



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.317B

Dr. Jhonon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR.1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR.340B

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Janderson de Souza Lima, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: ELETRICISTA,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 2903405008SP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 006 098-312-40, residente rua: Outeiro, nº 449,
Bairro: Equador, no município Boa Vista/RR, telefone: _____,
E-mail: _____,

vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro – Boa Vista – Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
opONENTE, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista /RR 15, de Fevereiro de 2019.

Janderson de Souza Lima

Outorgante

CPF/MF nº



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.3170

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

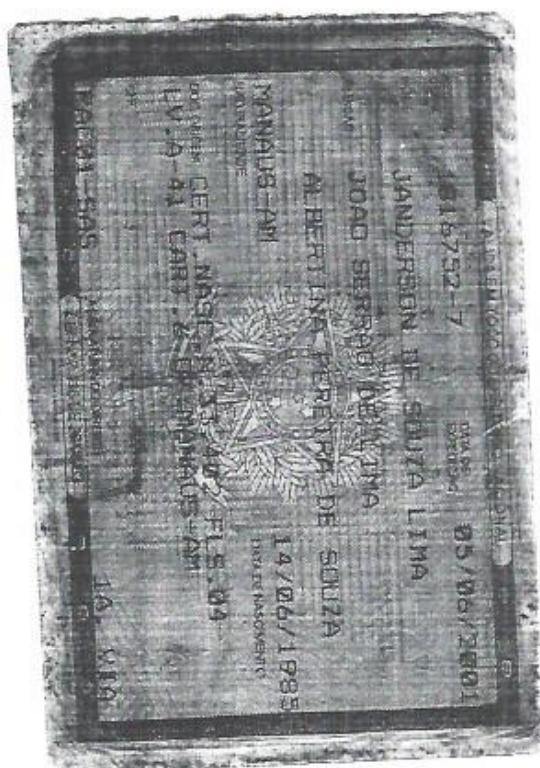
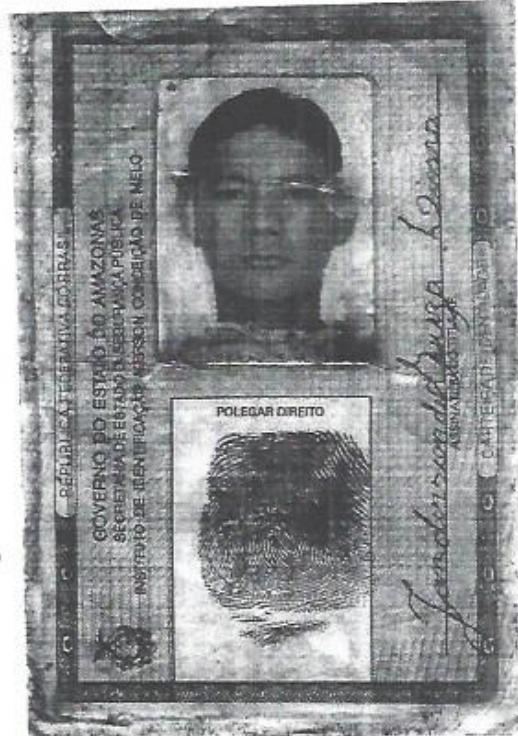
Eu: Janderson De Souza Lima, estado
civil Casado, RG nº 290345500, e CPF nº
006-098.312-40, residente e domiciliada à
Rua: Oriente, N: 449 Bairro:
Eugenioal, Cidade Bo. Vista
Roraima, telefone (95) _____.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Bo. Vista - RR, 15 de Fevereiro de 2019.

Janderson de Souza Lima

DECLARANTE



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

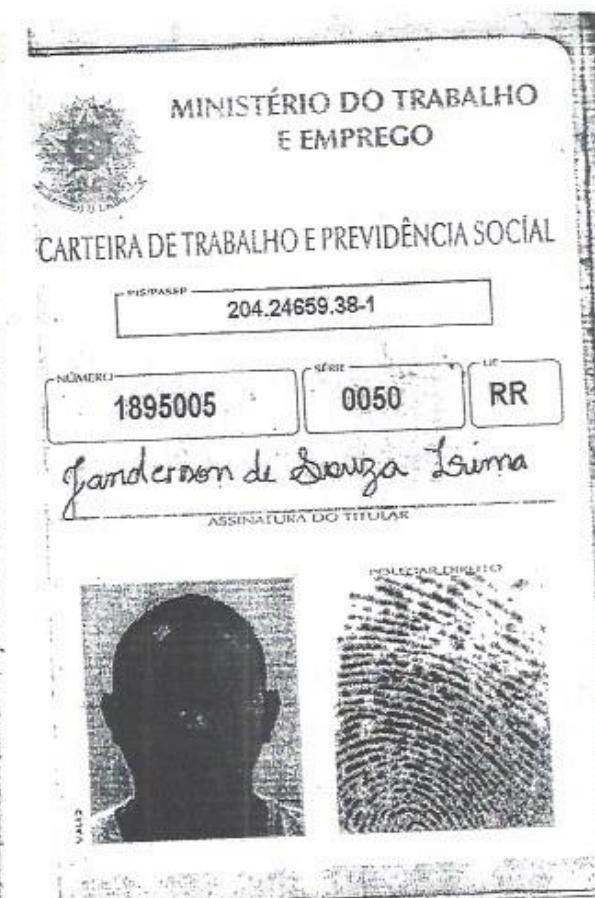
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JANDERSON DE SOUZA LIMA

FILIAÇÃO.....: JOAO SERRAO DE LIMA
ALBERTINA PEREIRA DE SOUZA
NASCIMENTO....: 14/08/1985 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL...: CASADO
NATURALIDADE: MANAUS - AM
DOCUMENTO....: C.R. 290345500463 MD AM 03/03/2008
LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 008.098.312-40 CNH....:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 16/02/2016

Janderson de Souza Lima
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTI

DATA DE NASC. DE / / PARA
DOCUMENTO
NOME
DOCUMENTO
NOME
ASSINATURA E CARTEIRA DE IDENTIF.

NOVA DOCUMENTAÇÃO

NOVO NOME
NOVO DOCUMENTO
NOVA ASSINATURA E CARTEIRA DE IDENTIF.

ASSINATURA E CARTEIRA DE IDENTIF.

L E G E

A-DAMAMENTO C-ONÓRICO E-LEGAL (MUNICÍPIO)
B-REFUNDO D-ACOLO (F-IMPRESA) MUNICÍPIO

03

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
0107412-1

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 00000001-42 | Fone: (65) 32007-0222-3
Nota nº 001 - Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
2017/09/2017	16/10/2017	187	91,47

SARAH PRADO LIMA
R. ORIENTE 449 EQUATORIAL
CONJUNTO CRUZIANA II
CEP: 69.317-350 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.06.055900

DADOS DA LEITURA	DATA	DATA
Atual:	21/09/2017	
Anterior:	23/08/2017	
Próxima Leitura:	23/10/2017	
Emissão:	21/09/2017	
Apresentação:	21/09/2017	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

TIPO DE UNIDADE	NÚMERO	TIPO	CÓDIGO FST	MÉDIA 12 MESES
RES. D. DE RENDA	12338951	2	1.4.1.1	64

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	DESCRÍÇÃO DA CONTA	
AGO/17 51	CONSUMO 30 A R\$ 0,146084 = 4,38	
JUL/17 39	70 A R\$ 0,250428 = 17,52	
JUN/17 42	87 A R\$ 0,375649 = 32,68	
MAI/17 67	SUBVENCAO BAIXA RENDA 23,47	
ABR/17 56	CORRECAO MONETARIA DA IL. PUBL 0,28	
MAR/17 97	DIFERENCA DE TARIFA 08/16-00 12,10	
FEV/17 80	CORRECAO MONETARIA IG 08/16-00 0,23	
JAN/17 55	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 3,72	
DEZ/16 60	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 1,62	
NOV/16 70	MULTA POR ATRASO (3X) 1,81	
	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 3,72	
	ILUMINACAO PUBLICA 13,41	
	TARIFA DE IPM 0,28	
	SLA 0,28	
	IMPORTE 13,41	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

VALOR TOTAL: R\$ 91,47

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 011885331538
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CÓD. P/NAM: 01003177457 P.M.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2017

MINOTTO EMPREENDIMENTOS LTDA ME

09-143-776/0001 PLACA: NAY3894

PLACA ANTO: NAY3894 CHASSI: 9D2HC1410ER002592

MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 100 KS ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CIL: 2P/0097CC/ CATEGORIA: PARTICU COR PRIMORDIANTE: VERMELHA

I: ***** COTA ÚNICA VEND. COTA ÚNICA 1º *PAGOU*
P: FAIXA/PVA: PARCELAMENTO / COTAS 2º *PAGO*
V: ** BUFFADO ** 3º *PAGO**
A:

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0,7 R\$185,5 05/04/2017

OBSERVAÇÕES: AL.FID. BANCO HONDA S/A X PROIB SAIR DA AMAZ. OCID: *

Eduardo Silva de Castilho

BOA VISTA/RN Presidente-Interino DETAN-RR DATA: 18/03/2017

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 011885331538 BILHETE DE SEGURO D

2017

09. ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMIS: 18/05/2017

VIA: 01 CPF / CNPJ: 09-143-776/0001-35 PLACA: NAY3894

P/NAM: 01003177457 MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 100 KS ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014 CHASSI: 9D2HC1410ER002592

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$01.29 R\$9,03 R\$90,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4,13 R\$0 R\$185,5

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAG.
PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PMRR - 2º BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 009704

Vtr	SUCp	Data	S/Sector	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/H
635	2º BPM	03/09/17	OESTE		02H35MIN	02H25MIN	05H25MIN
Cod. Oc.	Cód. Prev.		Cód. Ser. Prest.		Km/Ini.	Km/Fim	
1001/1003	13023/13999				55.675	55.691	

Rua:	LOCAL DE OCORRÊNCIA	Bairro:	Ref.:
AV. ATAIDE TEIVE, EM FRENTE AO Nº 7988		ALVORADA	

PESSOAS RELACIONADAS

EN VOLVIDO	Nome: CLAUDIO EDER PINOTTI	Idade: 35	E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA: SOLON RODRIGUES PESSOA, 962, PINTOLANDIA			
Edt. R.G 2233796 SSP/RR	CNH 03167424665 AB	Profissão: EMPRESARIO	
EN VOLVIDO	Nome: JANDERSON DE SOUZA LIMA	Idade: 32	E. Civil: CASADO
Endereço: NÃO SABE INFORMAR. BAIRRO EQUATORIAL			
Edt. R.G 16 SSP/RR	CNH NÃO POSSUE AB	Profissão: ELETRICISTA	

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS

DO ITEM 02: 01(UMA) CARTEIRA DE IDENTIDADE; 01(UM) TITULO ELEITORAL; 01(UM) CADASTRO DE PESSOA FÍSICA; 01(UM) CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO; 01 (UM) CARTAO DO CIDADÃO; 01(UM) CARTAO DA CAIXA ECONOMICA; 01(UM) CARTAO DE VACINA E 01(UM) CARTAO DE CREDITO-DEBITO BANCO BRADESCO. RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA	W. M. M.	CARGO	1ºPC	LOCAL	4701
Senhor (a) Delegado (a)		HISTÓRICO			

Em policiamento ostensivo nas proximidades do local acima mencionado fomos informados pelo item 01 que disse ter parado e estacionado o seu veículo uma I/TOYOTA HILUX CDSRXA4F, COR BRANCA, PLACA NUL 4948 na Avenida Ataide Teive, em frente ao nº 7988 próximo a guia da calçada e meio fio no bairro alvorada no sentido centro/bairro e que teve o seu veículo colidido na parte traseira esquerda pelo veículo conduzido pelo item 02 uma MOTONETA HONDA /BIZ 100 KS, COR VERMELHA, PLACA NAY 3894 que deslocava trafegando pela Avenida Ataide Teive no sentido centro/ bairro. Que o item 02 disse ter dormido no momento do acidente. Que o item 02 sofreu ferimentos e escoriações pelo corpo e possível fratura no braço direito e perna direita. Que foi solicitado atendimento médico e compareceu ao local a viatura SAMU SAV, comandada pelo médico Celio Wanderley que removeu o item 02 ao Hospital Geral de Roraima. Que o item 02 não possui carteira nacional de habilitação. Que o veículo do item 02 foi apreendido e removido ao pátio do DETRAN conforme auto de infração nº 68166 e auto de remoção nº 012640. Que foi acionada a perícia e compareceu ao local para realizar os trabalhos o perito Jackson Ângelo. Informo que deixo de apresentar o item 02 por ter sido socorrido ao Hospital Geral de Roraima. Que o veículo do item 01 ficou com avarias na parte traseira esquerda e lateral esquerda. Que o veículo do item 02 ficou com avarias na parte frontal, carenagem e estofamento. Que não possível identificar o endereço do item 02 que se encontrava desorientado e não teve condições de informar o local onde morava. Era o que tinha comunicar.

	40.739-9	3º SGT/ PM	2º BPM
REIS DIAS	Nº	Posto/Graduação	SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFIRA COM ORIGINA
DATA 12/11/17
FC ADRIANO

PMRR - 2º BPM**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SÉRIE J****Nº 009704**

Wn 635	SUCP 2º BPM	Data 03/09/17	S/Sector OESTE	H/Transm. -----	H/Ini 02H35MIN	CH/H 02H25MIN	W/Fim 05H25MIN
Cod. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13023/13999	Cód. Ser. Prest.			Km/Ini. 55.675	Km/Fim 55.691	

LOCAL DE OCORRÊNCIA

AV. ATAIDE TEIVE, EM FRENTE AO Nº 7988

Bairro: ALVORADA

Ref.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDO	Nome: CLAUDIO EDER PINOTTI Endereço: RUA: SOLON RODRIGUES PESSOA, 962, PINTOLANDIA Alt. RG: 2233796 SSP/RR	Idade: 35 E. Civil: SOLTEIRA Profissão: EMPRESARIO
ENVOLVIDO	Nome: JANDERSON DE SOUZA LIMA Endereço: NÃO SABE INFORMAR, BAIRRO EQUATORIAL Alt. RG: 16 SSP/RR	Idade: 32 E. Civil: CASADO Profissão: ELETRICISTA

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS

DO ITEM 02: 01(UMA) CARTEIRA DE IDENTIDADE; 01(UM) TITULO ELEITORAL; 01(UM) CADASTRO DE PESSOA FÍSICA; 01(UM) CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO; 01 (UM) CARTAO DO CIDADÃO; 01(UM) CARTAO DA CAIXA ECONOMICA; 01(UM) CARTAO DE VACINA E 01(UM) CARTAO DE CREDITO-DÉBITO BANCO BRADESCO.

RFB/BI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

A SINAURA	DATA	CARGO	RP/	LOCAL
-----------	------	-------	-----	-------

Senhor (a) Delegado (a)

HISTÓRICO

Em policiamento ostensivo nas proximidades do local acima mencionado fomos informados pelo item 01 que disse ter parado e estacionado o seu veículo uma I/TOYOTA HILUX CDSRXA4F, COR BRANCA, PLACA NUL 4948 na Avenida Ataide Teive, em frente ao nº 7988 próximo a guia da calçada e meio fio no bairro alvorada no sentido centro/bairro e que teve o seu veículo colidido na parte traseira esquerda pelo veículo conduzido pelo item 02 uma MOTONETA HONDA /BIZ 100 KS, COR VERMELHA, PLACA NAY 3894 que deslocava trafegando pela Avenida Ataide Teive no sentido centro/ bairro. Que o item 02 disse ter dormido no momento do acidente. Que o item 02 sofreu ferimentos e escoriações pelo corpo e possível fratura no braço direito e perna direita. Que foi solicitado atendimento médico e compareceu ao local a viatura SAMU SAV, comandada pelo médico Celio Wanderley que removeu o item 02 ao Hospital Geral de Roraima. Que o item 02 não possui carteira nacional de habilitação. Que o veículo do item 02 foi apreendido e removido ao pátio do DETRAN conforme auto de infração nº 68166 e auto de remoção nº 012640. Que foi acionada a perícia e compareceu ao local para realizar os trabalhos o perito Jackson Ângelo. Informo que deixo de apresentar o item 02 por ter sido socorrido ao Hospital Geral de Roraima. Que o veículo do item 01 ficou com avarias na parte traseira esquerda e lateral esquerda. Que o veículo do item 02 ficou com avarias na parte frontal, carenagem e estofamento. Que não possível identificar o endereço do item 02 que se encontrava desorientado e não teve condições de informar o local onde morava. Era o que tinha comunicar.

REIS DIAS

40.739-9

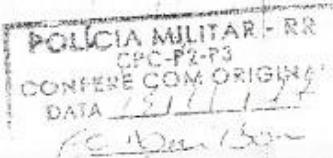
3º SGT/ PM

2º BPM

Nº

Posto/Graduação

SUOp





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031833/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2017 10:12 Data/Hora Fim: 13/11/2017 10:15
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP SERIE J Nº 09704 Data: 03/09/2017
Delegado de Policia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 03/09/2017 02:35

Local do Fato

Município: Boa Vista Bairro: Alvorada
Logradouro: Av. Alfaide Teive Complemento: em frente ao

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: JANDERSON DE SOUZA LIMA (ITEM 2) (CONDUTOR)

Nacionalida Brasileira Sexo: Masculino Idade: 32
Profissão: Eletricista
Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: sem infomração
Bairro: sem infomração

Nome: CLAUDIO EDER PINOTTI (ITEM 1) (CONDUTOR)

Nacionalida Brasileira Sexo: Masculino Idade: 35
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Solon Rodrigues Pessoa Nº:962
Bairro: Pintolandia

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

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: NAY3894	Número do Chassi: 02592
Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Roraima	Município Veículo: Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/BIZ 100 KS	Modelo: HONDA/BIZ 100 KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031833/2017-A01

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Janderson de Souza Lima (Item 2)	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, conforme o ROP 009704, em policiamento ostensivo nas proximidades do local acima mencionado fomos informados pelo item 01 que disse ter parado e estacionado o seu veículo uma I/TOYOTA HILUX CDSRXA4F, COR BRANCA, PLACA NUL 4948 na Avenida Ataide Teive, em frente ao nº 7988 próximo a guia da calçada e meio fio no bairro alvorada no sentido centro/bairro e que teve o seu veículo colidido na parte traseira esquerda pelo veículo conduzido pelo item 02 uma MOTONETA HONDA /BIZ 100 KS, COR VERMELHA, PLACA NAY 3894, de propriedade de MINOTTO EMPREENDIMENTOS LTDA ME, CPNJ 09.143.776/0001-35, que deslocava trafegando pela Avenida Ataide Teive no sentido centro/ bairro. Que o item 02 disse ter dormido no momento do acidente. Que o item 02 sofreu ferimentos e escoriações pelo corpo e possível fratura no braço direito e perna direita. Que foi solicitado atendimento médico e compareceu ao local a viatura SAMU SAV, comandada pelo médico Celio Wanderley que removeu o item 02 ao Hospital Geral de Roraima. Que o item 02 não possui carteira nacional de habilitação. Que o veículo do item 02 foi apreendido e removido ao pátio do DETRAN conforme auto de infração nº 68166 e auto de remoção nº 012640. Que foi acionada a perícia e compareceu ao local para realizar os trabalhos o perito Jackson Ângelo. Informo que deixo de apresentar o item 02 por ter sido socorrido ao Hospital Geral de Roraima. Que o veículo do item 01 ficou com avarias na parte traseira esquerda e lateral esquerda. Que o veículo do item 02 ficou com avarias na parte frontal, carenagem e estofamento. Que não é possível identificar o endereço do item 02 que se encontrava desorientado e não teve condições de informar o local onde morava. É o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nas Antigas 329-Demanda Crimiosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

13 NOV. 2017

ACTO DE POLICIA
CONFERIDOR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031803/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/09/2017 05:03 Data/Hora Fim: 03/09/2017 05:41
 Origem: Polícia Militar; Nº do Documento: ROP SERIE J Nº:09704; Data: 03/09/2017
 Delegado de Policia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Local: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 03/09/2017 02:00

Local de Fato:

Município: Boa Vista

Bairro: Alvorada

Endereço: Av. Ataíde Teixeira

Complemento: em frente ao nº 100

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Motivo(s) Encrigado(a)	Lga Favela da Ponte
1993; Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: CLAUDIO EDER PINOTTI (ITEM 1) (CONDUTOR)

Matrialidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nº da CR:

Estado Civil: Solteiro(a)

Encargo:

Município: Boa Vista - RR

Nº: 952

Logradouro: Rua Solon Rodrigues Pessan

Bairro: Pitulandia

Nome: JAMESON DE SOUZA LIMA (ITEM 2) (CORRETOR)

Matrialidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nº da CR:

Profissão: Estudante

Estado Civil: Casado(a)

Encargo:

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: sem informação

Bairro: sem informação

Nome: Sônia POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Papel de Atuação: Órgão público

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Número Objeto informado:

RELATÓRIO HISTÓRICO

Senhor delegado, conforme o ROP 09704, um policial militar estavou nas proximidades do local acima mencionado fomos informados pelo item 01 que esse ter parado o esquadrão o seu veículo uma UTILITY HILUX CD SRX A4F (CDR UFRANCA, PI 404 704 2948 na Avenida Ataíde Teixeira, em frente ao nº 7933 próximo à quina da calçada e metade do lado da avenida abordado no sentido contrário a que leva o seu veículo colidido no parlu traseira esquerda pelo item 07 uma MOTONETA HONDA SH 100 I-S, COR VERMELHA, PLACA NAY 3894 que deslocava trilégiono pela Avenida Ataíde Teixeira no sentido centro, bairro. Que o item 02 desse item dormido no momento do acidente. Que o item 09 caiu, ferimentos e escoriações pelo corpo e popóvel fratura no braço direito e maxila direita. Que foi solicitado atendimento médico e compareceu no local a unidade SAMU 844, comandada pelo médico Celso Viana que removeu o item 02 ao Hospital Geral de Roraima. Que o item 02 não possui nenhuma reabilitação habilitação. Que o vínculo curto é 02 e o preenchido e removido ao setor do DEIRAN conforme auto de inspeção nº 20156 e auto de reintegro nº 012640. Que foi encaminhado ao item 01 para realizar os trabalhos e pente. Eleitor: Angela. Informo que deixou de apresentar o item 02 por ter sido encaminhado ao Hospital Geral de Roraima. Que o veículo do item 01 tem 1 com número na parte traseira esquerda e lateral esquerda. Que o veículo do item 02 ficou com: avanço na parte frontal, carenagem e vestimenta. Que não posso identificar o endereço do item 07 que se encontra desorientado e não teve condições de informar o local onde ficava. C. o relato.

ASSINATURAS

Delegado de Polícia Civil Fernando Edson Olegario Gomes

Página 1 de 1

Impresso por: Anderson Palhares Souza

Data de impressão: 24/09/2017

Impresso a: 100 dispositivos

RPP: Poder Judiciário - Polícia Civil - Roraima

E-mail: esp

 SAMU 192	<p align="center">FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO</p> <p>Unidade: SAM / Equipe: Giuliane / Celio / Marinho</p> <p>Paciente: <i>Janderson de Souza Lameira</i> Idade: <i>32</i> Sexo: M</p> <p>Endereço: <i>Av. Atende Teve - Equatorial (via pública)</i></p> <p>Nº: <i>14201</i> DATA: <i>03/09/17</i> HORA: <i>02:35</i></p> <p>Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <i>D. Luis</i></p> <p>MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO _____</p>	 FREQUÊNCIA DA VISTA																																																																																				
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na demanda de ambulância)																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">AUTOMÓVEL</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">MECANISMO DE TRAUMA</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">VIOLENCIA</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">OUTROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td style="padding: 5px;">MOTO: _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> FAB</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> PAF</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Queda</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Espancamento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Local</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Condutor</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Carona</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Trajeto</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Atropelamento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Acidente Doméstica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Colisão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outro: _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outros: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Motorista: _____</td> <td style="padding: 5px;">BICICLETA: _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Colisão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outro: _____</td> </tr> </tbody> </table>			AUTOMÓVEL		MECANISMO DE TRAUMA		VIOLENCIA		OUTROS		<input type="checkbox"/> Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTO: _____	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> Trajeto	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____	<input type="checkbox"/> Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Motorista: _____	BICICLETA: _____	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Outro: _____																																																
AUTOMÓVEL		MECANISMO DE TRAUMA		VIOLENCIA		OUTROS																																																																																
<input type="checkbox"/> Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTO: _____	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho	<input type="checkbox"/> Local																																																																															
<input type="checkbox"/> Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> Trajeto	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____																																																																															
<input type="checkbox"/> Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Agressão/p/ animal	<input type="checkbox"/> Outros: _____																																																																															
<input type="checkbox"/> Motorista: _____	BICICLETA: _____	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____																																																																															
AVALIAÇÃO INICIAL																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">Vias Aéreas</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Ventilação</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Circulação</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Aval. Neurológica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Dispnéia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bradipneia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> M.V. Ausente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bradicárdico</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> AVDN</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Miose</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Taquipneia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hipertimpanismo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Maciez</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Arritmico</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Midriase</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Anisocoria</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Obstruída</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Apnéia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> S/A</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Otorréia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Otorragia</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Outro: <i>S/A</i></td> </tr> </tbody> </table>			Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica		<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorréia	<input type="checkbox"/> Otorragia	Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>																																													
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica																																																																																
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Miose																																																																															
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria																																																																															
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> S/A	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorréia	<input type="checkbox"/> Otorragia																																																																															
Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>		Outro: <i>S/A</i>																																																																																
SINAIS VITIAIS E ESCORES																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Hora</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">P.A mm/hg</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">F.C bpm</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">F.R Mpm</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Sat O₂ %</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">T. Aux °C</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Glicemia</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Trauma</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Início</td> <td style="padding: 5px;">:</td> <td style="padding: 5px;">/</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fim</td> <td style="padding: 5px;">:</td> <td style="padding: 5px;">/</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	Início	:	/							Fim	:	/																																																															
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR																																																																														
Início	:	/																																																																																				
Fim	:	/																																																																																				
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Pele</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Cabeça</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Face</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">PESCOÇO</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Tórax</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Abdome</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Corada</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Escoriações</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Quente</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pálida</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tórax instável</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Distendido</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fria</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Desvio da traquéia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Em juba</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Úmida</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Afundamento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fechamento ocular</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Culâneo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tamponamento</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Doloroso</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Seca</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fer.</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Evaceração</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cianótica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Penetrante</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Pélvica</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Coluna Dorsal</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Membros</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Abdome</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Contusão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fratura</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Escoriações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hematoma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Amputação</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lacerações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Distendido</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Dor</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Dor</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Luxações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Luxações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tórax instável</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Em juba</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Instabilidade</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Instabilidade</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Luxações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Luxações</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Doloroso</td> </tr> </tbody> </table>			Pele	Cabeça	Face	PESCOÇO	Tórax	Abdome	<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em juba	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Fechamento ocular	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Culâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.				<input type="checkbox"/> Evaceração	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Penetrante					Pélvica		Coluna Dorsal		Membros		Abdome		<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Em juba	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Doloroso
Pele	Cabeça	Face	PESCOÇO	Tórax	Abdome																																																																																	
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações																																																																																	
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações																																																																																	
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido																																																																																	
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em juba																																																																																	
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Fechamento ocular	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Culâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso																																																																																	
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.				<input type="checkbox"/> Evaceração																																																																																	
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Penetrante																																																																																					
Pélvica		Coluna Dorsal		Membros		Abdome																																																																																
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações																																																																																
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Distendido																																																																																
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Em juba																																																																																
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Doloroso																																																																																
AVALIAÇÃO CARDÍACA																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">AVALIAÇÃO CARDÍACA</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">AVALIAÇÃO CLÍNICA</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">HISTÓRIA PREGRESSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fibrilação atria</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Neurológica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infecções</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Assistolia</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Psiquiátrica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Obstétrica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> HAS</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fibrilar</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pediátrica</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Medicinação de uso</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outra</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Aborto</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> </td> </tr> </tbody> </table>			AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicinação de uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA																																																																																		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias																																																																																	
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros																																																																																	
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/>																																																																																	
<input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicinação de uso	<input type="checkbox"/>																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																	
GRAVIDADE COMPROVADA																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">ILESO</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">PEQUENA MORTE</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">MÉDIA</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">INDETERMINADA</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">OUTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			ILESO	PEQUENA MORTE	MÉDIA	INDETERMINADA	OUTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
ILESO	PEQUENA MORTE	MÉDIA	INDETERMINADA	OUTRO																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																		
INCIDENTE																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;">ACIDENTALIDADE E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Polícia Militar</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Guarda Municipal</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> SMTRAN</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bombeiro</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outros:</td> </tr> </tbody> </table>			ACIDENTALIDADE E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)				MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS		<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Polícia Militar		<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Guarda Municipal		<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> SMTRAN		<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Bombeiro		<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Outros:																																																	
ACIDENTALIDADE E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)				MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS																																																																																		
<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Polícia Militar																																																																																		
<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Guarda Municipal																																																																																		
<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> SMTRAN																																																																																		
<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Bombeiro																																																																																		
<i>Medico Ribeiro CRMA/MS</i>				<input type="checkbox"/> Outros:																																																																																		
RCP																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">INICIADO AS: _____</th> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">TERMINOU AS: _____</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">DADOS PESSOAIS DA VITIMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> RCP com sucesso</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> RCP com sucesso</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Obs: _____</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">_____</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			INICIADO AS: _____		TERMINOU AS: _____		DADOS PESSOAIS DA VITIMA		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		_____		<input type="checkbox"/> Obs: _____		_____		_____																																																																			
INICIADO AS: _____		TERMINOU AS: _____		DADOS PESSOAIS DA VITIMA																																																																																		
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		_____																																																																																		
<input type="checkbox"/> Obs: _____		_____		_____																																																																																		

DEBTO <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
--	--

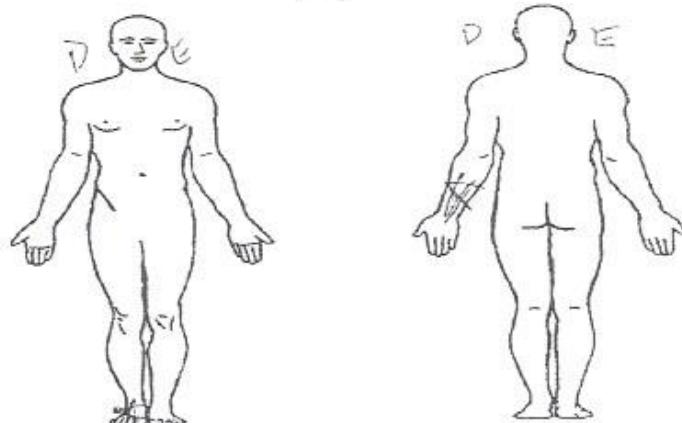
ERTECNE DO PACIENTE TERMO DE RECUS	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
Assinatura do Receptor:	
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

Colisão moto x carro. Usava capacete. Nega dor no rosto. Encontro paciente caído na calçada só o capacete é relato de bêbida alcoólica. Apresenta hérnia diafragmática (V) e luxação clavicular fratura no pé (D).

		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
		Adulto	Menores de 5 anos	Escala	
Abdução Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Fragilidade (lesão f/m)	10 - 24 4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35 3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 36 2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09 1
Hallucinações Verbal	Orientado	Balbúcia	5		0 0
	Confuso	Choro irritado	4		> 90 4
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89 3
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69 2
Náuseas Náusea	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49 1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0 0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15 5
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13 4
Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10 3	
Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7 2	
Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4 1	

ESCALA DE GLASGOW

extremidades colas toracal e sob 15 prancha rigida. Fundo de olho ms (D), perito SFO (D), gás e etamina dsg conduzido ao ORT 11 intervenções



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-PR 1580

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **JANDERSON LIMA DE SOUZA** retifica-se por **JANDERSON DE SOUZA LIMA** RG: 1816752-7 SSP/AM deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO no dia 03/09/2017 as 03 hs e 23 min por motivo de **ACIDENTE DE MOTO** recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1700832040.

Boa Vista-RR 11 de Outubro de 2017.

VAGN
VAGNER
VAGNER GOMES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.^o Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hospngr@vaibest.com.br

09/2017

...:: Guia de Atendimento 02 ::..

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



00632040	03/09/2017 03:23:39	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19-	15
paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JANDERSON LIMA DE SOUZA		14/06/1985	32 A 2 M 19 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
Mãe				M	SOLTEIRO(A)	PARDA
ALBERTINA LIMA DE SOUZA				Pai	NAO CONSTA	
Endereço						
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 000 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR						Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Professional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				ATLAS.GONZAGA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

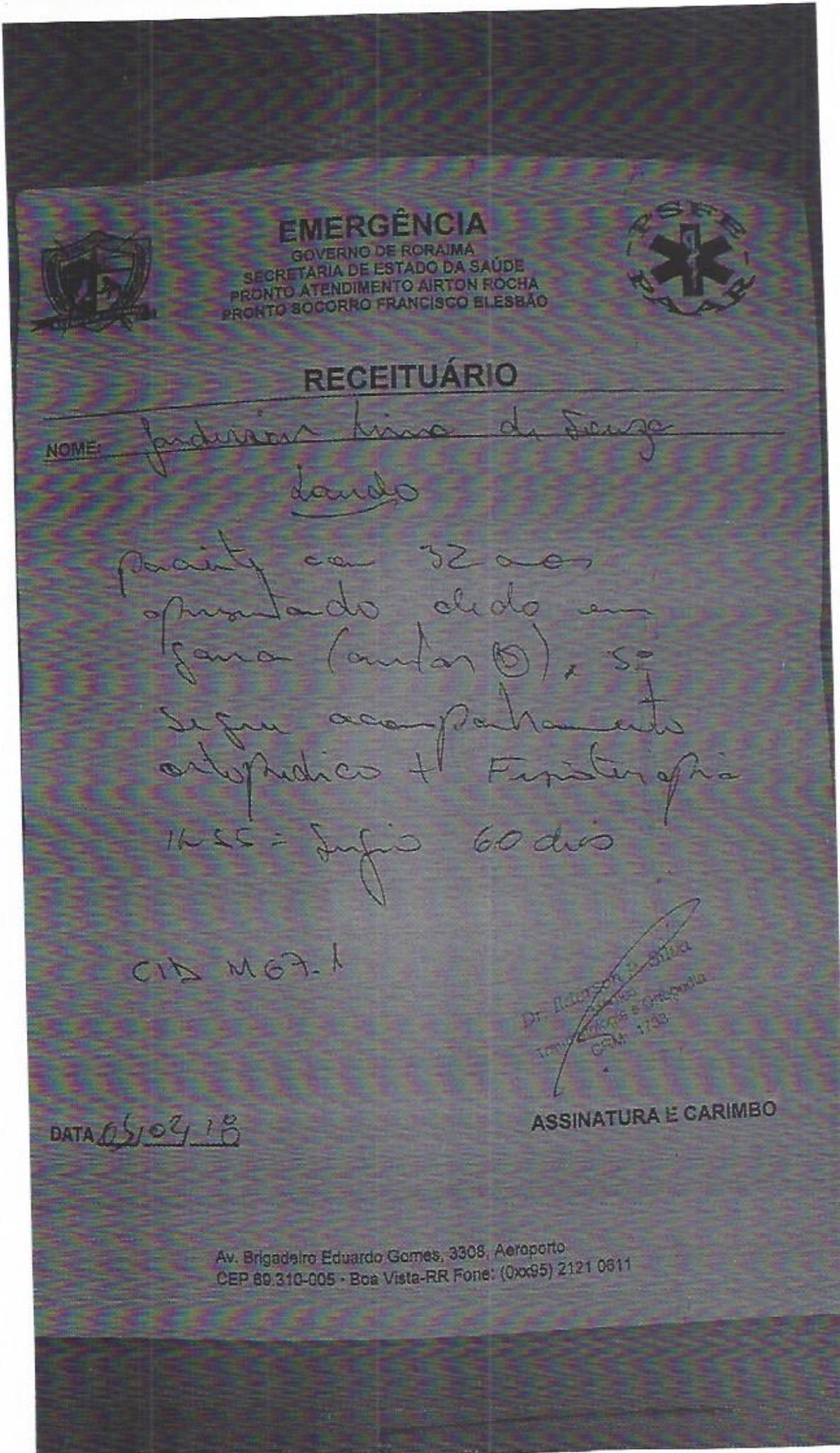
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)
Vítima de acidente colisão moto + carro + fractura exposta em antebraço (D). Lesão no pé (D).
Exame Físico

Hipótese Diagnóstica		
<i>Polrocutter</i>		
SADT - Exames Complementares		
<input 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	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Ductofenô - 75y (D) ② Dymraum 7y (D) ③ Cefalotax 2y (D) SUTURA + CURSOIVO	03/15	

Conduta	
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDISTA</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____
Óbito	
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI/Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
	Dr. Humberto Jaza Rios Médico CRM/RH 1834
Impresso por: atlas.gonzaga Data Hora: 03/09/2017 03:25:33	 Dr. Anderson P. So Traumatologia e Ortopedia CRM: 1733



87 MINOTTO EMPREENDIMENTOS LTDA

AV CAPITAO JULIO BEZERRA, 607 69301-410 BOA VISTA / RR
CNPJ: 09.143.776/0001-35

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

Referente ao mês de Setembro/201

Código Nome do funcionário

C.C:

53 JANDERSON DE SOUZA LIMA

7 Eletricista

Admissão 15/09/2015 CPF 006.098.312-40

CBO 7156-10

Eletricista de instalações (edifícios)

CÓDIGO	DESCRIÇÕES	REFERÉNCIAS	PROVENTOS	DESCONTO
5	Salário Mensalista	30,00	1.804,00	
59	Auxilio Alimentacao	50,00	50,00	
116	Adicional Periculosidade		541,20	
9002	Arredondamento Provento Folha		0,16	
174	Taxa Assistencial	1,00		18,0
9101	I.N S.S.	9,00		211,0
9151	I.R.	7,50		17,2

Total 2.395,36 245,31

SALÁRIO LÍQUIDO R\$ 2.149,01

Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
1.804,00	2.345,20	2.345,20	187,61	2.134,14

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.

/ / Assinatura do funcionário:

Sistema de folha SCI VISUAL Practice - SM CONTABILIDADE

SINISTRO 3180108105 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JANDERSON DE SOUZA LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JANDERSON DE SOUZA LIMA
CPF/CNPJ: 00609831240

Posição em 18-03-2019 16:22:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/03/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50