

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE


NOME:	Jeremias Nascimento Torneas
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Radialista
IDENTIDADE:	83775
ENDEREÇO:	Rua São Camilo N° 908 Cinturão Verde

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Góes 1832 Buitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 10 / 2017, cobertura Invalidez, vítima: Jeremias Nascimento Torneas.
Boa Vista, RR, 02 de Dezembro de 2019

LOCAL E DATA

 Jeremias Nascimento Torneas

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Procurador
 Av. Alameda Terra, 4907 - Boa Vista - RR
 Fone: (067) 3627-4100
 E-mail: daniel.aquino@cartorio2boavista.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s):
 JEREMIAS NASCIMENTO TORNEAS

Em testemunho da verdade, LPS
 De que dou fé. Boa Vista, RR, 02 de dezembro de 2019.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadaoportal.com.br
 RECFIR16829824GQUN2RPT4TCC147

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SIAO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

 **Larissa dos Santos da Silva**
 Escrivente Autorizada

10 DEZ. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS : 225.864.072-53

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: 12/12/2019
Nome: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS
CPF: 225.864.072-53

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Número do Sinistro: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 02/03/2020

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190695800 Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

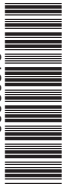
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

225.864.072-53 Jeremias Nascimento Torres

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

5 - Nome completo: Jeremias Nascimento Torres 6 - CPF: 225.864.072-53
7 - Profissão: Jornalista 8 - Endereço: Rua: São Camile 9 - Número: 908 10 - Complemento:
11 - Bairro: Continuação Verde 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-369
15 - E-mail: dleiver@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 85199154-4282

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 5480 0 CONTA: 24988 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 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 assinando
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, 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 042729/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 11:14 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:31
Origem: Polícia Judiciária Data: 02/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/10/2017 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua: Ricardo Franco

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Em frente à Rádio Tropical FM
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 10/02/1971
Profissão: Jornalista Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Eliane Nascimento Torreias Nome do Pai: Algodinho João Torreias

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.864.072-53

10 DEZ. 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: São Camilo
Complemento: Casa
Bairro: Cinturão Verde
Telefone: (95) 99163-4092 (Celular)

Nº: 908

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 225.864.072-53	Placa NAY-2388
Renavam 01015260311	Número do Motor G3C5E-020945
Número do Chassi 9C6DG2510F0015403	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor LARANJA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jeremias Nascimento Torreias	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042729/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01751279291), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima. Que ao frear para colidir em veículo, o pneu da frente derrapou, fazendo com que o mesmo perdesse o controle da motocicleta e caísse. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000906
Responsável pelo Atendimento




Jeremias Nascimento Torreal
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

"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."

10 DEZ. 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 225.864.072-53 3 - CPF da vítima: 225.864.072-53 4 - Nome completo da vítima: Jeremias Nascimento Torres

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

5 - Nome completo: Jeremias Nascimento Torres 6 - CPF: 225.864.072-53
7 - Profissão: Jornalista 8 - Endereço: Rua: São Camilo 9 - Número: 908 10 - Complemento:
11 - Bairro: Curitiba Verde 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-369
15 - E-mail: dleiver@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 8199154-4282

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 5480 0 CONTA: 24988 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnosor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alienado
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, 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
Secretaria Municipal de Economia, Planejamento e Finanças
Rua Coronel Pinto, 188
Centro 69301-150
Boa Vista RR



ELIZEU ROCHA DOS SANTOS
RUA SAO CAMILO, 908
CINTURAO VERDE
69312-369 - BOA VISTA - RR

Data de Postagem: 17/05/2019



10 DEZ. 2019





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 365/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal 4106131

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	199	197,98

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151204

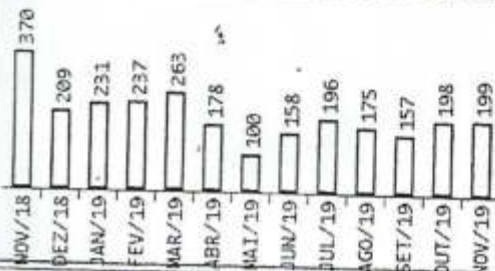
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 28461	Atual: 25 11 2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 28262	Anterior: 25 10 2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 12 12 2019	Ligação: BIPARTICION
Constante de Multiplicação: 1.200	Emissão: 23 11 2019	Número Medidor: 2296908
Consumo medido: 199	Apresentação: 25 11 2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 199		Modalidade: N 1519408

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	199 A R\$ 0,768486 =	152,92
2A. VIA PEDIDO CONSUM 09/19-00		3,01
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		42,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 199 - 0,621021

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/12/2019, 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) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 905,67 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 190,53

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESD. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N° 2.634 DE 29.10.2019. LIQUE 06007015120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FATURA		ALÍQUOTA		VALOR
Energia:	Encargos:	ICMS:		
Distribuição: 62,79	Tributos: 4,68	PIS:	17,00%	25,99
Transmissão: 34,20		COFINS:	9,27%	0,97
			1,00%	2,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			ISC			DIOCI		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99		
Realizado	0,00			0,00			0,00		

Conjunta FLORESTA Período de apuração: 09/2019 EUSD: 51,51

ROT: 5.001.12.04.021718



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

197,98

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4106131

FCAM*

83690000001 6 97980075000 7 00000000108 1 91531119008 5



SEQ.: 0111 UC: 0108915-3 DT.LEIT.: 25/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 28461 NORMAL TOTAL: 197,98 CARGA: 009
DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4021

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 SUSEP 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 COAF¹.

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 Ilain Imacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jeremias Nascimento Torquias inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.072 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invaliddez da Vítima Jeremias Nascimento Torquias

inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.072 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buatis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ilainv@hotmai.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98194-4282</u>

Local e Data: Boa Vista-RR, 02 de dezembro de 2019

Assinatura do Declarante

BLOCO D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700851949 16/10/2017 14:42:55 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 27

Paciente **JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS** Data Nascimento **10/02/1971** Idade **46 A 8 M 6 D** CNS **22586407253** CPF **22586407253** Prontuário **160876**

Tipo Doc **IDENTIDADE 83775** Documento **SSP/RR** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **10/02/1971** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **SEM** Naturalidade **BOA VISTA - RR**

Mãe **ELIANE NASCIMENTO TORREIAS** Pai **ALGOSTINHO JOAO TORREIAS** INFORMAÇÃO Contato **(95) 99136-8409**

Endereço **RUA - SAO CAMILO - 908 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR** Ocupação **RADIALISTA**

Cláss. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **SUS** Validade **SUS** Autorização **SUS** Sis Prenatal **SUS**

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **DEMANDA ESPONTANEA** Registrado por: **WESLIEN.ROCHA**

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

Anamnese de Enfermagem **Não Alergia;**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) **Acidente de moto com lesão em pulso (D).**

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: **Alta a Pedido**

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Patológica

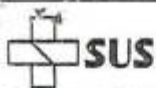
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesliem.rocha
Data Hora: 16/10/2017 14:43:53

10 DEZ. 2019

1700851949



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

KAR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

KAR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Frederico Vasconcelos Torres

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

60876

6 - DATA DE NASCIMENTO

30/02/71

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elaine Norberto + outros

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 911361814109

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua São Lameiro 908, Linhares Verde

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Verde

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2107001

15 - UF

PA

16 - CEP

01000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Aquiescência de Tmb.
Fórm. do clonulo

10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto. agudo

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

Asame fe. fisically

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex. clonulo

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Inten.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/10/17

(16.10 a 25.10)

0308010019-7068
5420
Vg49

From March 2000

John A. Smith
John A. Smith

The Office

At the
Office of the
Attorney General

For the
Attorney General
1/10/00
1/10/00

10 DEZ. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

DADE: _____
ME: Seu e sua esposa
DE: 46 REGISTRO: _____
CO: D ENFERMARIA: 407 LEITO: 2
EMERGÊNCIA: _____

E: Ortopedia PARA: Cardiologia

dados Clínicos:

10 DEZ. 2019

Rosa Lima

part. do Dr. J. F. Lima 1708

19/10/14

Data

Médico

10/12/2019

Cardiologia

Seu Duvidas cardiologia
Suplicio do Dr. J. F. Lima
futebol PP: 115 + 2000 kg
AR: RR FC: 78 bpm Bulso, sem fôlego
No. seu presente com muito bem-estar
Seu pulso a 24 horas
Admissão pelo Sinais
Estabilidade, sem estresse. Bulso palpável
Conclusão: ECG: normal. Risco de morte
Risco e grupo cardiovascular. Avaliação
essa classe I - ESCOP de Lira

Data

(UM)

Médico

near Chicago in
Madison, Wisconsin
a pond 530 ft. at
ChicAGO
1800 ft. the



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jeremias Nascimento Torres

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

11 - TELEFONE DE CONTATO
1º DO TELEFONE

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de trauma contuso em membro D

10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico ortopédico

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

Ex. físico + Rx.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura clavícula

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 / TEOT 1972

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia fr. clavícula

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Alberto / Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

25/10/17

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

Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. 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

25/10/17

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

*(até 25.10) D408010150 -> 5920
1799*



BOLETIM OPERATÓRIO

fraturas Maxilar e Torção

Data: 25/10/17

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

fratura Clavícula (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

Osteossíntese Clavícula (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

N.D.N.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

N.D.N.

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

o mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Alberto / Dr. Jonathan

1º AUXILIAR: Dr. Adilson

2º AUXILIAR: Dr. Pablo

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

MATERIAL: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 1759 / COT 14272

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em ODI sob bloqueio de plexo.
- 2 - Marcação com Clavex-dine a 2% + Antisepto e PVPi + Alcool a 70%.
- 3 - Colocação campo cirúrgico.
- 4 - Incisão longitudinal sob clavícula direita.
- 5 - Identificação toco posterior.
- 6 - Redução Aberta + fixação interna com 1 FK 25 (número).
- 7 - Limpeza e SFO, 91.
- 8 - Sutura pele.
- 9 - Curativo.
- 10 - A SRPA.

10 DEZ. 2017

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1417
Título Especialista COT - 12603



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

200
Suzemias Wasmundo Torres 16 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
Midazolam 15mg + Fentanil 100mcg		25110124
<div>15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45</div>		
AGENTES	N 20 02	
LÍQUIDOS VENOSOS	A V P S E 15 15 1000	
DA	°C 240	
X	38 220	
ULSO	36 200	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
O	120	
TEMP	100	
ASPIR	80	
A	60	
RESP	40	
O	20	
Export		
Assist		
Contro		
SIMBOLOS X 0 X 10		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	Alorobutacaine 0.5% 100ml	Blowby de pleixo
B	Alorobutacaine 2% 100ml	blowby intercostal
C		cureo
D	Celormina 30mg	
E		+ ventulação espontânea
F		com suporte nasal 24mm
G		
H	Glucose 6mg	Câmara - Nasal / Oro Faringea
I		Nasal / Orotracheal - Cega
J		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
K		Sob Músculo
L		Dificuldade Técnica
M		TEMPO DE ANESTESIA
N		
O		
P		
Q		
R		
S		
T		
U		
V		
W		
X		
Y		
Z		
TOTAL 1000ml		
OPERAÇÃO		
Tratamento comungas e fototerapia de clareamento		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Dr. Ana Paula	F0000	Dr. Alberto / Dr. Jonathan
PERDA SANGÜÍNEA		
ml		

Ana Paula Thomé
Anestesiologista
CRM-RR 1478

2) Diprison 2g
1) Ondansetron 8mg
4) Toletil 40mg
X) Joo 400A

10-DEZ. 2019

PRE ANESTÉSICO

<p>Nome: _____</p> <p>Sexo: _____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Estado Civil: _____</p> <p>Religião: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Cidade: _____ Estado: _____</p> <p>País: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>E-mail: _____</p> <p>Outros dados: _____</p>			
<p>Doenças: _____</p> <p>Medicamentos: _____</p> <p>Alérgico a: _____</p> <p>Tabaco: _____</p> <p>Alcool: _____</p> <p>Outros hábitos: _____</p>			
<p>Exame físico: _____</p> <p>Exame de laboratório: _____</p> <p>Exame de imagem: _____</p> <p>Exame de função: _____</p> <p>Exame de diagnóstico: _____</p> <p>Exame de prognóstico: _____</p> <p>Exame de tratamento: _____</p> <p>Exame de acompanhamento: _____</p> <p>Exame de avaliação: _____</p> <p>Exame de controle: _____</p> <p>Exame de monitorização: _____</p> <p>Exame de observação: _____</p> <p>Exame de registro: _____</p> <p>Exame de documentação: _____</p> <p>Exame de comunicação: _____</p> <p>Exame de interação: _____</p> <p>Exame de participação: _____</p> <p>Exame de colaboração: _____</p> <p>Exame de adesão: _____</p> <p>Exame de continuidade: _____</p> <p>Exame de integralidade: _____</p> <p>Exame de equidade: _____</p> <p>Exame de eficiência: _____</p> <p>Exame de eficácia: _____</p> <p>Exame de efetividade: _____</p> <p>Exame de impacto: _____</p> <p>Exame de resultado: _____</p> <p>Exame de processo: _____</p> <p>Exame de estrutura: _____</p> <p>Exame de contexto: _____</p> <p>Exame de cultura: _____</p> <p>Exame de valores: _____</p> <p>Exame de princípios: _____</p> <p>Exame de normas: _____</p> <p>Exame de regras: _____</p> <p>Exame de procedimentos: _____</p> <p>Exame de protocolos: _____</p> <p>Exame de diretrizes: _____</p> <p>Exame de políticas: _____</p> <p>Exame de estratégias: _____</p> <p>Exame de táticas: _____</p> <p>Exame de técnicas: _____</p> <p>Exame de habilidades: _____</p> <p>Exame de competências: _____</p> <p>Exame de conhecimentos: _____</p> <p>Exame de habilidades: _____</p> <p>Exame de competências: _____</p> <p>Exame de conhecimentos: _____</p>			

PÓS-ANESTÉSICOS

[illegible]

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Jeremias Nascimento Enf: D Leito: 407-2 Serv: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Idade: 46 Peso: _____ Alt: _____ Classe: _____ Data: 23/10/17 Hora: _____

Diagn. Pré-OP: Fract. Clavícula Patol. Assoc.: _____

Cir. Proposta: Osteossíntese

Anest. Ant: ---

Alergia: _____

Alcool: _____ Fumar: _____

DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, etc.)
casopressor, IMAO, outros)

Estado Mental: Consciente Boca: MPI

Pescoço: Bom Voz: 4/5

RX: _____

Fases: _____

Hepatograma: _____

Outros: TAP 14.5" TTPA 35.3" RMV 1110

Parâmetros Clínicos: APTO

PA: 134/80 Pulso: 68 Temper. 36: 36

Medicação Pré- Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: Leuc 1103 Ht 39% Hb 13.7

Hta: 4.22 Ic: _____

c. Coag: 222.00 Urea: 29

Crat: 1.64 Glic: 87 Na: _____ mEq/l

Cl: _____ mEq/l

pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____

URINA: d: _____ pH: _____ g/l: _____ Alb: _____

Sedim: _____

Ap. gen. Uri: diversa cr

AP. Resp: Eupne

AP. Circ: _____

AP. Dig: _____

S. Osteo- Art: Fract. clavic

S. Nerv: _____

S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): I AN. Proposta: An. Regional

Assinatura: Felipe

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: / / Hora: _____

Assinatura: _____

Data: / / Hora: _____

Assinatura: _____

10 DEZ. 2017

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº																													
<div> <div>ACCIDENTES</div> <div>02</div> </div>																																							
<div> <div>LÍQUIDOS VENOSOS</div> <div></div> </div>																																							
<div> <div>DA</div> <div>X</div> <div>ULSL</div> <div>Q</div> <div>ANET</div> <div>X</div> <div>OF</div> <div>D</div> <div>TEM</div> <div>ASPIR</div> <div>A</div> <div>RESP</div> <div>C</div> </div>																																							
<div> <div>Expant</div> <div>Assist</div> <div>Contro</div> </div>																																							
SÍMBOLOS																																							
<div> <div>AGENTES</div> <div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>D</div> <div>E</div> <div>F</div> <div>G</div> <div>GLICOSE</div> <div>LÍQUIDOS</div> <div>NDCC</div> <div>SANGUE</div> <div></div> <div>TOTAL</div> </div>										<div> <div>DOSES</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>										<div> <div>TÉCNICA</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>										<div> <div>ANOTAÇÕES</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>									
<div> <div>OPERAÇÃO</div> <div></div> </div>										<div> <div> <div>Lariango - Espasmo - Excesso Seco</div> <div>Depressão Respiratória - Hiper</div> <div>"Bucking" - Vômito</div> </div> <div> <div>Hemorragia - Arteria</div> <div>Brasí Taquicardia - Choque</div> </div> </div>																													
ANESTESIA										CÓDIGO										CIRURGIA										PERDA SANGÜINEA									



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jermias Nascimento Torres		407-2	NI	25 / 10 / 17	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteosintese Fratura Clavícula "D"			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			11:40	12:45	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Alberto		ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula	
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA:	Dr. Fabiana (R)	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE	Barbara + Kelly	
TIPO DE ANESTESIA: BPB			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 1000ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYLNº 2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº 1	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
<input type="checkbox"/>	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM- Esponha Plástica	
<input type="checkbox"/>	SERINGA20ML			FITA CARDIACA Equipe macro	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eléctrodes		10	OUTROS: Povidine Tópico	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Enf.ª Dilene			
		Enf.ª Bruno	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Kelly	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

10 DEZ. 2019



SAI - SIS - MATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

10 DEZ. 2019

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Data: 25.10.13		Hora: 14h		Início da Cirurgia: 14h40		Início Anestesia: 14h30		Término Cirurgia: 12h45		Saída S.O.	
Chegada: 14h30 Jemogênica: 14h30 Antimicrobiano: 14h30 Outros:				Entrada na Sala: 14h40 Início da Cirurgia: 14h40 Início Anestesia: 14h30 Término Cirurgia: 12h45 Saída S.O.:				Cirurgia Realizada: RPD Anestesia: Moxitina e Cloridato D Localização:			
Informação: 1. Jejum: 14h30 2. Antimicrobiano: 14h30 3. Soro: 14h30 4. Antimicrobiano: 14h30 5. Antimicrobiano: 14h30 6. Antimicrobiano: 14h30 7. Antimicrobiano: 14h30 8. Antimicrobiano: 14h30 9. Antimicrobiano: 14h30 10. Antimicrobiano: 14h30 11. Antimicrobiano: 14h30 12. Antimicrobiano: 14h30 13. Antimicrobiano: 14h30 14. Antimicrobiano: 14h30 15. Antimicrobiano: 14h30 16. Antimicrobiano: 14h30 17. Antimicrobiano: 14h30 18. Antimicrobiano: 14h30 19. Antimicrobiano: 14h30 20. Antimicrobiano: 14h30 21. Antimicrobiano: 14h30 22. Antimicrobiano: 14h30 23. Antimicrobiano: 14h30 24. Antimicrobiano: 14h30 25. Antimicrobiano: 14h30 26. Antimicrobiano: 14h30 27. Antimicrobiano: 14h30 28. Antimicrobiano: 14h30 29. Antimicrobiano: 14h30 30. Antimicrobiano: 14h30 31. Antimicrobiano: 14h30 32. Antimicrobiano: 14h30 33. Antimicrobiano: 14h30 34. Antimicrobiano: 14h30 35. Antimicrobiano: 14h30 36. Antimicrobiano: 14h30 37. Antimicrobiano: 14h30 38. Antimicrobiano: 14h30 39. Antimicrobiano: 14h30 40. Antimicrobiano: 14h30 41. Antimicrobiano: 14h30 42. Antimicrobiano: 14h30 43. Antimicrobiano: 14h30 44. Antimicrobiano: 14h30 45. Antimicrobiano: 14h30 46. Antimicrobiano: 14h30 47. Antimicrobiano: 14h30 48. Antimicrobiano: 14h30 49. Antimicrobiano: 14h30 50. Antimicrobiano: 14h30 51. Antimicrobiano: 14h30 52. Antimicrobiano: 14h30 53. Antimicrobiano: 14h30 54. Antimicrobiano: 14h30 55. Antimicrobiano: 14h30 56. Antimicrobiano: 14h30 57. Antimicrobiano: 14h30 58. Antimicrobiano: 14h30 59. Antimicrobiano: 14h30 60. Antimicrobiano: 14h30 61. Antimicrobiano: 14h30 62. Antimicrobiano: 14h30 63. Antimicrobiano: 14h30 64. Antimicrobiano: 14h30 65. Antimicrobiano: 14h30 66. Antimicrobiano: 14h30 67. Antimicrobiano: 14h30 68. Antimicrobiano: 14h30 69. Antimicrobiano: 14h30 70. Antimicrobiano: 14h30 71. Antimicrobiano: 14h30 72. Antimicrobiano: 14h30 73. Antimicrobiano: 14h30 74. Antimicrobiano: 14h30 75. Antimicrobiano: 14h30 76. Antimicrobiano: 14h30 77. Antimicrobiano: 14h30 78. Antimicrobiano: 14h30 79. Antimicrobiano: 14h30 80. Antimicrobiano: 14h30 81. Antimicrobiano: 14h30 82. Antimicrobiano: 14h30 83. Antimicrobiano: 14h30 84. Antimicrobiano: 14h30 85. Antimicrobiano: 14h30 86. Antimicrobiano: 14h30 87. Antimicrobiano: 14h30 88. Antimicrobiano: 14h30 89. Antimicrobiano: 14h30 90. Antimicrobiano: 14h30 91. Antimicrobiano: 14h30 92. Antimicrobiano: 14h30 93. Antimicrobiano: 14h30 94. Antimicrobiano: 14h30 95. Antimicrobiano: 14h30 96. Antimicrobiano: 14h30 97. Antimicrobiano: 14h30 98. Antimicrobiano: 14h30 99. Antimicrobiano: 14h30 100. Antimicrobiano: 14h30				Sinais Vitais: 1. FC: 82 bpm 2. TA: 120 x 82 mmHg 3. FR: 20 rpm 4. Sat: 98% 5. Temperatura: 36,5°C 6. Peso: 70 kg 7. Altura: 1,70 m 8. Idade: 45 anos 9. Sexo: Masculino 10. Estado Civil: Casado 11. Profissão: Médico 12. Endereço: Rua X, nº 123, Centro, São Paulo, SP 13. Telefone: (11) 1234-5678 14. E-mail: joao@hospital.com.br 15. Data de Nascimento: 15/05/1968 16. Data de Admissão: 10/10/2013 17. Data de Alta: 15/10/2013 18. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 19. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 20. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 21. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 22. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 23. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 24. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 25. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 26. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 27. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 28. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 29. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 30. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 31. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 32. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 33. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 34. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 35. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 36. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 37. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 38. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 39. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 40. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 41. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 42. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 43. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 44. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 45. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 46. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 47. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 48. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 49. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 50. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 51. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 52. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 53. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 54. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 55. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 56. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 57. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 58. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 59. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 60. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 61. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 62. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 63. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 64. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 65. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 66. Data de Fim da Cirurgia: 12/10/2013 67. Data de Fim da Anestesia: 12/10/2013 68. Data de Fim da S.O.: 12/10/2013 							

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

06/25 PA: C5/65mm H
FC: C1 7:36:79



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Leandro dos Santos Torres, 46 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16/10/14, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de clavícula

NO DIA 25/10/14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. Albino E DR. Paulo Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/10/14, ÀS 11:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 2/11/14, ÀS 14:00, COM
DR. Albino

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Paulo Roberto

BOA VISTA, 26/10/14

Dr. Pablo C. Echevarrena Jr.
Médico
CRM-RR 1908

MÉDICO

10 DEZ. 2019



F

D

JEREMIAS NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

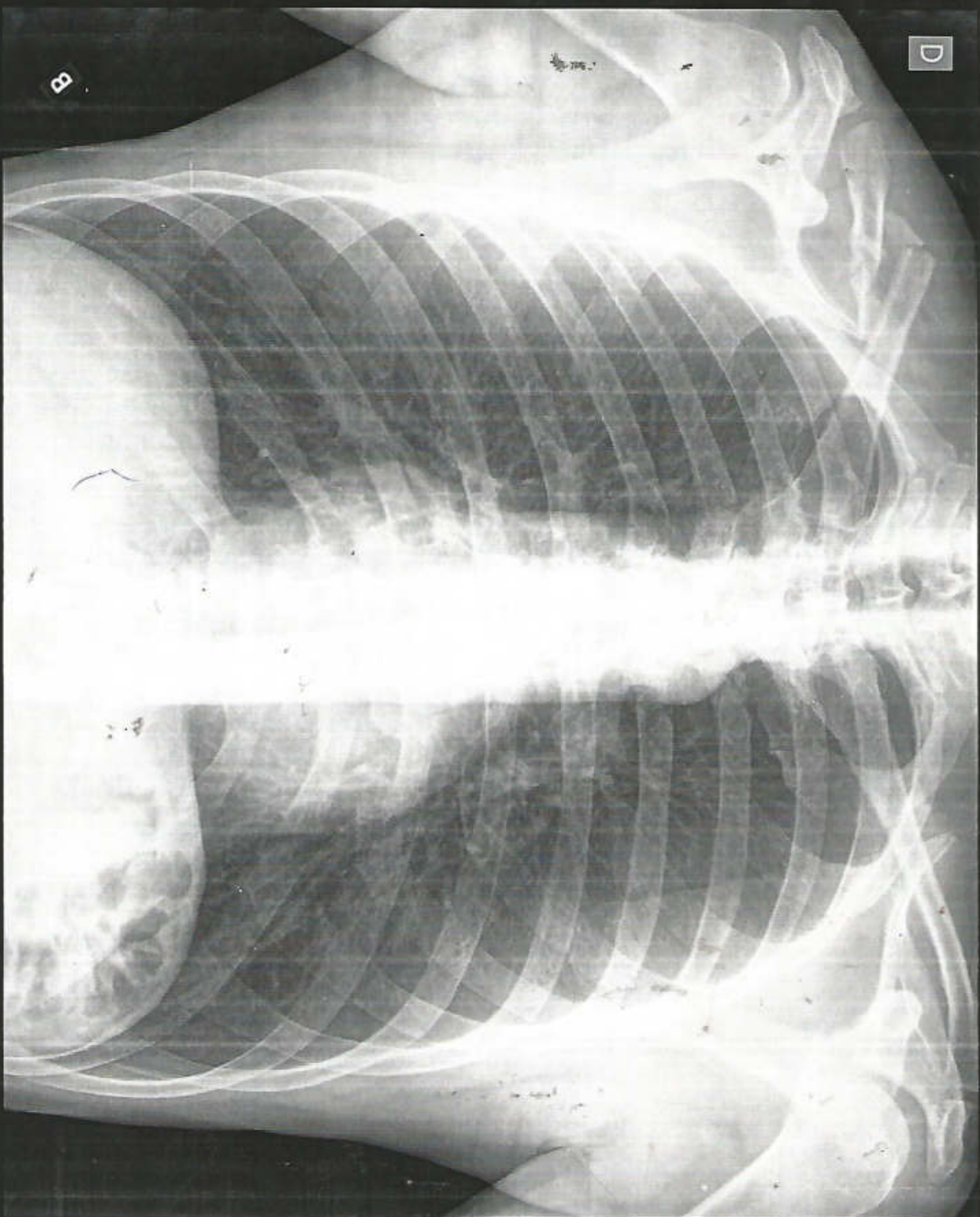
8145

16/10/2017 16:22:22

62,1 %

D

B



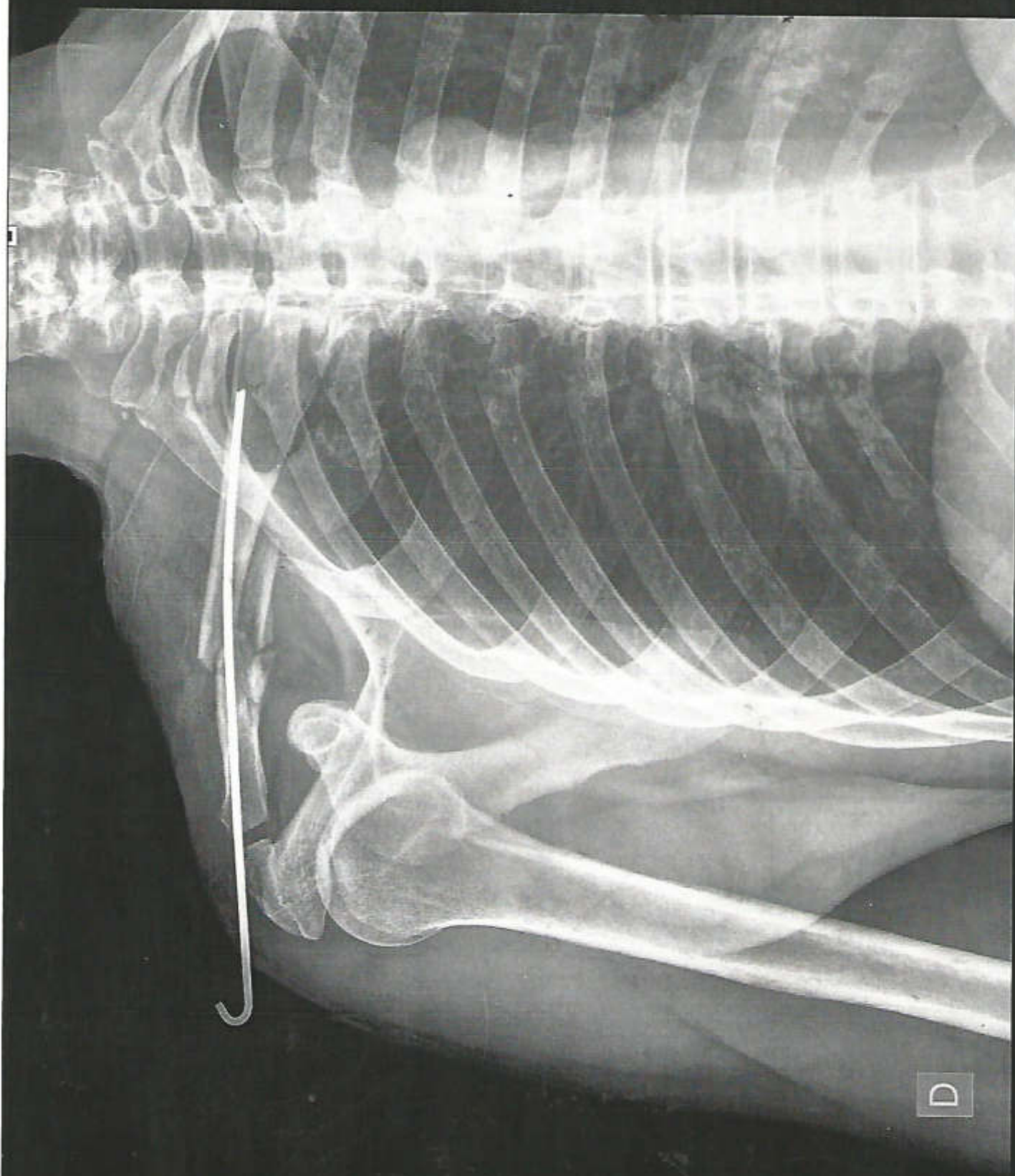
JEREMIAS NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

17/10/2017 08:26:34

65.1 %



E

D

JEREMIAS , NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO-407-02


TR. ADRIANO

26/10/2017 09:56:35


53,2 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Guiljo Cruz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

10 DEZ 2019

11 DEZ. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

83775

DATA DE EMISSÃO

12/05/2008

DATA DE NASCIMENTO

10/02/1911

NOME

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

FILIAÇÃO

ALCOSTINHO JOAO TORREIAS

ELIANE NASCIMENTO TORREIAS

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

CERTIDÃO Nº 1.530.115 98-V LTV 02

BOA VISTA - RR

225-864-072/53

2 VIA

Ass. de Câmara Cláudio de Araújo
Diretor do IIGC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

GOV. DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO



Polegar Direito



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

114807

ILOIR INACIO DE SOUZA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO
ONÍRIA INACIO DE OLIVEIRA

CATANDUVAS - PR

CERTD CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV 8-02
SÃO LUIZ - RR

383.051.512-04

20 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Progressista da Paraíba (PPL)
Candidato a deputado estadual

El N° 7.116 DE 29/08/83

△

07/04/1978

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975681666
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01015260311 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JEREMIAS MANSIMUNTO TORREIAS



CPF/CNPJ 225.864.072-53 PLACA NAY2388

PLACA ANT. UF 906062310-0015403

ESP. CATEG. 150 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP/POT/CIL 2P/01490C/ CATEGORIA PARTICO COR PREDOMINANTE LARANJA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1.º *****
2.º *****
3.º *****
FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 183.5 OF (R\$) 183.5 PRÊMIO TOTAL (R\$) 367.0 DATA DE PAGAMENTO 30/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR AMAZ
ACCIDENTAMENTO DE POSTO OBRIGATORIO
NAO VAUDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR 13/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICUL
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975681666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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 12/07/2019

VIA 01 COD. RENAVAM 01015260311 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

ANF. FAB. 2014 CAT. TARE 906062310-0015403

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 OF (R\$) R\$0.7 COTA ÚNICA PARCELADO 367.04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

10 DEZ. 2019