



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Ryan de Almeida dos Santos brasileiro(a),
menor impúbere, neste ato representado(a) pelo seu genitor(a)
Rosilda Pessoa de Almeida, brasileiro(a),
estado civil: solteira, Profissão: Aux. Serv. Gerais,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 256033 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 063.085.242-12, residente e domiciliado (a) na
R: HC 08, nº 354, Bairro:
Sen. Helio Campas, no município Boa Vista/RR,
telefone: 99114-8322, 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 judicium 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 Dezembro de 2018

Rosilda Pessoa de Almeida

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Rosilda Pessoa de Almeida,
estado civil Solteira, RG nº 256033, e CPF
nº 063.085.242-12, residente e domiciliado (a) na
R: HC-08 nº 354 Bairro:
Sen. Helio Campos, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 99114-8322.

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 lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

Boa Vista RR, 15 de Dezembro de 2018.

Rosilda Pessoa de Almeida

DECLARANTE



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
Wagner Mendes Coelho
José Coelho de Souza Neto
Av. Ataíde Teófilo, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-96** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **280-F**, sob o Nº. **58573**, está Registrado o assento de **RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS**, do sexo **M**, nascido(a) no dia vinte e dois de dezembro de dois mil e cinco às 16:16, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **JUSCELINO NASCIMENTO DOS SANTOS** e **ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA**, avós paternos: **Antonio Carlos dos Santos** e **Maria das Graças Nascimento dos Santos**, e avós maternos: e **Miriam Pessoa de Almeida**.

O registro foi efetuado no dia 26 de abril de 2006

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª VIA**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 26 de abril de 2006

Oficial

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ca...>



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

063.085.242-12

Nome

RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

Nascimento

22/12/2005

CÓDIGO DE CONTROLE

8120.2381.ED08.4856



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:16:14 do dia 06/07/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Via de Pagamento para o mes/ano: 02/2017 referente a UC: 1016458

<http://www.elektrobrasroraima.com/segundavia/fatura.php>



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 62920

ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

R. HC 08, 354 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316470 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1016458	MÊS 02/2017	PERÍODO DE CONSUMO 12-JAN-17 a 10-FEB-17
CONSUMO (kWh) 50	VENCIMENTO 06-MAR-17	TOTAL A PAGAR R\$ 121,89

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1016458	MÊS 02/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 121,89
-------------------------	----------------	-----------------------------

836500000010.218900750009.000000001016.645802170052





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006154/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Inicio do Registro: 13/02/2017 12:23
Delegado de Policia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 13/02/2017 12:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/09/2015 12:12

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Avenida Jerusalem

Bairro: Cambará

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Zé Doca Sexo: Feminino Nasc: 12/03/1985
Profissão: Auxiliar de Secretaria Escolar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Miriam Pessoa de Almeida Nome do Pai: Nao Declarado

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua HC -8 Nº: 354
Bairro: Senador Helio Campos
Telefone: (95) 99114-8322 (Celular)

Nome: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 22/12/2005
Nome da Mãe: Rosilda Pessoa de Almeida Nome do Pai: Juscelino Nascimento Dos Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua HC-8 Nº: 354
Bairro: Senador Helio Campos

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAT7858	Número do Chassi 9C2JC30707R241413
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN	Modelo HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosilda Pessoa de Almeida	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN, placa NAT 7858, de cor preta, Chassi 9C2JC30707R241413, de propriedade de ADAO SANTOS SILVA pela avenida Jerusalem, sentido bairro/centro, quando um caminhão pipa, de placa e condutor não identificados, cruzou a frente sem da tempo de reação, vindo a colidir com a motocicleta. Que seu filho, menor de idade, RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS e BRUNO SILVA SANTOS eram garupas da motocicleta e caíram no chão, sofrendo varias lesões corporais. Que foram socorridos pelo RESGATE e encaminhados ao Hospital Infantil. QUE NAO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Era o relato.



Delegado de Policia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 13/02/2017 12:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Policia Judiciária Eletrônica

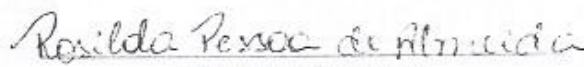
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006154/2017

ASSINATURAS



Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento



Rosilda Pessoa de Almeida
Comunicante

Ryan de Almeida Dos Santos
Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0018172
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: PAT-05
REG. DE REFERÊNCIA: 18174

DATA: 01/09/15 VIATURA: Rua 01/15 ÁREA DE ATUAÇÃO: ☒ Leste ☐ Oeste HORÁRIOS: SAÍDA DA OBM: 12 h 20 min NO LOCAL: 12 h 30 min NA UNID. SAÚDE: 12 h 54 min NA OBM: 13 h 25 min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: AV. JERONIMON CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: ESC. SOUTO: BAIRRO: CAMARÁ LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: TAN SA SILVA SANTOS D.N.: 24/12/05 IDADE: 09 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino R.G.: N 354 BAIRRO: H. CAMPOS ENDEREÇO: Rua HC - 08 CIDADE: BV Telefone: 99139 9907

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: RG N°: SSP/ Testemunha: RG N°: SSP/ Testemunha: RG N°: SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp. / Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhado ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3. Irritabilidade persistente ☐ 2. Agitação ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4. sente dor, mas não retira ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: FC: SpO2: Temperatura:

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

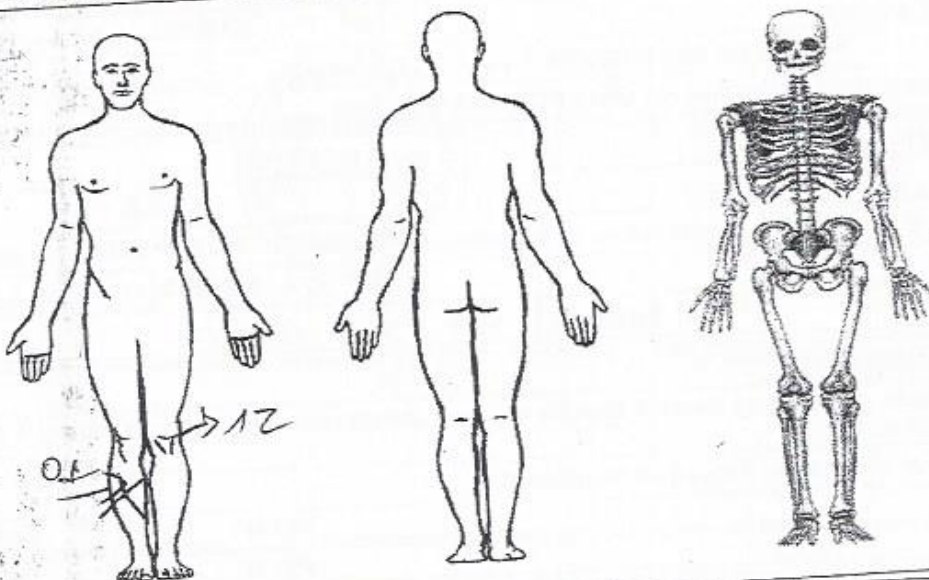
8. CASOS CLÍNICOS

☐ Emerg. Cardíaca ☐ Crise hipertensiva ☐ Emerg. respiratória ☐ AVE ☐ Diabetes	☐ Emerg. Obst. - Trabalho de parto ☐ Emerg. Obst. - Suspeita de aborto ☐ Emerg. Obst. - Complicações ☐ Emerg. Obst. - Outros ☐ Insuficiência Renal Aguda	☐ Choque anafilático ☐ Crise convulsiva ☐ Desmaio/síncope ☐ Doenças infectocontagiosas ☐ Emerg. Psiquiátrica	☐ Alcoolismo ☐ Remoção inter-hospitalar ☐ Remoção casa-hospitalar ☐ Outros:
--	---	---	--

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Suicídio/tentativa | ☐ Queimadura - Química | ☐ Vit. de envenenamento |
| ☐ Acidente aéreo | ☐ Ferimento arma branca | ☐ Queimadura - Térmica | ☐ Vit. de intoxicação |
| ☐ Queda - plano elevado | ☐ Ferimento arma de fogo | ☐ Acid. com eletricidade | ☐ Ataque animal |
| ☐ Queda - própria altura | ☐ Ferimento penetrante/perf. | ☐ Afogamento | ☐ Acid. animais peçonhentos |
| ☐ Agressão física | ☐ Ferimento Avulsão/amput. | ☐ OVACE | ☐ Emerg. produtos perigosos |
| ☐ Agressão sexual | ☐ Ferimento Esmagamento | ☐ Vit. de soterramento | ☐ Outros: |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA CONSCIENTE, COM ESCORIAÇÕES E SUSPENSÃO DE FRATURA NA TÍBIA DIREITA. REALIZADA A IMOBILIZAÇÃO E REMOÇÃO AO PSI PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Carteira de identidade | ☐ Cartão magnético | Und | ☐ Capacete | ☐ Outros: |
| ☐ CNH | ☐ Cheque | Fls | ☐ Calçado | |
| ☐ CPF | ☐ Dinheiro | R\$ | ☐ Óculos | |
| ☐ Título de eleitor | ☐ Jóias | | ☐ Relógio | |

Aos cuidados de:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| ☐ P.S. Francisco Elesbão | ☒ Hosp. da Criança Santo Antonio | ☐ Outro: |
| ☐ P.A. Ailton Rocha | ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| ☐ Policlínica Cosme e Silva | ☐ Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ Crítico | ☐ Instável | ☒ Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
SP CARDOSO	[signature]
Socorrista (s):	
SA BOERI	
Chefe de equipe:	
SGT MACHADO	

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:	Carimbo:
Documento de identidade:	[signature]
Registro do Conselho (CRM, COREN):	CRM 1688

01/09/2015

.....SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR - HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO.....

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

Nº BOLETIM
1006257

CADUS
898003005379762

DATA DA ENTRADA
01/09/2015

HORA ENTRADA
12:59:53

SETOR DE EMERGÊNCIA

NOME: RYAN ALMEIDA DOS SANTOS | SEXO: M | INDIGENA: N | ETNIA:
IDADE: 9 Anos e 8 Meses | DATA DE NASCIMENTO: 22/12/2005
ENDEREÇO: TRAV. SAO RAFAEL, 16 - Bairro: CENTENÁRIO-RR
MÃE: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA
PAI: JUCELINO NASCIMENTO DOS SANTOS
RESPONSÁVEL: TIA- ROSENILDE
TELEFONE: 91399907

QUEIXA PRINCIPAL: ACIDENTE DE MOTO

C. POLICIAL: N | VEIO DE AMBULÂNCIA: S | PLANO DE SAÚDE: N

Servidor (a): CLEUMAR PEDROSG

Desconhece o diagnóstico

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Tipo [C]	Pas [0]	Pe [0]	T [0.0]	Peso [0.0]	Pad [0]
[0]	Sat [0]	Gli [0]	Gw [0]	St [0]	Dor [0]
Risco [1]	Risco Anterior []			Enfermeiro(a): REGINA CELIA MOURA LIMA- 2015-09-01 13:07:56	
Legenda Risco	1 - Vermelho	2 - Laranja	3 - Amarelo	4 - Verde	5 - Azul

DADOS CLÍNICOS: 13:00 - Paciente vítima de acidente de trânsito, mobilizado, ferido pelo batimento no quadril, náusea, em débito lateral direito com lesão cervical. Estava em uso de capacete novo, porém colisão com história de queda de colisão com o solo. A VA pericla e não se encontra em estado de consciência. A VA pericla e não se encontra em estado de consciência. A VA pericla e não se encontra em estado de consciência.

AGNÓSTICO / CID 10: Politrauma

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:

① Diquione 0,6ml @ 13:00
② Analgésico

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: 13:00

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTÊNCIA

Data/Hora Impressão: 01/09/2015 - 13:08:19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

orlopado 11/05/15

Cto de 9 anos, com de 10 anos de
pena e 1/2.

Rx. nos 10 anos de 10 anos de 10
Rado e 1/2 de 10 anos de 10 anos de 10
de 10 anos de 10 anos de 10 anos de 10
Novecentos e noventa e nove.

CD: Redução
Imobilização
Internação

Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico Especialista em Trauma
CRM/RJ 1553

INTER
SAMU/EMERGÊNCIA

DATA: 02/09/15 HORARIO: 11:15

 PREFEITURA BOA VISTA Secretaria MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA	GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SUS
--	---	------------

SAME		TRIAGEM	
Prontuário nº:	56020	Peso:	
Livro de Registro nº:		Idade:	
Hora Chegada:		Estatura:	P.C.:

Data: 23/02/16 Hora de Atendimento: _____
Especialidade: ortop Indígena: Sim () Não ()
Nome da Criança: Ryan de Almeida do Santos
Data de Nascimento: 22/1/12 72005 Sexo: Masc. () Fem. ()
Endereço: _____ Nº _____ Bairro _____
Pai: _____
Mãe: Rosilda M. do Santos Cel: _____
Fone: _____
Cartão SUS: _____
Queixa Principal: _____

H.D.A.:

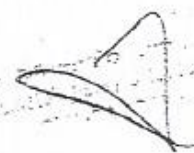
Exame Físico:

Impressão Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:

Mãe em repouso, não
ob. med., sem febre, sem
inf. respirat., sem desconforto
sem claudicação
H: sem o acompanhamento



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA -RR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HCSA - SAME

GUIA DE ATENDIMENTO: 2.390.186

PRONTUÁRIO: 56020
CNS:
NOME: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS
N.MÃE: ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS
END.: RUA CIC ARE 67
SANTA TEREZA

DT.NASC. 22/12/2005
FONE:

DADOS DO ATENDIMENTO
DATA 27/10/2015 E
A Partir das 07:30:00
Por ordem de chegada
AGENDA: 15477
Ortopedista e traumatologista
MARCELO HENRIQUE DE SÁ ARRUDA

TRIAGEM		IDADE	ESTATURA	P.C	HORA CHEGADA	HORA ATEND.
PESO						

QUEIXA PRINCIPAL:

sem dor
sem dor
sem dor

sem dor
sem dor
sem dor

EXAME FÍSICO

sem dor
sem dor
sem dor

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICO

sem dor
sem dor
sem dor

EXAMES SOLICITADOS

CONULTA

Solicitação realizada em 02/10/2015 15:13:45 Usuário: suely.damasceno

Impresso: 23/10/2015 06:51:34

...DE CADASTRO DE PACIENTES - SAME - HOSPL... http://192.168.20.10/hcsa/guia_atendimento_same.php?prontuario=301



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SAME

TRIAGEM

PRONTUÁRIO: **56020**

PESO: _____

LIVRO DE REGISTRO Nº: _____

IDADE: **9 ANOS, 8 MESES E**

HORA DA CHEGADA: _____

ESTATURA: _____ P.C: _____

DATA: 22/05/15

HORA DO ATENDIMENTO: 07:30

ESPECIALIDADE: Ortop/ Marcelo

NOME DA CRIANÇA: **RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO: **22/12/2005**

SEXO: **M**

INDÍGENA: **N**

ENDEREÇO: _____, BAIRRO: **HÉLIO CAMPOS**

PAI: _____

MÃE: **ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA**

FONE / CEL: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762**

QUEIXA PRINCIPAL:

com lesão coxopodálica.

H.D.A:

sem febre

EXAME FÍSICO:

ap exame sem lesão: sem

IMPRESSÃO DIAGNOSTICO:

*entropia em nível do membro
inferior, sem restrição de movimento.*

EXAMES SOLICITADOS:

CONDUTA:

*1. com lesão coxopodálica.
2. f. de 04 semanas*

Dr. *Marcelo*
Traumatologista / Ortopedista
CRM-RR 1243

SISTEMA DE CADASTRO DE PACIENTES - SAME - HOS...

http://192.168.1.100/...



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



TRIAGEM

SAME

PRONTUÁRIO: **56020**

LIVRO DE REGISTRO Nº: _____

HORA DA CHEGADA: _____

DATA: 15/09/15

HORA DO
ATENDIMENTO: 07:30

PESO: _____

IDADE: **9 ANOS, 8 MESES E**

ESTATURA: _____

P.C: _____

ESPECIALIDADE: Ortopedia / Traumatologia

NOME DA CRIANÇA: **RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS**

SEXO: **M**

INDÍGENA: **N**

DATA DE NASCIMENTO: **22/12/2005**

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: **SANTA TEREZA**

PAI: _____

MÃE: **ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS**

FONE / CEL: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762**

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

EXAME FÍSICO:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICO:

EXAMES SOLICITADOS:

CONDUTA:

RX radiografia do tornozelo com anteroposterior e
lateral.
Sem fraturas.
Ligamentos em bom estado e w
w: p-1 a 1/2 mm
e p-1/2 mm para cima

Médico(a) / Ortopedista

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	 PREFEITURA BOA VISTA	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Identificação do Paciente			9 - SEXO
5 - NOME DO PACIENTE <i>Ryza Almeida dos Santos</i>			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>22/12/2005</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			15 - UF
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Torção em punha Esq. Rx fratur. de tíbia e fíbula Esq.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico 22 Ail. Kaila</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tíbia e fíbula</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA <i>Ortop</i>			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>DR. Marcelo</i>			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>01/09/15</i>			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>341510031947-9</i>			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---	---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE <i>Regina do Almeida dos Santos</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☒ 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fratura do osso do braço E</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>A acima</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + exame físico</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de úmero E</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIAS E CAUSAS ASSOCIADAS <i>Dr. Paulo de Souza Ortopedia e Traumatologia CRM/1047</i>	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>manipulação + imobilização</i>	
24 - CLÍNICA	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - DOCUMENTO
28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1732</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>8/8/15</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNIE DA EMPRESA	
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF	

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	 PREFEITURA BOA VISTA	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---	---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
fratura de ossos do perno E	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
A acuma	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Rx + exame físico	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
fr. tíbia e fíbula E	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
manipulação + imobilização	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR-1732	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
8/8/15	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR-1732	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		39 - CNPJ EMPRESA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIOFICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIAPREFEITURA
BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

NOME DO PACIENTE <i>Ryan de Almeida dos Santos</i>	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>56020</i>	DATA <i>08/09/15</i>
CIRURGIATIPO <i>Redução incremental PE</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>14:06</i>	FIM <i>14:27</i> TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO <i>Dr. Marcelo A</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Zita Res Regerio</i>	
1º AUXILIAR <i>Res. Bruno</i>		INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Zaira + Rai</i>	

TIPO DE ANESTESIA <i>geral inalatória + venosa</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC <i>250 mL</i>	
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCÓOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
	PARES DE LUYA Nº			ATADURA DE CREPOM Nº	
	ÉQUIPOS P/ SORO <i>maio</i>			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº		6x4	<i>gases de 15cm</i>	
	AGULHAS		6	<i>algodão ortopédico</i>	
	COMPRESSAS		☐	<i>seringa 10ml</i>	
	LÂMINAS P/ BISTURI		☐	<i>seringa 5ml</i>	

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE	MATERIAL/MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO (A) CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO (A) C DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO	SUB-TOTAL	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		TAXA DE SALA/E ANESTESIA	

Isabel



**RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO**



Prefeitura Municipal de Boa Vista

DATA: 03/09/15 O.S. _____

PLAN DE MUESTRA DE JAMES

Diagnóstico Pré- Operatório Maneja caso de pila elétrica

Indicação Terapêutica *psf intervenções e CBT integrativa*

po de intervenção A Pizópolis

Medicações e Acidentes NA

Dr. Bruno F. Santo:
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047

Titulo de Especialista
 SBOE: TEOT 10488

Cirurgião Dr. M. AZEVEDO 1º Auxiliar Dr. E. B. RIBEIRO

Instrumentadora _____

Anestesistas Una hija

Anestesia	<i>Clor</i>	Duração
-----------	-------------	---------

Início _____ Fim _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Q. 12] Mit
Q. 13] it is a (1) value of computer & exam
Q. 14] in the
Q. 15] of very important in a temp

10/09/15

Assinatura


HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA
08/09/15


SUS


PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar - e Cultivar - os Recursos

Idade 9a
Peso 25.300g

Nome: Ryan de Almeida dos Santos
Prontuário 56020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO
14:00

		15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45						
AGENTES	A	N2O																		
	G	2																		
	E																			
	N																			
	T																			
LÍQUIDOS	VE	F																		
	VS																			
	°C	240																		
X	38	220																		
PULSO	36	200																		
O	34	180																		
ANES	32	160																		
X	30	140																		
OP																				
O																				
TEMP	120																			
ASP.	100																			
TEMP	80																			
RESP	60																			
	40																			
	20																			
EXPONT.																				
ASSIST.																				
CONTRO																				

AGENTES A Fenta 30mcg B Propofol 80mg+50mg C O2 + N2O + Sevo D Ventil. espon-tânea. E F G GLUCOSE Rapaona 600mg H INCO I SANGUE FLS 250	DOSES TÉCNICA geral Venosa e Intubação Ventil. espon-tânea. Câmara - Nasal/Oro Faríngea Sal - Temp - Calibre do Tubo Dificuldade Técnica	ANOTAÇÕES X Monitor Pac oxímetro cardioscopia A RPA
TEMPORAL TOTAL OPERACAO		PERDA SANGÜÍNEA Laríngea - Espasmo-Excesso Socio. Depressão Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito + Gesso Tagulcardia - Choque
ANESTESIA Fratura de tíbia E → Redução		PERDA SANGÜÍNEA Laríngea - Espasmo-Excesso Socio. Depressão Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito + Gesso Tagulcardia - Choque



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Rafael de Almeida Lima IDADE: _____

PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 11

~~PRESCRIÇÃO CLÍNICA~~

Visita Realizada

03.01.01.004-8

Luciana Dias Pacobahyba

CRM 7.790

Prescrição Médica

Horário da
Medicação

Data/Hora

Dieta livre após TPA

SND.

Dipiridona 1,3 m EV 6/6h

38 24 06 32

Ilupresfero 24 gotas de 31 3h 31m

35

SS VV

CC 6 0

Retirada

NOME

PESO

Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

Data/Hora

3/3/15

Alto hospitalar em 09/09/15
Sob orientação Dr. Marcelo
Arruda

Erinaldo P. Passos
Residente Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1667



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan DE ALMEIDA IDADE: _____
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 11

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
08/09/15	(1) Diem oral zero.	SUN
	(2) Dip.nova 1,3ml @ 6/6 h	às 15 e 21 C3
	(3) SSUV TCCGG DW 6/6 h	- Retire de Eufeng
	# Fatura de T3.A	
	# Chuva hoje às 13:00h -	
	⊗	



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: FRAN ALMEIDA IDADE: _____
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 11

[illegible]

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Página 1 de 1

SINISTRO 3170153453 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 82970840278

Posição em 28-06-2017 10:21:26

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/06/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

GILCE O PINTO ME					
34.812.305/0001-10					
Rua TRAVESSA B, 89 - Bairro CENTRO - Boa Vista					
Demonstrativo de Pagamento					
Func.: 001908 - ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA				Período: 05/2017	
Cargo: 0014 - AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS			Matrícula:		CTPS: 2613665 / 00010
Depto.: 053 - TERCEIRIZADOS ENSINO FUNDAMENTAL NORMANDIA			Admissão: 14/04/2014		CPF: 829.708.402-78
Verbas		Referência	Vencimentos		Descontos
0001 - Salário Contratual		30,00	937,00		74,96
0500 - Salário Família		4,00	124,28		
1002 - Auxílio Alimentação		21,00	252,00		
0520 - Desconto INSS		8,00			
			Total:	1.313,28	Total: 74,96
			Valor Líquido 1.238,32		
Recebi o valor líquido, acima descrito em ____/____/____ Assinatura: _____					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
937,00	937,00	937,00	74,96	103,68	