







RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 300/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

4897367

Nº da Nota Fiscal

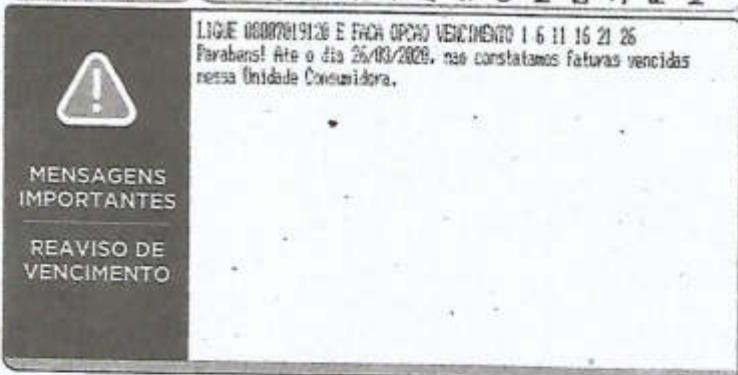
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCAM®

CONTA DE ENERGIA
MARCO/2020 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)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	2192	Atual:	27/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	2166	Anterior:	25/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	36	Próxima leitura:	27/04/2020	Localização:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	26/03/2020	Número Medidor:	14TB000002
Consumo medido:	296	Apresentação:	27/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faburado:	296			Modalidade:	N 1624688

DESCRICAÇÃO 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



RESERVADO AO FISCO		AC4C C102 E66F 9DAF C9C3 05EF 034D 352A		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					
Energia:	122,35	Encargos:	6,93	ICMS:	17,68%
PIB	53,59	Tributos:	43,48	PIS:	0,38%
Transmissão:	8,90			COFINS:	1,75%
					4,07
Base de Cálculo:	226,26				

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIA	PC	Média	DMC	INCR	
6,63	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08
Limite					3,54
Reduzido	0,00	0,00		0,00	
Corrigido	6,63			0,00	
Período de avaliação:	01/2020				50,33

*** ROT: 12.601.02.11.603050

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. 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®

8369000003 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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

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: RAIO 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

Valorização 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 crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR,02 DE MARÇO DE 2020.



Antonio Moreira da Silva
ANTONIO MOREIRA DA SILVA



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MOREIRA DA SILVA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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 MÓRTE

2- Nº do sinistro ou ASL:

3- CPF da vítima:

4- Nome completo da vítima:
ANTONIO MOREIRA DA SILVA

5- Nome completo:

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

6- CPF:

463-058-312-20

7- Profissão:

AUTONOMO

8- Endereço:

AV. NORMANDIA

9- Número:

1932

10- Complemento:

0347

11- Bairro:

DR. AIRTON ROCHA

12- Cidade:

BOA VISTA

13- Estado:

RR

14- CEP:

63-318-752

15- E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

16- Tel.(DDO):

(065) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE ENTRE 0 A 15 ANOS DO 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:

 RECUZO 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 BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIGRÁFICA (Somente para os bancos abaixo, se não tiver uma opção) Bradesco (237) Itaú (311) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (001) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00066117

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREVIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 - PREVIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA DE MÓRTE

23- Estado:

Civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Caso) Divorciado Viúvo Separado

24- Data da

obtenção da morte

25- Grau de Parentesco com a vítima:

26- Vítima deixou comparsa(s):

 Sim Não

27- Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:

28- Vítima:

 Sim Não

29- Se tinha filhos, informar

tive filhos:

 Vivos: Falecidos:

30- Vítima deixou

nascitudo(s) (cônjuge):

 Sim Não

31- Vítima:

 Sim Não

32- Se tinha irmãos, informar

Vítima:

 Falecidos: Sim Não

33- Vítima deixou

 Sim Não

parentes vivos:

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade 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 declarado

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

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

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

40- Local e Data,

BOA VISTA, RR 261 DE MAIO DE 2020

Chitãozinho da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38- 1^a] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39- 2^a] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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 ISELI MOREIRA DA SIVA 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 REPENTIMENTE 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 HOUVE UM DESLIGAMENTO DO TENDÃO DO PÉ ESQUERDO, SEGUNDO A NARRATIVA DO SR ANTONIO, O RESGATE FOI AÇIONADO, 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 RAIO 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSEMAR MOREIRA DA SILVA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000369
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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 MÓRTE

2- Nº do sinistro ou ASL:

3- CPF da vítima:

4- Nome completo da vítima:
ANTONIO MOREIRA DA SILVA

5- Nome completo:

ANTONIO MOREIRA DA SILVA

6- CPF:

463-058-312-20

7- Profissão:

AUTONOMO

8- Endereço:

AV. NORMANDIA

9- Número:

1932

10- Complemento:

10347

11- Bairro:

DR. AIRTON ROCHA

12- Cidade:

BOA VISTA

13- Estado:

RR

14- CEP:

63-318-752

15- E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

16- Tel.(DDO):

(065) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE ENTRE 0 A 15 ANOS DO 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:

 RECUZO 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 BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo, se não tiver uma opção) Bradesco (237) Itaú (311) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00066117

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREVIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 - PREVIMENTO SOMENTE PARA CORTEZA DE MÓRTE

23- Estado:

Civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Caso) Divorciado Viúvo Separado

24- Data da

obtenção da morte

25- Grau de Parentesco com a vítima:

26- Vítima deixou comparsa(s):

 Sim Não

27- Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:

28- Vítima:

 Sim Não

29- Se tinha filhos, informar

tive filhos?

 Vivos Falecidos

30- Vítima deixou

nascituro(s) (cônjuge)?

 Sim Não

31- Vítima

 Sim Não

32- Se tinha irmãos, informar

Vítima:

 Vivos Falecidos

33- Vítima deixou

 Sim Não

34- Vítima deixou

 Sim Não

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

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

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

38- 1^a] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39- 2^a] Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40- Local e Data:

BOA VISTA, RR 261 DE MAIO DE 2020

Chitarrin 01 de 05/2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 00000066117-4

Nr. da Autenticação 54FC9B58BA0D4705



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eze Gómez, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.241.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial do Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0122059-4

Nº da Nota Fiscal: 4550891

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	01/03/2020	142	133,83
MARIA DA PAZ DE ASSUNCAO PINTO AV NORMANDIA 912 Q 347 - DR. AIRTON ROCHA CEP: 69.318-712 - BOA VISTA			CPF: 00040430570244

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	1522	Atual:	05/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	15128	Anterior:	09/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	28	Próxima leitura:	05/03/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1.998	Emissão:	04/02/2020	Número Medidor:	131007056
Consumo médio:	142	Apresentação:	05/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	142			Modalidade:	K 1405109

DESCRÍÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	142	A R\$ 0,765725 =	108,73
ILUMINACAO PUBLICA			25,10

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO									
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 142 - 0,617778											
Média 12 meses: 203											

	MENSAGENS IMPORTANTES
	REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO		3DE6_B660_F2EF_SE86_1117_BE19_C473_CBE4		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				Base de Cálculo:	ALÍQUOTA
Energia:	50,78	Encargos:	3,92	ICMS:	17,00%
Distribuição:	25,72	Tributos:	20,99	PIS:	8,41%
Transmissão:	0,00		108,73	COFINS:	1,91%
					18,48
					8,44
					2,07

INDICADORES DE CONTINUIDADE											
	03	06	09	12	03	06	09	12	03	06	09
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82				
Realizado	1,82			2,00			1,25				
Conjunto	DISTRIBUÍDO			Período de apuração:			EUBO:				
				12/2019			55,15				





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 300/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

4897367

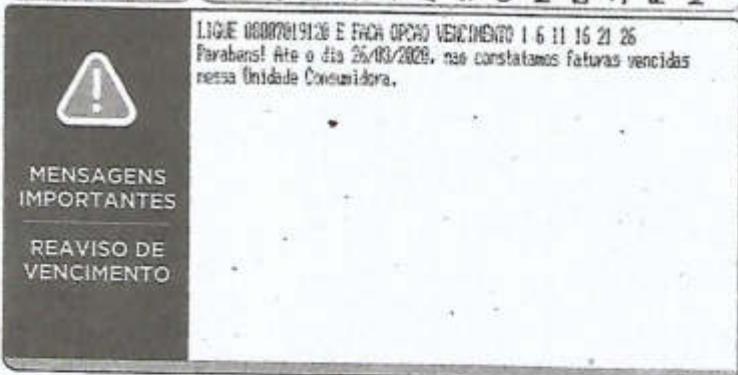
Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCAM®

CONTA DE ENERGIA
MARCO/2020 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)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	2192	Atual:	27/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	2166	Anterior:	25/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	36	Próxima leitura:	27/04/2020	Localização:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	26/03/2020	Número Medidor:	14TB008802
Consumo medido:	296	Apresentação:	27/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faburado:	296			Modalidade:	N 1624688

DESCRICAÇÃO 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



RESERVADO AO FISCO		AC4C C102 E66F 9DAF C9C3 05EF 034D 352A		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					
Energia:	122,35	Encargos:	6,93	ICMS:	17,68%
Plano:	53,59	Tributos:	43,48	PIS:	0,38%
Transmissão:	8,90			COFINS:	1,75%
		Base de Cálculo:	226,26		4,07

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIA	PC	Média	DMC	INCR	
6,63	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08
Limite					3,54
Reduzido	0,00	0,00		0,00	
Corrigido	6,63				0,00
Período de avaliação:	01/2020				50,33

*** ROT: 12.601.02.11.603050



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garces, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. 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®

8369000003 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)
 Capital 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=29536>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GODES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066-91, 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:

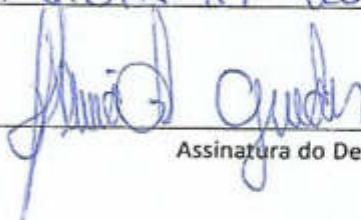
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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>69.305-050</u>
E-mail:	<u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 3818-3200</u>

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



Assinatura do Declarante

17/02/2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

NOTURNO 19- B-

2001221507 17/02/2020 19:01:07

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente ANTONIO MOREIRA DA SILVA	Data Nascimento 27/05/1972	Idade 47 A 8 M 21 D	CNS 708209669220945	CPF 46305831220	Prontuário
Sexo M	Estado Civil PARDA	Raça/Cor MA	Naturalidade VITORINO FREIRE -	Nacionalidade BRASILEIRA	
Documentos IGNORADO 2726266	Órgão Emissor SSP/PA	Pai ANTONIO PEREIRA DA SILVA	Contato (95) 99131-6247	Ocupação NÃO INFORMADA	
Mãe ISELI MOREIRA DA SILVA	Endereço RUA - CURITIBA - 1503 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Piano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira Profissional do Atend.	Validade Procedência	Autorização Temp.	Sis Prenatal Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Caráter do Atendimento URGÊNCIA				Registrado por: CASSIO.LIMA
Quexa Principal <i>Paciente relata que sofreu um acidente de moto e caiu de uma altura de 10m, por volta das 10h30, com lesões na face e no tronco.</i>			<input type="checkbox"/> Síndrome Febil <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 123456 RV: 123456 MRV: 123456	TOTAL 151
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 10h30)	<i>Paciente relata que sofreu um acidente de moto e caiu de uma altura de 10m, por volta das 10h30, com lesões na face e no tronco.</i>				
Exame Físico	<i>Paciente em BEG, LOTE, escuro, hidratado. Apresenta lesões abertas na face e no tronco (lateralizado). Apresenta escoriações.</i>				
Hipótese Diagnóstica	<i>Trauma automobilístico e contusão no tronco e face.</i>				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA
	PRESCRIÇÃO			<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
	<i>3) Nitrofurantoina 500mg - 1000mg</i>			APRAZAMENTO	
	<i>2) Iodo 10mg - 15mg</i>			<i>Iris Simone M. de Oliveira</i>	
	<i>3) Glucosamina 1000mg - 1500mg</i>			<i>Coron-RR 006.005 TE</i>	
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Refeira <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para ORTOP.				
Óbito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <i>Dra. Laryssa Bessa</i> <input type="checkbox"/> Cópia à Ref. Pessoal que foi apresentada <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : /				
Assinatura do Paciente ou Responsável	<i>Carimbo e Assinatura do Médico</i> <i>Carimbo e Assinatura do Médico</i> <i>Carimbo e Assinatura do Médico</i>				

Impresso por: cassio.lima
Data Hora: 17/02/2020 19:01:33



Patrick Cipriano
Deletado de Facebook
Gaceta.com

Entrevista

JN 2 (2)

Sua Sra. a presidente
de acordo com
informações



PF
metano

