua Olavo Brasil Filho, onde ao cruzar à Rua Reinaldo Neves, veio a interromper a trajetória do Senhor CLAUDEMIR que conduzia a motoneta SHINERAY, 50CC, ocasionando à colisão e consequentemente danos nos veículos. Que o Senhor CLAUDEMIR sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU. Que o Senhor CLAUDEMIR não possui habilitação. Que uma equipe pericial esteve presente. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima
(Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 12:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 811257

Vtr INTEGRADO 01	SUCP CIPTUR	Data 30.10.19	S/Sector LESTE	H/Transm 08H40	H/Ini 8H40	CH/H	H/Fim 10 H25
Cód. Oc. 1001	Cód. Prov. 13999			Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-		Km/Ini.	Km/Fim

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av:Rua
Rua: Reinaldo Neves com Rua: Olavo brasil
filho

Bairro: Jardim floresta

Ref.: cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDA Nome: Lize da rocha pereira Idade: 44 E. Civil: casada
 Endereço: RUA: Claudionor Freitas , 1107, Paraviana
 Edt. R.G 119377 SSP/RR CNH 02621172822 Profissão: Economista

2 ENVOLVIDO Nome: Claudemir morais de almeida Idade: 51 E. Civil: casado
 Endereço: Rua: Joaquim Honorato de souza, 817, Silvio leite
 Edt. R.G 165982 SSP/RR CNH Não possui Profissão: Vigilante

3 Nome: Idade: E. Civil:
 Endereço: CNH Profissão:

4 Nome: Idade: E. Civil:
 Endereço: CNH Profissão:

ITEM 01 RANGER 2.2 COR AZUL NAP 9871 AVARIAS

ITEM 02 Shineray 50cc COR preta

AVARIAS Conforme pericia

CARGO

LOCAL

DAT 08/10/19

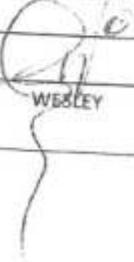
ASSINATURA

Senhor Delegado

HISTÓRICO

Acionados via CIOPS para atender uma ocorrência no endereço acima citado, no local localizamos O sinistro . Onde a ITEM 01 seguia na rua Olavo brasil filho, quando iniciado a manobra de cruzar a outra via veio a interromper a trajetória do ITEM 02. Que seguia na rua: Gal Reinaldo Neves sentido. E que o item 2. Foi conduzido pela equipe do SAMU ao PSE e a PERICIA foi feita pelo perito JACY no local.

Era o que tinha a relatar.



WESLEY

10411 0

Nº

1ºSGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

RELATOR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037976/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/10/2019 11:07 Data/Hora Fim: 30/10/2019 11:32
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 811257 SÉRIE J CIPTUR Data: 30/10/2019
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/10/2019 08:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Reinaldo Neves
Complemento: Cruzamento com à Rua Olavo Brasil

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LIZE DA ROCHA PEREIRA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 44

Profissão: Economista

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 119377

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Claudiomor Freitas

Nº: 1107

Bairro: Paraviana

Nome Civil: CLAUDEMIR MORAIS DE ALMEIDA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 51

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de identidade: 165982

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Joaquim Honorato de Souza

Nº: 817

Bairro: Dr. Silvio Leite

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 1º Sgt/pm Wesley - Mat.:

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037976/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	Shineray	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Claudemir Moraes de Almeida	Envolvimentos	Proprietário, Possuidor
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	04.236.920/0001-64	Placa	NAP-9871
Renavam	01180334121	Número do Motor	QJ2UKJ135289
Número do Chassi	8AFAR23N6KJ135289	Ano/Modelo Fabricação	2019/2018
Cor	AZUL	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	I/FORD RANGER XLSCD4A22C
Modelo	I/FORD RANGER XLSCD4A22C	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Lize da Rocha Pereira	Envolvimentos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM descrito acima (CÓPIA ANEXA), comunica à ocorrência de acidente de trânsito envolvendo à Senhora LIZE que conduzia o veículo de placas NAP-9871, devidamente descrita acima, pela Rua Olavo Brasil Filho, onde ao cruzar à Rua Reinaldo Neves, veio a interromper a trajetória do Senhor CLAUDEMIR que conduzia a motoneta SHINERAY, 50CC, ocasionando à colisão e consequentemente danos nos veículos. Que o Senhor CLAUDEMIR sofreu lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU. Que o Senhor CLAUDEMIR não possui habilitação. Que uma equipe pericial esteve presente. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima
(Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 12:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 811257

Vtr INTEGRADO 01	SUCP CIPTUR	Data 30.10.19	S/Sector LESTE	H/Transm 08H40	H/Ini 8H40	CH/H	H/Fim 10 H25
Cód. Oc. 1001	Cód. Prov. 13999			Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-		Km/Ini.	Km/Fim

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av:Rua
Rua: Reinaldo Neves com Rua: Olavo brasil
filho

Bairro: Jardim floresta

Ref.: cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDA Nome: Lize da rocha pereira Idade: 44 E. Civil: casada
 Endereço: RUA: Claudionor Freitas , 1107, Paraviana
 Edt. R.G 119377 SSP/RR CNH 02621172822 Profissão: Economista

2 ENVOLVIDO Nome: Claudemir morais de almeida Idade: 51 E. Civil: casado
 Endereço: Rua: Joaquim Honorato de souza, 817, Silvio leite
 Edt. R.G 165982 SSP/RR CNH Não possui Profissão: Vigilante

3 Nome: Idade: E. Civil:
 Endereço: CNH Profissão:

4 Nome: Idade: E. Civil:
 Endereço: CNH Profissão:

ITEM 01 RANGER 2.2 COR AZUL NAP 9871 AVARIAS

ITEM 02 Shineray 50cc COR preta

AVARIAS Conforme pericia

CARGO

LOCAL

DAT 08/10/19

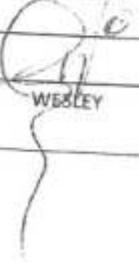
ASSINATURA

Senhor Delegado

HISTÓRICO

Acionados via CIOPS para atender uma ocorrência no endereço acima citado, no local localizamos O sinistro . Onde a ITEM 01 seguia na rua Olavo brasil filho, quando iniciado a manobra de cruzar a outra via veio a interromper a trajetória do ITEM 02. Que seguia na rua: Gal Reinaldo Neves sentido. E que o item 2. Foi conduzido pela equipe do SAMU ao PSE e a PERICIA foi feita pelo perito JACY no local.

Era o que tinha a relatar.



WESLEY

10411 0

Nº

1ºSGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

RELATOR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Existe o(s) tipo(s) de cobertura(s): DANOS PESSOAIS DE ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR E SEMELHANTES DANOS PESSOAIS DE ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR E SEMELHANTES DANOS PESSOAIS DE ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR E SEMELHANTES MORTE

2 - Nº da placa do(AVL): **395-735-403-04** 4 - Nome completo da vítima: **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

5 - Endereço de Informações: CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA Rua JOAQUIM HONORATO SOUZA nº 1100 bairro BOA VISTA CEP 63000-000 - GOIÁS/GO - CNPJ/CPF: 395.135.403-04

6 - CPF: **395.135.403-04** 7 - Profissão: **JARDINEIRO** 8 - Endereço: **R. JOAQUIM HONORATO SOUZA** 9 - Bairro: **BOA VISTA** 10 - Complemento:

11 - Telefone: **DR. SILVIO KELTE** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **63000-000**

15 - E-mail: **CONEIANCA87@GMAIL.COM** 16 - Tel.: **(65) 3814-3200**

DADOS CADASTRAIS
17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

Dedico, para todos os fins de direito, ficar é no endereço acima informado, conforme suprovaiz abaixo (ANEXAR CÓPIA).

20 - REPROVAÇÃO DO TITULAR DA POLÍTICA:

REPROVAZINHO R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM REPROVAZINHO R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - Declaração de que não possui nenhuma restrição para a contratação de seguros devidamente justificada:

CONTA PESSOAL (para cobertura de dívidas e impostos)

Dívidas (20%) IBI (20%) CONTA CORRENTE (para cobertura de dívidas e impostos)

Dívidas (20%) Contribuição Federal (20%) NOME DO BANCO: **ITAU**

Dívidas (20%) Contribuição Estadual (20%) NÚMERO: **6353** CONTA: **36939** **B**

Dívidas (20%) Contribuição Municipal (20%) NÚMERO: **6353** CONTA: **36939** **B**

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no nome fornecido informações, de minha titularidade, o valor da indenização previsível do Seguro DPVAT a que eu fui destinado, resguardando o direito, desde já e sempre a aplicar a retenção do crédito, quanto couber do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA - PRESENTEMENTE SÓMÉTE PRIMA COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO SISTEMA:

Declaro, sob as penas da lei, que estou devidamente autorizado a apresentar à sede do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de depoimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.394/74), com afixo:

- 100% IML que atenda a regras de acidente ou da tabela referentes ao:
- O IML que atende a regras de acidente ou da tabela referentes a não realização de perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras de acidente ou da tabela referentes realizada perícia com prazo superior a 90 [noventa] dias do pedido.

Sofrerei o preceguimento de quaisquer danos que resultem de indefinição do Seguro DPVAT, por insuficiência justificativa, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, convencendo, desde já, em seu submetter à análise médica presencial, caso necessário, à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de evento de trânsito ocorrido por veículo a motorizar, conforme o disposto na Lei 6.394/74.

Declaro que este autorização não significa prévia consentindo com a fixação eventualmente da retenção ou direito de descontar a indenização total, caso discordar da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE DESCONTO DE 20% - PRESENTEMENTE SÓMÉTE PRIMA COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO SISTEMA:

23 - Que devo fazer caso positivo: **24 - Vou pagar comprovante:** Sim Não **25 - Se eu não tiver comprovante(s), informar o nome completo:**

26 - Vou:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	28 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	30 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
26 - Vou:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	28 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	30 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
26 - Vou:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	28 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se sim, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	30 - Se não, informar:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer alegado ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de recuperação do valor recebido, além da responsabilidade criminal por falha do artigo 268 do Código Penal.

31 - Impressiono digital da pessoa que assinou a polícia (a rogo): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

32 - CPF digital da pessoa que assinou a polícia (a rogo): **395.135.403-04**

33 - Assinatura de quem assinou a polícia (a rogo): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

34 - Impressiono digital da pessoa que assinou a polícia (a rogo): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

35 - Nome legal de quem assinou a polícia (a rogo): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

36 - CPF legal da pessoa que assinou a polícia (a rogo): **395.135.403-04**

37 - Assinatura de quem assinou a polícia (a rogo): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

38 - Local e Data: **BOA VISTA-RR 11 DE FEVEREIRO DE 2020**

39 - Assinatura da vítima/vítima falecida (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

40 - Assinatura do Procurador (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

41 - Assinatura da vítima/vítima falecida (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

44 - Assinatura do Advogado (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

45 - Assinatura do Fiscais (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

46 - Assinatura do Procurador (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

47 - Assinatura do Advogado (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**

48 - Assinatura do Fiscais (se houver): **CLAUDEMIR MORAES DE ALMEIDA**