

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME		ANTONIO MARRIA DA SILVA		DOC. IDENTIFIC. (RG) UNICO		2726256 SSP PA	
CPF		463.058.312-29		DATA DE NASCIMENTO		27/05/1972	
FUSAO		ANTONIO MARRIA DA SILVA		ISABEL MARRIA DA SILVA			
PROFISSAO		AD		ACC		AD	
REGISTRO		01943444258		VALIDADE		28/08/2024	
PRIMEIRACAO		07/01/1998					
OBSERVAÇÕES		EAR					
LOCAL		BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSAO		29/08/2019	
MIO COMISSO		19631444945		MIO COMISSO		RR210255409	
RORAIMA							

<div>  <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  </div> </div>			
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1412034315 </div>	<div>  </div>	<div> NOME TELVIA SANTIAGO GUEDES </div>	
	<div> DOC. ENTREGUE POR ELEITORAL 5245559 58F BR </div>	<div> CP 739-24B-066-91 </div>	<div> DATA NASCIMENTO 16/11/1970 </div>
	<div> FAMÍLIA KOMILSON JOSE SANTIAGO TEREZINHA SILVA SANTIAGO </div>		
	<div> FORMAÇÃO CONSERVADOR </div>	<div> ACC CONSERVADOR </div>	<div> CAT. B </div>
<div> Nº REGISTRO 04176206549 </div>	<div> VALIDADE 16/02/2022 </div>	<div> PROBILIDADE 30/08/2007 </div>	
<div> DESCRIÇÃO <div>  </div> </div>			
<div> <div>  </div> <div> ASSINATURA DO PORTADOR </div> </div>			
<div> LOCAL BOA VISTA - RORAIMA </div>	<div> DATA DE EMISSÃO 17/02/2022 </div>		
<div>  FRANCISCO ARAUJO DA SILVA DESAFIO </div>		<div> 09456269061 101209162066 </div>	
<div> ASSINATURA DO DIRETOR </div>			
<div> RORAIMA </div>			

PROIBIDO PLASTIFICAR
1412034315

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DESAFIO



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal

4897367

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (FCAM)
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA Nº: MARCO/2020 VENCIMENTO: 26/04/2020 CONSUMO (KWH): 296 TOTAL A PAGAR - R\$: 331,95
RAQUEL D'ELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA
CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21362	Atual: 27/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 21266	Anterior: 26/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 38	Próxima leitura: 27/04/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 26/03/2020	Número Medidor: 14TB888882
Consumo medido: 296	Apresentação: 27/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 296		Modalidade: N 1624688

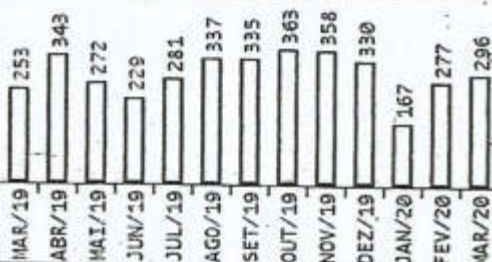
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	296 A R\$ 0,764425 =	226,26
RELIGACAO DE URGENCIA		60,71
CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		0,12
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		3,29
MULTA POR ATRASO DE IL (2X)		2,27
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		0,37
MULTA POR ATRASO (2X)		9,17
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		4,49
ILUMINACAO PUBLICA		25,27

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 296 - R\$ 177,70

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019126 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 26/03/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	122,95	Base de Cálculo:	226,26
Distribuição:	53,59	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	PIS:	0,30%
		COFINS:	1,75%
Encargos:	6,93		
Tributos:	43,40		

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DO	PC	DRD	DCRI	
Limite	0,05	12,06	24,12	7,27	14,54
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	CENTRO	Período de apuração:	01/2020	RUBR:	50,33

ROT: 12.001.02.11.603050



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

331,95

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

26/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4897367

FCAM*

83690000003 2 31950075000 9 00000000126 3 05530320008 7



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152542/20

Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

CPF: 463.058.312-20

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ANTONIO MOREIRA DA SILVA : 463.058.312-20

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: 29/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196265 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
P-1-2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X-FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196265 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO MOREIRA DA SILVA, brasileiro, divorciado, autônomo, portador (a) inscrito no CPF: 463.058.312-20 residente na AV: Normandia nº 912, Q 347, Bairro: DR Airton Rocha CEP: 69.318-712, Boa Vista - RR nesta Capital. Tel.: (95) 99131-6247.

VITIMA: ANTONIO MOREIRA DA SILVA, CPF: 463.058.312-20 DATA DO SINISTRO: 17/02/2020

NATUREZA DPVAT

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

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais, ou federais, ou órgão privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderem específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 02 DE MARÇO DE 2020.

CARTÓRIO LOUREIRO

Antonio Moreira da Silva
ANTONIO MOREIRA DA SILVA



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO	
AV. VILLE ROY, nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		TABELÃO E REGISTRADOR	
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)			
[53rcq280] - ANTONIO MOREIRA DA SILVA			
LAAF. Em testemunho da Verdade. Boa Vista, 02/03/2020.			
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vir Selo			
Selo: REC FIR 158345PBM YGV8ZSOL8N189 N° Ticket: 00296			
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br			
CPF Solicitante: 46305831220			

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152542/20

Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

CPF: 463.058.312-20

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

ANTONIO MOREIRA DA SILVA : 463.058.312-20

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: 29/05/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVIA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196265

Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MOREIRA DA SILVA

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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196265

Vítima: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MOREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000066117-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

463-058-312-20

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

REGISTRO DE IMOBILIZAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

6 - CPF:

463-058-312-20

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

AV. NORMANDIA

9 - Número:

932

10 - Complementos:

Q 347

11 - Bairro:

DR. AIRTON ROCHA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CPF:

69-518-752

15 - E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-1200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POR EMPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (101)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

00066117

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado (ou Divorciado)

☐ 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), indicar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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 proverem 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 obrigatório

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, RR 26 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3601/2020 - Registrado em: 25/05/2020 às 17h 10min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 17/02/2020 às 18h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PRACA DO CENTRO CIVICO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: BAR / LANCHONETE / CAFE

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ANTONIO MOREIRA DA SILVA(48), nascido(a) em 27/05/1972, sexo MASCULINO, divorciado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 463.058.312-20, País: BRASIL, natural de BELEM-PA, filho(a) de ISELÍ MOREIRA DA SILVA e ANTONIO PEREIRA DA SILVA, endereço: AV NORMANDIA, cep: 69318-712, Nº: 912, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: Q347, Telefone: (95) 99131-6247.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	DESCRITO NA PAGINA ANTERIOR POR SE TRATAR DE ACIDENTE DE TRANSITO.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ON LINE: QUE O SENHOR ANTONIO MOREIRA DA SILVA VINHA NUMA HONDA NXR 150 BROS, DE COR VERMELHA PLACA NAP 4863, ANO 2012/2012, CHASSI Nº 9C2KDO540CR525863 DE PROPRIEDADE DO MESMO, QUANDO AO ENTRAR NA " BOLA DO CENTRO CIVICO", EM FRENTE A RECEITA FEDERAL , UM CARRO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA POIS O MESMO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, ENTROU REPENTIMAMENTE NA SUA FRENTE, COMO TEVE QUE FREAR RAPIDAMENTE, O MESMO DERRAPOU , COM A DERRAPAGEM O MESMO VEIO A CAIR EM VIA PÚBLICA, COM A QUEDA HOVE UM DESLIGAMENTO DO TENDÃO DO PÉ ESQUERDO, SEGUNDO A NARRATIVA DO SR ANTONIO. O RESGATE FOI ACIONADO, CHEGANDO AO LOCAL DO ACIDENTE, ELES SOCORRERAM PRIMEIRO A ESPOSA DO SENHOR ANTONIO; QUE O SENHOR ANTONIO FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E TAMBÉM LEVADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, FOI CONSTATADO QUE O MESMO SOFREU DESLIGAMENTO DO TENDÃO DO PÉ ESQUERDO, FOI FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS E O SR ANTONIO FOI ENCAMINHADO PARA O POSTO DE SAUDE, FOI SOLICITADO ULTRA SOM E OUTRO RAO X APÓS O SR ANTONIO TOMAR AS MEDICAÇÕES QUE LHE FORAM PASSADAS, QUANDO CHEGOU O DIA DO RETORNO, ELE FOI COMUNICADO QUE NÃO HAVERIA MAIS ATENDIMENTO, POIS DEVIDO AO AUMENTO NO ESTADO DO COVID 19, TUDO ESTAVA SUSPENSO ATÉ SEGUNDO COMUNICADO. E DESDE ENTÃO O SR ANTONIO ESTÁ FAZENDO USO DE MULETAS PARA CAMINHAR, POR SE TRATAR DE TENDÃO, O MESMO JA CICATRIZOU DE MANEIRA ERRADA. DECLARA AINDA QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSEMAR MOREIRA DA SILVA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000369
ASSINADO ELETRONICAMENTE


ANTONIO MOREIRA DA SILVA
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

463-058-312-20

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

REGISTRO DE IMOBILIZAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

6 - CPF:

463-058-312-20

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

AV. NORMANDIA

9 - Número:

932

10 - Complementos:

Q 347

11 - Bairro:

DR. AIRTON ROCHA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CPF:

69-318-752

15 - E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

(95) 9818-1200

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 POR EMPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (101)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

00066117

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado (ou Anulado)

☐ 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), indicar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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 proverem 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 obrigatório

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, RR 26 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000066117-4

Nr. da Autenticação 54FC9B58BA0D4705

	DLC			DLC			Custo	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	1,82			2,00			1,25	
Conjunta	ATCOTTA			Período de apuração: 12/2019			TUBO:	55,15

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME TELVIA SANTIAGO GUIDES		DOC. ENTREGUE COM ELEIÇÃO Nº 5245559 58F RR			
		CN 739.248.066-91		DATA DE EMISSÃO 16/11/1970	
FAMILIA EDMILSON JOSE SANTIAGO TEREZINHA SILVA SANTIAGO		POSIÇÃO CONDUTOR			
N.º REGISTRO 04176206549		VALIDADE 16/02/2022		PUBLICAÇÃO 30/08/2007	
OBSERVAÇÕES					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO 17/02/2022			
		09458269061 04209162066			
ASSINATURA DO DIRETOR					
		RORAIMA			



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal

4897367

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCM*

CONTA Nº: MARCO/2020 VENCIMENTO: 26/04/2020 CONSUMO (KWH): 296 TOTAL A PAGAR - R\$: 331,95
RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA
CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21362	Atual: 27/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 21266	Anterior: 26/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 27/04/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 26/03/2020	Número Medidor: 14TB888882
Consumo medido: 296	Apresentação: 27/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 296		Modalidade: N 1624688

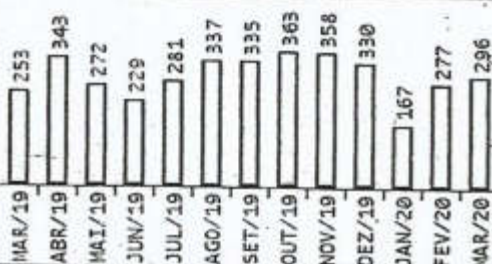
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	296 A R\$ 0,764425 =	226,26
RELIGACAO DE URGENCIA		60,71
CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		0,12
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		3,29
MULTA POR ATRASO DE IL (2X)		2,27
JUROS DE HORA POR ATRASO (2X)		0,37
MULTA POR ATRASO (2X)		9,17
JUROS DE HORA DE IMPORTE (2X)		4,49
ILUMINACAO PUBLICA		25,27

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 296 - R\$ 177,70

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019126 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 26/03/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	122,95	Encargos: 6,93	Base de Cálculo:	ICMS:	36,45
Distribuição:	53,59	Tributos: 43,40	226,26	PIS:	0,87
Transmissão:	0,00			COFINS:	4,07

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DO	PC	DECO	DECO
Limite	0,05	12,06	24,12	7,27
Atualizado	0,00	0,00	0,00	0,00
Período de aplicação	01/2020			
Resultado	50,33			

ROT: 12.001.02.11.603050



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

SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
331,95

MÊS FATURADO
03/2020

VENCIMENTO
26/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4897367

FCM*

83690000003 2 31950075000 9 00000000126 3 05530320008 7



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/BIBLIOTECABWEB/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 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 TELVA SANTIAGO GUEDES

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

ANTONIO MOREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 463.058.312, 20

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO MOREIRA DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 463.058.312, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

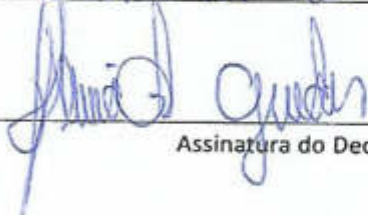
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. BENTO BRASIL</u>		Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.301-050</u>
E-mail: <u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 9818.1200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR 26 DE MAIO 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, 3308

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001221507 17/02/2020 19:01:07 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 8^o

Paciente: ANTONIO MOREIRA DA SILVA
Data Nascimento: 27/05/1972 Idade: 47 A 8 M 21 D
Sexo: M Estado Civil: PARDAS Raça/Cor: PARDAS
Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: SSP/PA
Mão: ISELI MOREIRA DA SILVA
Endereço: RUA - CURITIBA - 1503 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

CNS: 708209669220945 CPF: 46305831220
Naturalidade: VITORINO FREIRE - NACIONALIDADE: BRASILEIRA
Contato: (95) 99131-6247 Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Peso: Pressão: Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Registrado por: CASSIO.LIMA

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Setor: GRANDE TRAUMA
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Procedimento Sol.: *hlaa clonico*

Queixa Principal: *Acidente de trânsito de bicicleta por malacoste, com lacerações e fraturas*

Anamnese de Enfermagem: *Acidente de trânsito de bicicleta por malacoste, com lacerações e fraturas*

GSC: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 MRV: 1 2 3 4 5 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: *19:01* h)
Paciente relata acidente de trânsito de bicicleta por malacoste, com lacerações e fraturas

Exame Físico: *Paciente em BEG, LOTE, corado, hidratado. Apresenta lacerações e fraturas de tornozelo direito e esquerdo.*

Hipótese Diagnóstica: *Trauma contumobilítico e lacerações de tornozelo direito e esquerdo.*

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

PRESCRIÇÃO: *3) Dipirona 500mg q 6h
2) Tetraciclina 400mg q 6h
3) Paracetamol 1000mg q 6h*

APRAZAMENTO: *Tris Simone M. de Oliveira*

OBSERVAÇÃO:

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: *ORTOP.*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Assinatura]*

Carimbo e Assinatura do Médico: *[Assinatura]*



Patrick Gilpin
 Letter to Adair
 1821

Erster

7N7 (E)

Jim Lawton de facto
 de sur de com
 per se.

А/-
узнаю



