

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



|  |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
|--|--|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------|------------------|--------------------------|
| 1700838589   |  | 17/09/2017 18:05:45    | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> |                                | <b>TRAUMATOLOGIA</b>           |              | DIURNO 07-19     | 39                       |
| Paciente   |  |                        | Data Nascimento             | Idade                          | CNS                            | CPF          | Prontuário       |                          |
| <b>EDILSON PEREIRA SILVA</b>   |  |                        | 22/06/1962                  | 55 A 2 M 25 D                  | 700109872905790                | 40009360263  |                  |                          |
| Tipo Doc   | Documento  | Órgão Emissor          | Data Emissão                | Sexo                           | Estado Civil                   | Raça/Cor     | Naturalidade     |                          |
| IDENTIDAD  | 146584   | SSP RR                 |                             | M                              | UNIAO                          | PARDA        | JOAO LISBOA - MA |                          |
| Mãe  |  |                        |                             | Pai                            | ESTAVEL                        |              | Endereço         |                          |
| MARIA DAS DORES PEREIRA SILVA  |  |                        |                             | JOAO PEREIRA SILVA             |                                |              | (95) 99115-3520  |                          |
| Endereço   |  |                        |                             |                                |                                |              | Ocupação         |                          |
| RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 400 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR   |  |                        |                             |                                |                                |              | PROFESSOR        |                          |
| Class. de Risco  | Plano Convênio   |                        | Nº da Carteira              | Validade                       | Autorização                    | Sis Prenatal |                  |                          |
|  | <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Motivo do Atendimento  | Caráter do Atendimento   | Profissional do Atend. |                             | Procedência                    | Temp.                          | Peso         | Pressão          |                          |
| <b>ACIDENTE DE MOTO</b>  | <b>URGÊNCIA</b>  |                        |                             | Procedimento Sol.              |                                |              |                  | Registrado por:          |
| Selar  | Tipo da Chegada  |                        |                             |                                |                                |              |                  | <b>KAROLINE OLIVEIRA</b> |
| <b>GRANDE TRAUMA</b>   | <b>SAMU CAPITAL</b>  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Quicixa Principal  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Anamnese de Enfermagem   |  |                        |                             |                                | GSC                            | TOTAL        |                  |                          |
|  |  |                        |                             |                                | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 |              |                  |                          |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)<br>Paciente relata acidente de Moto x animal, ocosionando queda. Paciente apresenta febre (38,5°C) em ATD e ASD. Encontra-se em dor no membro.   |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Exame Físico: BCO, Verte, suspeito, escr. +<br>Art/Arco / Abd. / Pneu.: n/durante;   |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Hipótese Diagnóstica:<br>Frx de fibula ( )   |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| SADT - Exames Complementares<br><input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| PRESCRIÇÃO<br>1. Dipirona 500 mg ( ) 2 x dia<br>2. Gimecina 500 mg ( ) 1x dia  |  |                        |                             |                                | APRAZAMENTO                    | OBSERVAÇÃO   |                  |                          |
|  |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input checked="" type="checkbox"/> Alta a Reversa<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>outro pac</u>                                |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: <u>18/09/17</u>  |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMT. Anatomia Patológica   |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |
| Assinatura do Paciente ou Responsável  |  |                        |                             | Carimbo e Assinatura do Médico |                                |              |                  |                          |
| Impresso por: karoline.oliveira<br>Data Hora: 17/09/2017 18:05:48  |  |                        |                             |                                |                                |              |                  |                          |



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Tânia Helena Fracassi de melo, portador(a) do RG nº 489049, expedido por SSP / RO, em 09/07/92, CPF/CNPJ nº 421.026.772-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edilson P. Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Edilson Pereira Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reunião Renda Mensal: R\$ Ricardo

Documentos comprobatórios: Reunião ÁREA DE  
COMPROBACAO

Tânia H. Fracassi de melo 28 NOV 2017  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

**LORASIA**  
FotoVista-ER

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

0040085-8

000080625

Comprovante de pagamento

-0016-

SETENBRO/2017 06/10/2017 602 410,38

EDILSON PEREIRA SILVA  
R. FRANCISCO A SILVA 400 DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00040009360263  
CEP: 69.314-298 - BOA VISTA ROT: 11.001.19.06.176900

|       |            |
|-------|------------|
| 23495 | 18/09/2017 |
| 22893 | 18/08/2017 |
| 1.000 | 18/10/2017 |
| 602   | 18/09/2017 |
| 602   | 18/09/2017 |

NORMAL 31

RESIDENCIAL SI 2800219 N 1420925 1.1.1.2 364

|            |                                      |
|------------|--------------------------------------|
| AGO/17 374 | CONSUMO 602 A R\$ 0,417389 = 251,26  |
| JUL/17 270 | RELIGACAO DE URGENCIA 55,13          |
| JUN/17 350 | CORRECÇÃO MONETARIA DA IL. PUBL 0,07 |
| MAT/17 295 | DIFERENCA DE TARIFA 08/16-00 66,63   |
| ABR/17 247 | CORRECÇÃO MONETARIA IG 08/16-00 1,31 |
| MAR/17 262 | MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 2,67  |
| FEV/17 294 | JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 0,70  |
| JAN/17 329 | MULTA POR ATRASO (3X) 9,77           |
| DEZ/16 438 | JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 8,31  |
| NOV/16 438 | ILUMINACAO PUBLICA 14,53             |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 602 - 0,31298

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspenção do fornecimento de energia elétrica e partida de 01/10/2017. O não pagamento por débito inscrito também é incluído no nome do consumidor na cédula. Caso venha a haver a suspensão, ficarão desconsiderados estes bônus.

CASO FAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE Censo Agropecuário 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

ÁREA DE GESTÃO DE RISCO  
CORPO DE CONTROLE DE RISCO

1A78.C550.215C.C3E2.A2AF.975F.0538.4544

|        |        |
|--------|--------|
| 86,16  | 251,26 |
| 114,66 | 17,00% |
| 0,00   | 42,71  |
| 2,23   | 0,96   |
| 48,21  | 4,54   |

08 NOV 2017

RECRA S/A  
www.vale.com.br

5,55 11,10 22,21 3,67 7,35 14,70 3,20  
0,30 1,00 0,30

FLORESTA 07/2017 38,63

ROT: 11.001.19.06.176900

0040085-8 410,38

09/2017 06/10/2017

000080625 FCAM

8367000004 2 10380075000 4 0000000040 6 08580917008 8



Tania Helena  
(as) 99.39-8405  
3224-6519



CEP 69305-270



CDO BOA VISTA RR  
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO  
ANTONIO AUGUSTO MARTINS 347  
SAO FRANCISCO  
69305 270 - BOA VISTA RR

00108623

Data de Postagem: 27/03/2017 Data de Vencimento: 03/04/2017



7213419170200E300000000862330270317

ÁREA DE CUSTÓDIA  
CENTRUS/CEMEX

28 NOV 2017

ECRAS/A  
Vista-RR

## FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade:  Equipe: Socorristas de Rua  
 Paciente: Edilson Pereira Sávio  
 Endereço: AV. ATENDE TEVE B - Cambé  
 N° 15035 DATA: 17/02/83 HORA: 17:47  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dni Alves  
 DATA: 54 Sexo: Masculino

NOTA:  SOCORRO  TRANSPORTE  ATENDIDO NO LOCAL  OUTRO \_\_\_\_\_

Comprovante de atendimento

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>AUTOMÓVEL</b>  | <b>MOTO:</b> <i>x</i> <i>ed</i>  | <b>VIOLENCIA</b>   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada<br>Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>Motorista <input type="checkbox"/><br>Passageiro <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Colisão _____ | <input type="checkbox"/> Condutor<br><input type="checkbox"/> Carona<br>Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> queda<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Colisão _____ | <input type="checkbox"/> FAB<br><input type="checkbox"/> PAFF<br><input type="checkbox"/> Esparracamento _____<br><br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <b>BICICLETA</b>  | <input type="checkbox"/> Condutor<br><input type="checkbox"/> Carona<br><input type="checkbox"/> queda<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Colisão _____   |  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Vias Aéreas</b>  | <b>Ventilação</b>   | <b>Circulação</b>  | <b>Aval. Neurológica</b>  |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia<br><input type="checkbox"/> Bradipneia<br><input type="checkbox"/> Taquipneia<br><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa<br><input type="checkbox"/> Oclusiva<br><input type="checkbox"/> Aprésia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>E</i> | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____<br><input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____<br><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial<br><input type="checkbox"/> Maciez _____<br><input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa _____<br><i>NEXON caree</i> | <input type="checkbox"/> Bradicárdico<br><input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima da 2 <sup>a</sup><br><input type="checkbox"/> Ausente <i>S/A</i> | <input type="checkbox"/> PVDN<br><input type="checkbox"/> Moça<br><input type="checkbox"/> Médio<br><input type="checkbox"/> Anisocoria _____<br><input type="checkbox"/> Otorréia _____<br><input type="checkbox"/> Otorragia _____<br><input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado<br><input type="checkbox"/> ONV <i>(A)</i> |

| Nora   | P.A mmHg     | F.C bpm       | F.R Mpm   | Sat O <sub>2</sub> % | T. Aux °C  | Glicemia | Trauma | APGAR |
|--------|--------------|---------------|-----------|----------------------|------------|----------|--------|-------|
| Inicio | <i>&gt;4</i> | <i>&gt;30</i> | <i>74</i> | <i>18</i>            | <i>98/</i> |          |        |       |
| Fim    |              |               |           |                      |            |          |        |       |

|  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <b>Pele</b>  | <b>Cabeça</b>   | <b>Face</b>   | <b>Pescoço</b>  | <b>Tórax</b>   | <b>Abdome</b>  |
| <input type="checkbox"/> Coarada<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Úmida<br><input type="checkbox"/> Seca<br><input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Confusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerção<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Fer.<br><input type="checkbox"/> Penetrante<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerções<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Ferimento ocular<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerções<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Desvio da traqueia<br><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerções<br><input type="checkbox"/> Tórax instável<br><input type="checkbox"/> Reap. paradoxal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerções<br><input type="checkbox"/> Tórax instável<br><input type="checkbox"/> Reap. paradoxal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> |
| <b>Pelve</b>   | <b>Coluna/Verga</b>   |   |   | <b>Membros</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Instabilidade  | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Dor  |   | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações <i>na xadrez</i><br><input type="checkbox"/> Lacerções<br><input type="checkbox"/> Luxações   | <input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação <i>MCV contusão fez</i>   |  |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>Ritmo Sinosal</b>  | <b>Fibrilação atria</b>  | <b>Respiratória</b>   | <b>Digestiva</b>  | <b>Diabetes</b>  |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Fibrilar | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular<br><input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Neurológicas<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Cardiolongular<br><input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Infeciosa<br><input type="checkbox"/> Obstétrica<br><input type="checkbox"/> Pediatrícia<br><input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Cardiopata<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input type="checkbox"/> Medicação de uso |
| <b>LESO</b>   | <b>PEQUENA</b>   | <b>MÉDIA</b>  | <b>OUTRO</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> SEVERA   | <input type="checkbox"/> MORTE   | <input type="checkbox"/> INDETERMINADA  |   |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b>  |  | <b>MULTIPLOS MEIOS ALCIONADOS</b>   |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento<br><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local<br><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização<br><input type="checkbox"/> Trote<br><input type="checkbox"/> Bombeiro no local: |  | <input type="checkbox"/> Policia Militar<br><input type="checkbox"/> Guarda Municipal<br><input type="checkbox"/> SMTRAN<br><input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros<br><input type="checkbox"/> Outros: |

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>INICIADA AS:</b> _____ <b>TERMINOU AS:</b> _____  | <b>DADOS PESSOAIS DA VITIMA</b> |
| <input type="checkbox"/> RCP com sucesso<br><input type="checkbox"/> RCP sem sucesso<br><input type="checkbox"/> Obs.. |                                 |

DETALHOS

- Atendido no local
- Trauma HGR
- Pronto Atendimento
- Coronel Mota

- Cosme e Silva
- HCSA
- Maternidade
- Outros

DETENÇÃO  
DO  
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO  
DE  
RECUSAS

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

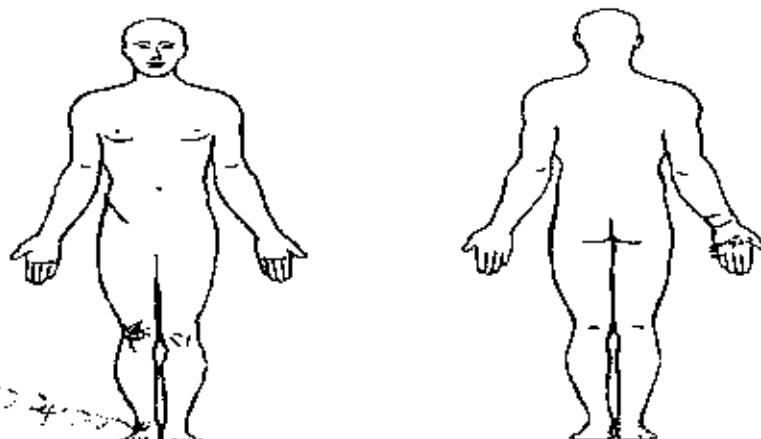
Assinatura do Paciente:

RG:

Vítima mas 54g, Gênero masculino, encontrada ao lado em D.O. SI capac. lot. com SSNC preservado, apresentando contusão dorsal de fé d+3mm, estremecendo em massa S2 encaminhada ao GT RM 192 ciente SIA no Recurso.

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW           |                         |                         | ESCORE DO TRAUMA                      |         |                                       |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|
|                                     | Adulto                  | Menores de 5 anos       | Escala                                |         |                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Abre espontaneamente    | Abre espontaneamente    | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 10 - 24 | 4 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Com estímulos auditivos | Com estímulos auditivos | 3 <input type="checkbox"/>            | 25 - 35 | 3 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Com estímulos dolorosos | Com estímulos dolorosos | 2 <input type="checkbox"/>            | ≥ 36    | 2 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Não abre os olhos       | Não abre os olhos       | 1 <input type="checkbox"/>            | 01 - 09 | 1 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Orientado               | Barbulia                | 5 <input checked="" type="checkbox"/> | 0       | 0 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Confuso                 | Choro intenso           | 4 <input type="checkbox"/>            | > 80    | 4 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | Palavras inapropriadas  | Choro e dor             | 3 <input type="checkbox"/>            | 70 - 89 | 3 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Sons ou gemidos         | Gemido e dor            | 2 <input type="checkbox"/>            | 50 - 69 | 2 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Nenhuma                 | Nenhuma                 | 1 <input type="checkbox"/>            | 01 - 49 | 1 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Obedece solicitações    | Movimentos espontâneos  | 6 <input checked="" type="checkbox"/> | 0       | 0 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Localiza a dor          | Retraço ao toque        | 5 <input type="checkbox"/>            | 14 a 15 | 5 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Flexão normal           | Retraço a dor           | 4 <input type="checkbox"/>            | 11 a 13 | 4 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Flexão anormal          | Flexão normal           | 3 <input type="checkbox"/>            | 8 a 10  | 3 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Extensão a dor          | Flexão anormal          | 2 <input type="checkbox"/>            | 5 a 7   | 2 <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | Nenhuma                 | Nenhuma                 | 1 <input type="checkbox"/>            | 3 a 4   | 1 <input type="checkbox"/>            |
| ESCALA DE GLASGOW                   |                         |                         | ESCORE DO TRAUMA                      |         |                                       |
|                                     |                         |                         |                                       | 15      | 13                                    |

Seguir  
C.R.  
C.C.



GESTANTE

IG p/ se nare:

Movimentos fetais:

Perda de fluido:

BCF:

[ ] Com cartão [ ] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edilson Pereira Silva, portador da carteira de identidade nº 146584 e inscrito no CPF/MF sob o nº 400.093.602-63, residente e domiciliado na R: Francisco A. Silveira, Cidade Bon Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edilson Pereira Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

18 NOV 2017

REC. SIA

Bon Vista, 23/11/17

Local e data



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regulizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

|                           |                |                         |
|---------------------------|----------------|-------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima  | Nome completo da vítima |
|                           | 400.093.602-63 | Edilson Pereira Silva   |

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                       |                      |             |
|-----------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo         | CPF titular da conta | Profissão   |
| Edilson Pereira Silva | 400.093.602-63       | Professor   |
| Endereço              | Número               | Complemento |
| R. Francisco A. Silva | 500                  |             |
| Bairro                | Estado               | CEP         |
| Dr. Júlio Leite       | Pará                 | 69.314-298  |
| Email                 | Telefone (DDD)       |             |
|                       | (95) 091-25-3527     |             |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR   | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00   | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                     |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)   |  |   |  |
| AGÊNCIA<br>Nº  | conta<br>nº  | AGÊNCIA<br>Nº                                   | conta<br>nº  |
| (Informar dígito se existir)   |  | (Informar dígito se existir)                    |  |

|  |             |                              |             |
|--|-------------|------------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |             |                              |             |
| BANCO<br>Nome  | Nº          |                              |             |
| Banco do Brasil  |             |                              |             |
| AGÊNCIA<br>Nº  | conta<br>nº | AGÊNCIA<br>Nº                | conta<br>nº |
| 50.76  | 8           | 54.349                       | 7           |
| (Informar dígito se existir)   |             | (Informar dígito se existir) |             |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 23 de novembro de 2017

Local e Data

Edilson Pereira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

---

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDILSON PEREIRA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3170639396**  
Vitima: **EDILSON PEREIRA SILVA**  
Data do Acidente: **17/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639396**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Edilson Pereira Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado  
Profissão: Professor  
Identidade: 14 6584 CPF: 400.093.602-63  
Endereço: R. Francisco A. Silva Bairro: Dr. Silvio Lobo  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.314-298

## OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Autônoma  
Identidade: 4890 49 CPF: 421.026.372-49  
Endereço: R. Antônio Augusto Martins Bairro: Jd. Francisco  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 03 de novembro de 2017.

Edilson Pereira Silva  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

**RECONHECIMENTO NO VERSO**

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

 DANIEL  
AQUINO

Redeconhecido por Vendadaria a(s) firma(s)

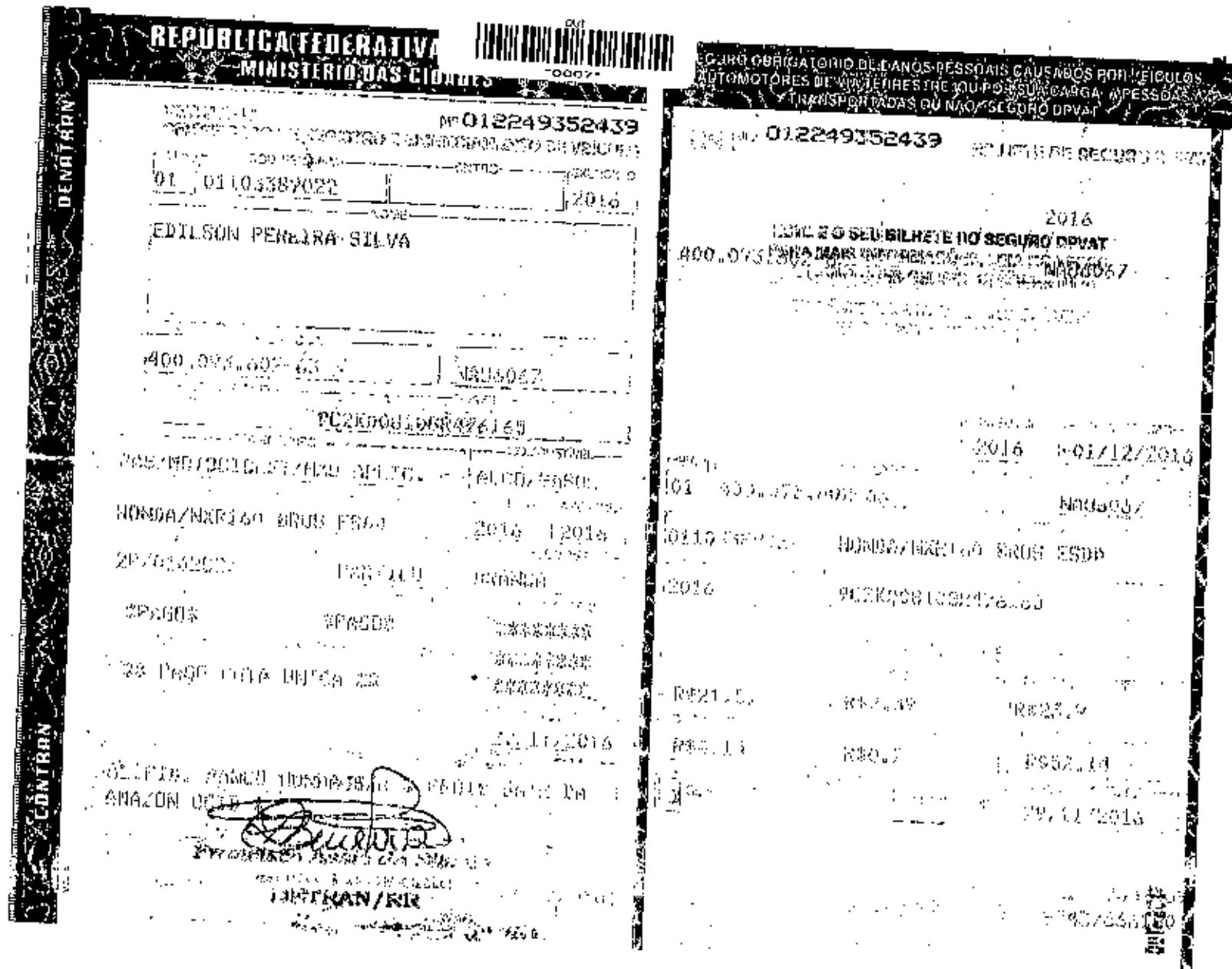
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabellão e Registrador  
Av. Arlindo Teixeira, 4707 - A26 - Boa Vista  
Fone: (65) 3227-5159

(www.daniel-aquino.com.br) - EDILSONS FERREIRA SILVA

Do que dou fé, Boa Vista, 08 de Novembro de 2017

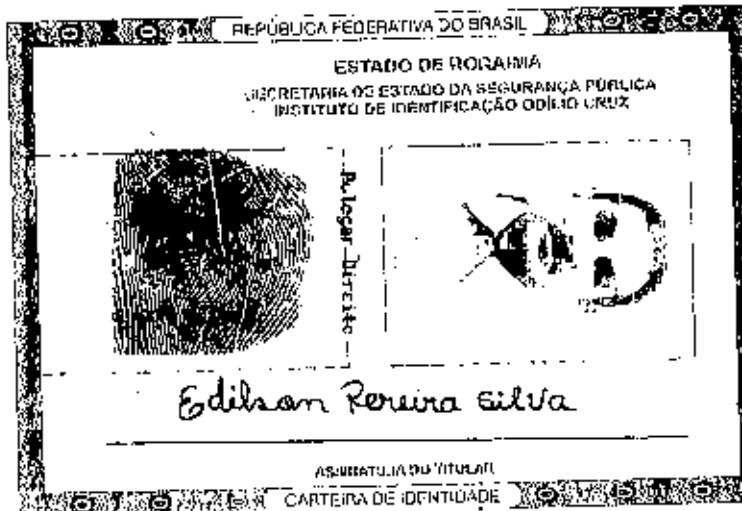
- Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabellão  
Camila Retz - Escrevente Autorizada. MBN  
Em testemunho, A. A. da verdade.  
Emolumentos. R\$ 2,35 - Fundos/ISB R\$ 0,00 - total R\$ 2,35

  
Daniel Aquino  
Tabellão e Registrador





Jamia Helma  
(a5) 99.39 - 8405  
3224. 6379



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº DOCUMENTO: 146684 DATA DE EMISSÃO: 29/07/2016

NOME: EDILSON PEREIRA SILVA

MÍDIA:

JOÃO PEREIRA SILVA

MARIA DAS DORES PEREIRA SILVA

NATURALIDADE: BURITIRANA - MA DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1961

CIVIL: SOLteiro

CERTO CAS 7000 FLS 65 LIV B-13

1 OF JOÃO LISBOA - MA

2 VIA

400.093.602-63 AMARILLO ROCHA TRIANT

LICENÇA 7.116 DE 29/06/03

18 NOV 2016

