

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10693654

A/C: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170153453 ASL-0102781/17

Vitima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta n°: 10693837

A/C: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170153453 ASL-0102781/17

Vitima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta n°: 10866754

A/C: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170153453 ASL-0102781/17

Vitima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

Data Acidente: 01/09/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11138206

A/C: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Sinistro: 3170153453 ASL-0102781/17
Vítima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS
Data Acidente: 01/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2017

Carta n°: 11253860

A/C: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Sinistro: 3170153453 ASL-0102781/17
Vitima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS
Data Acidente: 01/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000018675-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|-------------------------|-----|-----------------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170153453 - 1

Nome do(a) Examinado(a): RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA HC 08 nº 354 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA/RR

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: 23/06/2017 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURAS DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ALTA MÉDICA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM TORNOZELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PERNAS ESQUERDA, DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 23/06/2017

Médico Perito: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO CRM:52.55920-8/RJ

*Marcelo de Toledo F. Terrigno
CRM 52.55920-8*

Marcelo Terrigno.

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA representante legal da vítima RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS, PORTADOR (A) DO RG Nº 256033 EXPEDIDO POR SSP / RR EM , CPF/CNPJ No. 829.708.402-78, PROFISSÃO AUTONOMA E RENDA MENSAL DE R\$ NÃO INFORMADA (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (MENOR), AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; Sala 4
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3029 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18635-6 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BOA VISTA - RR

4 de outubro de 2016

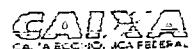
LOCAL E DATA

Rosilda Pessoa de Almeida
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)



ATENÇÃO _____

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CRUVIANA

DATA: 17/02/2017

HORA: 17:49:38

TERMINAL: 39061002

CONTROLE: 390610020574

AGENCIA: 3027 - ASA BRANCA, RR

CONTA: 013.00018675-6

CLIENTE: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Jose Dutra, 434 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410



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

311604

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006154/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2017 12:23

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

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito



Data/Hora do Fato: 01/09/2015 12:12

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Cambará

Logradouro: Avenida Jerusalém

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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

Nº: 354

Logradouro: Rua HC -8

Bairro: Senador Helio Campos

Telefone: (95) 99114-8322 (Celular)

Nome: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (VÍTIMA)

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

Nº: 354

Logradouro: Rua HC-8

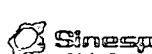
Bairro: Senador Helio Campos

| DEPARTAMENTO | OBJETO(S) | EN VOLVIDO(S) |
|---------------------|----------------------|--|
| Grupo | Veículo | DPVAT |
| Placa | NAT7858 | CONTEUDO NAO VERIFICADO |
| Ano/Modelo | Fabricação 2007/2007 | 14 MAR 2017 |
| UF Veículo | Roraima | |
| Marca/Modelo | HONDA/CG 125 FAN | Centro Seguradora S.A. |
| Veículo Adulterado? | Não | A. Capitão Júlio Bezerra, 434 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69331-410 |
| Situação Envolvido | | Quantidade 1 Unidade |

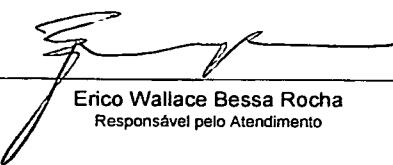
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---------------------------|---------------|
| Rosilda Pessoa de Almeida | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

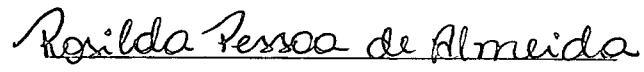
A comunicante informa que conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN, placa NAT 7858, de cor preta, Chassi 9C2JC30707R241413, de propriedade de ADAO SANTOS SILVA pela avenida Jerusalém, sentido bairro/centro, quando um caminhão pipa, de placa e condutor não identificados, cruzou a frente sem da tempo de 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 cairam no chão, sofrendo varias lesões corporais. Que foram socorridos pelo RESGATE e encaminhados ao Hospital Infantil. QUE NAO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Era o relato.



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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

364604

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006154/2017

DADOS DO REGISTRO

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

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

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

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Avenida Jerusalém

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: Não Declarado

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua HC-8

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99114-8322 (Celular)

Nº: 354

Nome: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (VÍTIMA)

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

Bairro: Senador Hélio Campos

Nº: 354

| DEPARTAMENTO DE REGISTRO (DPRAT) | | DEPARTAMENTO DE REGISTRO (DPRAT) |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Grupo: Veículo | Subgrupo: Motocicleta/Motoneta | CONTEUDO NÃO VERIFICADO |
| Placa: NAT7858 | Número do Chassi: 9C2JC30707R241413 | CONTEUDO NÃO VERIFICADO |
| Ano/Modelo Fabricação: 2007/2007 | Cor: PRETA | 30 MAI 2017 |
| UF Veículo: Roraima | Município: Boa Vista | Gente Seguradora S.A. |
| Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN | Modelo: HONDA/CG 125 FAN | Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade: 1 Unidade | Boa Vista - RR - CEP 69301-410 |
| Situação: Envolvido | | |

Nome Envolvido

Rosilda Pessoa de Almeida

Envolvimentos

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 ADÃO SANTOS SILVA pela avenida Jerusalém, 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 garupa 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006154/2017

ASSINATURAS

ASL-0102781/17
 Jose.Junior.0019
 26/05/2017 16:56:45

Erico Wallace Bessa Rocha
 Responsável pelo Atendimento

ASL-0102781/17
 Rosilda Pessoa de Almeida
 Rosilda Pessoa de Almeida
 Comunicante
 26/05/2017 16:56:45

Ryan de Almeida Dos Santos
 Vítima

ASL-0102781/17
 Jose.Junior.0019
 26/05/2017 16:56:45

DEPARTAMENTO DE SINISTRA
 DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
 Av. Capitão Julio Bezerra, 464 Sala 4
 Boa Vista - RR - CEP:69301-410

ASL-0102781/17
 Jose.Junior.0019
 26/05/2017 16:56:45



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA**, portador(a) da carteira de identidade nº 256033 SSP / RR, e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 829.708.402-78, residente e domiciliado(a) na RUA HC 08 ,354, Cidade BOA VISTA, Estado RR , **representante legal da vítima RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (MENOR)**, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

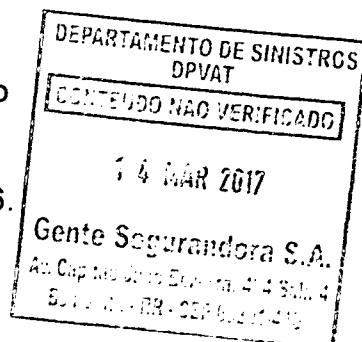
Rosilda Pessoa de Almeida

ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Assinatura do(a) declarante

conforme documento de identificação

Boa Vista - RR, 4 de outubro de 2016.





ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
REGISTRO CIVIL
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
TABELIÃO Wagner Mendes Coelho
Substituto José Coelho de Souza Neto
Av. Ataíde Teixeira, n° 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro N° A-96 de Registro de Nascimento, às Folhas N° 280-F, sob o N°. 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**.

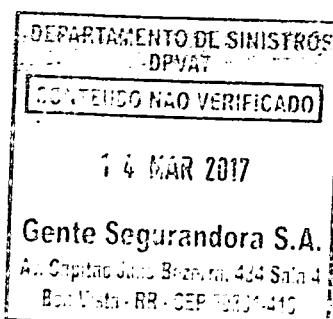
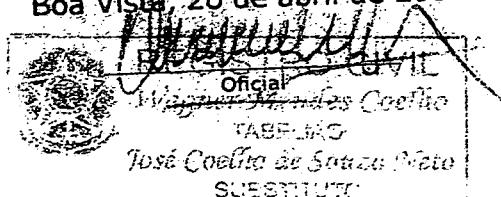
O registro foi efetuado no dia **26 de abril de 2006**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª VIA**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 26 de abril de 2006



Certidão de nascimento



ASL-0-4278117

12/04/2017

10:33:06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
REGISTRO DE Poder Judiciário
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELOMATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TRABALHISTICO DO 2º OFÍCIO

TABELLÃO Wagner Mendes Coelho

Ass. José Coelho de Souza Neto

Substituto: José Coelho de Souza Neto

Av. Acrelde Tenente 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5608

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**.

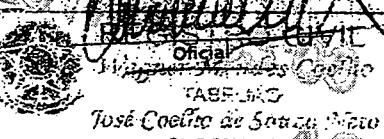
O registro foi efetuado no dia **26 de abril de 2006**

Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª VIA**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 26 de abril de 2006



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



ASL-0102781/17



12/04/2017 10:30:36

ASL-0102781/17



12/04/2017 10:30:36

ASL-0102781/17
DECLARAÇÃO
12/04/2017 10:30:36

Declaro para os devidos fins de direito que o menor **Ryan de Almeida dos Santos**, certidão de nascimento nº: 58573, livro nº A-96, folhas nº: 280-F, filho de Rosilda Pessoal de Almeida e Juscelino Nascimento dos Santos, foi socorrido pela Companhia de Emergência Pré-Hospitalar – CEPH, na data de 01/09/2015. O acidente de trânsito ocorreu na Av. Jerusalém, Bairro Cambará. Ocorre que, ao ser realizada a busca nos arquivos desta Companhia, foi localizado o relatório de ocorrência N° 0018172, constando o nome de **Yan da Silva Santos**, suscitando, dessa maneira, erro material no preenchimento do respectivo relatório.

Boa Vista-RR, 10 de março de 2017.

KELLY CRISTINA PAVIA JONES – 2º TEN QOCBM
Comandante da CEPH

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 304 Sinal
Boa Vista-RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 MAR 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 304 Sinal
Boa Vista-RR - CEP 69301-410



ESTADO DE RORAIMA

PODER JUDICIÁRIO

REGISTRO CIVIL
SERVICOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

Wagner Mendes Coelho

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

TABELIÃO Wagner Mendes Coelho

José Coelho de Souza Neto

Tabelião

Substituto

SUBSTITUTO
Av. Ataíde Teixeira, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista - Roraima

Certidão de nascimento



-0011-

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 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



REGISTRO CIVIL
Oficial
Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO
José Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO





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: P645 - 05
REG. DE REFERÊNCIA: 18172

| DATA | VIATURA | ÁREA DE ATUAÇÃO | HORÁRIOS | SAÍDA DA OBM | NO LOCAL | NA UNID. SAÚDE | NA OBM |
|----------|-----------|--|----------|--------------|-------------|----------------|-------------|
| 01/09/15 | Rua 01/15 | <input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste | | 12 h 20 min | 12 h 30 min | 12 h 54 min | 13 h 25 min |

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: AV. JERNÍZIEN
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: ESC. *lendimento*
LOCAL DA OCORRÊNCIA RESIDÊNCIA TRABALHO VIA PÚBLICA OUTRO: *CONFIRME COM O ORIGINAL*
Em: 16/09/2015

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA
NOME: JAN DA SILVA Santos
D.N.: 02112105 IDADE: 09 SEXO: Masculino Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM NÃO
ENDEREÇO: Rua HC - 08 N 354 BAIRRO: H. Campos
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
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 Motoria | Total |
|---|---|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | 15 Pontos |
| <input type="checkbox"/> 3. À voz | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. À dor | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | | | |

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

| Abertura Ocular | Resposta Verbal | Resposta Motoria | Total |
|--|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> 4. Espontânea | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | _____ Pontos |
| <input type="checkbox"/> 3. À voz | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. À dor | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | | | |

6. SINAIS VITAIS

| PA: | FR: | FC: | SpO2: | DEPARTAMENTO DE REGISTRO DPVAT | Temperatura: |
|-----|-----|-----|-------|--------------------------------|--------------|
| | | | | CONTENDO NÃO VERIFICADO | |

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: NÃO SIM - QUAL (is): _____

USO DE MEDICAMENTOS: NÃO SIM - QUAIS: _____

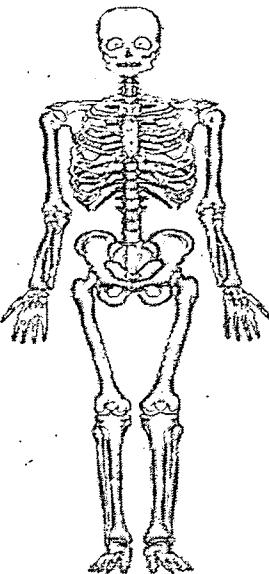
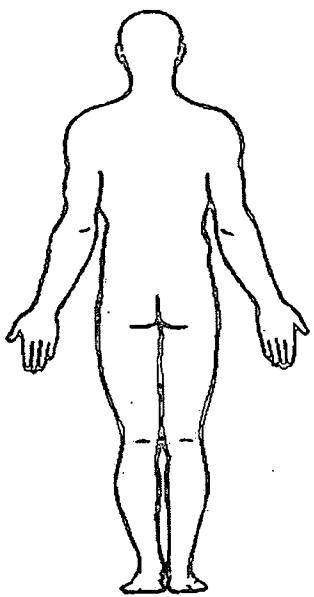
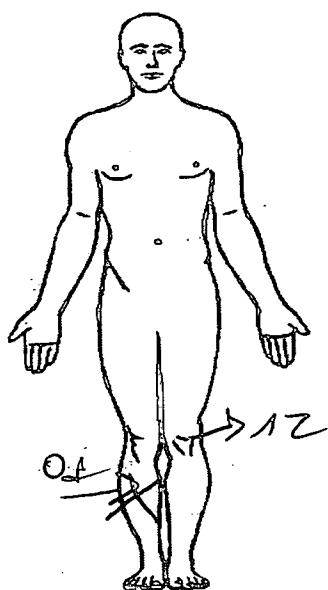
Gente Seguradora S.A.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto | <input type="checkbox"/> Choque anafilático | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto | <input type="checkbox"/> Crise convulsiva | <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações | <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope | <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital |
| <input type="checkbox"/> AVE | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros | <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica | |

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vít. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vít. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vít. de soterramento | <input type="checkbox"/> 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 conciente, com escoriações é suspeita de fraturas na tíbia direita. Realizará a radiografia e será encaminhado ao PSF para avaliações médicas.

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

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input checked="" type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- Crítico Instável Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Resp. pelo preenchimento: |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| SCF MACHADO | SP BOERI | SP CARDOSO | Mauro |

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

| | |
|------------------------------------|----------|
| Assinatura: | Carimbo: |
| Documento de identidade: | |
| Registro do Conselho (CRM, COREN): | |

CR an 1688



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

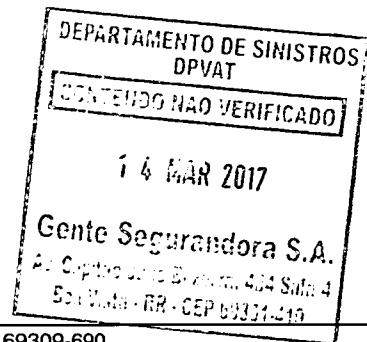


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o menor *Ryan de Almeida dos Santos*, certidão de nascimento nº: 58573, livro nº A-96, folhas nº: 280-F, filho de Rosilda Pessoal de Almeida e Juscelino Nascimento dos Santos, foi socorrido pela Companhia de Emergência Pré-Hospitalar – CEPH, na data de 01/09/2015. O acidente de trânsito ocorreu na Av. Jerusalém, Bairro Cambará. Ocorre que, ao ser realizada a busca nos arquivos desta Companhia, foi localizado o relatório de ocorrência N° 0018172, constando o nome de *Yan da Silva Santos*, suscitando, dessa maneira, erro material no preenchimento do respectivo relatório.

Boa Vista-RR, 10 de março de 2017.

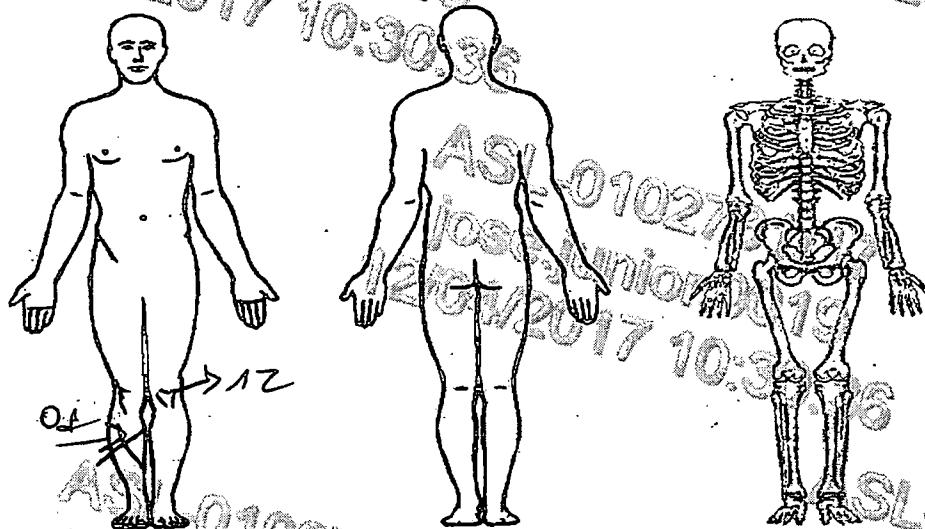

KELLY CRISTINA PAVA JONES – 2º TEN QOCBM
Comandante da CEPH



9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vlt. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vlt. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com electricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vlt. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



agenda:

- 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 aconchegada com escoriações suspeitas de fraturas na região torácica. Realizou-se ressuscitação cardiorrespiratória e encaminhamento ao PSI para atendimentos médicos.

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

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | R\$ | <input type="checkbox"/> Caçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |

Aos cuidados de:

RG: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS:

DPVAT

Telefone: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input checked="" type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | 12 ABR 2017 |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | Outro |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

Gente Seguradora S.A.

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Crítico | <input type="checkbox"/> Instável | <input checked="" type="checkbox"/> Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Bon. Vist. RR - CEP 66301-410

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- | | | | |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Resp. pelo preenchimento: |
| SGT MACHADO | SA Boeri | SD CARDOSO | o Machado |

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

- | | |
|------------------------------------|----------|
| Assinatura: | Carimbo: |
| Documento de identidade: | |
| Registro do Conselho (CRM, COREN): | |

Cr 01 1689



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros""



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins de direito que o menor *Ryan de Almeida dos Santos*, certidão de nascimento nº: 58573, livro nº A-96, folhas nº: 280-F, filho de Rosilda Pessoal de Almeida e Juscelino Nascimento dos Santos, foi socorrido pela Companhia de Emergência Pré-Hospitalar – CEPH, na data de 01/09/2015. O acidente de trânsito ocorreu na Av. Jerusalém, Bairro Cambará. Ocorre que, ao ser realizada a busca nos arquivos desta Companhia, foi localizado o relatório de ocorrência N° 0018172, constando o nome de *Yan da Silva Santos*, suscitando, dessa maneira, erro material no preenchimento do respectivo relatório.

Boa Vista-RR, 10 de março de 2017.

[Signature]
KELLY CRISTINA PAVAJONES – 2º TEN QOCBM

Comandante da CEPH

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 30 MAI 2017 |
| Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 |



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



REGISTRO N°: 0018172

OCORRÊNCIA: TRAUMA CLÍNIC

CÓDIGO: P64T - 03

REG. DE REFERÊNCIA: 1817

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA

| DATA | VIATURA | ÁREA DE ATUAÇÃO | HORÁRIOS | SAÍDA DA OBM | NO LOCAL | NA UNID. SAÚDE | NA OBN |
|----------|-----------|--|----------|--------------|-------------|----------------|-------------|
| 01/09/15 | Rua 01/15 | <input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste | | 12 h 20 min | 12 h 30 min | 12 h 54 min | 13 h 25 min |

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

| | | | | |
|---------------------|---|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ENDEREÇO: | PV. JERZAZEN | Nº | BAIRRO: | ESCARABAÇA Guiares |
| CIDADE: | BV | PONTO DE REFERÊNCIA: | ESC. ALFREDO CONCEIÇÃO ORIGINAL | Em: 10/09/2015 Ass: 10/09/2015 |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | |

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

| | | | |
|-----------|--------------|-----------|---|
| NOME: | JAN DA SILVA | SANTOS | R.G.: |
| D.N.: | 0212105 | IDADE: | 09 |
| ENDEREÇO: | Rua HC - 08 | SEXO: | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| CIDADE: | BV | Telefone: | 99139 9907 |

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:

Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/ _____

Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/ _____

RG N°: _____ SSP/ _____

RG N°: _____ SSP/ _____

RG N°: _____ SSP/ _____

RG N°: _____ SSP/ _____

RG N°: _____ SSP/ _____

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

| Abertura Ocular | Resposta Verbal | Resposta Motoria | Total |
|---|--|--|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais | |
| <input type="checkbox"/> 3. À voz | <input type="checkbox"/> 4. Confuso | <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso | |
| <input type="checkbox"/> 2. À dor | <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas | <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./Gemidos | <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) | |
| | <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | 15 Pontos |

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

| Abertura Ocular | Resposta Verbal | Resposta Motoria | Total |
|--|--|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 4. Espontânea | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorrizo/ Olhar acompanha | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros | |
| <input type="checkbox"/> 3. À voz | <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado | <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso | |
| <input type="checkbox"/> 2. À dor | <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente | <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 2. Agitação | <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) | |
| | <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma | 10 Pontos |

6. SINAIS VITais

| PA: | FR: | FC: | SpO2: | DEPARTAMENTO DE SÍNTESE |
|-----|-----|-----|-------|-----------------------------------|
| | | | | DPV Temperatura: 0 NAU VERIFICADO |

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

| | |
|---|-------------|
| LERGIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - QUAL (is): | 30 MAI 2017 |
| SO DE MEDICAMENTOS: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - QUAIS: | |

8. CASOS CLÍNICOS

| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| Emerg. Cardíaca | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto | <input type="checkbox"/> Choque anafilático | <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar |
| Crise hipertensiva | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto | <input type="checkbox"/> Crise convulsiva | <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital |
| Emerg. respiratória | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações | <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope | <input type="checkbox"/> Outros: |
| AVE | <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros | <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda | <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica | |

Gente Seguradora S.A.

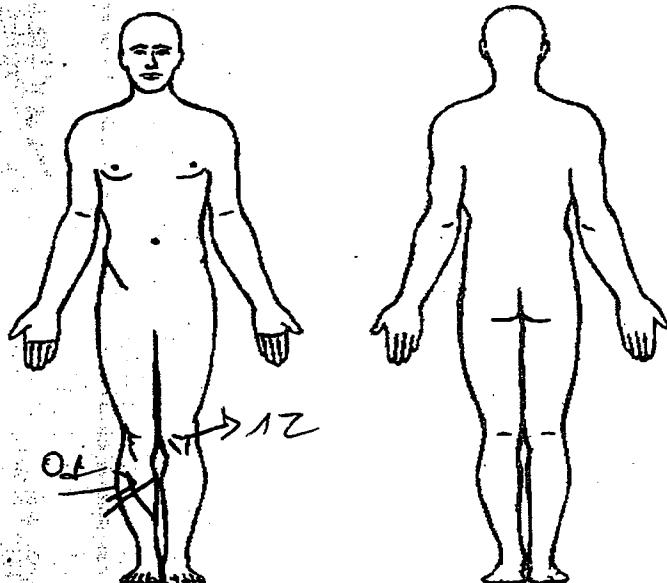
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP 69010-000

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais/peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> 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 conciente, com escoriações e suspeita de fratura na tibia direita. Realizou a triagem e renegociou ao PSI para atendimentos médicos.

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

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Joias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input checked="" type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- Crítico Instável Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Resp. pelo preenchimento: |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| SGT MACHADO | SP BONÉ | SP CARDOSO | Magalhães |

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

Assinatura:

Carimbo:

Documento de identidade:

Registro do Conselho (CRM, COREN):

Doutor Pires
CRM 1688



ELETROBRAS 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

IE: 240070223



| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| 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



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

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

836500000010.218900750009.000000001016.645802170052





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUSCILEA RODRIGUES DO CARMO, RG nº 70955, data de expedição ____/____/____
Órgão SSP/RR, CPF nº 512.338.602-59, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
terceiro:

| | | |
|---|---------------------|------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | RUA DEUSDETE COELHO | |
| Número | 3394 | |
| Apto / Complemento | | |
| Bairro | PARAVIANA | |
| Cidade | BOA VISTA | |
| Estado | RORAIMA | |
| CEP | 69.307-273 | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |
| Telefone de Contato | (95)99134-8782 | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| E-mail | 14 MAR 2017 | |
| Gente Seguradora S.A. | | |
| Av. Capitão Júlio Bezerra, 494 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 | | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista - RR, Boa Vista, 14/03/2017

Assinatura do Declarante:

Juscilea Rodrigues do Carmo



ELETROBRAS 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: 160346

ANTONIO FLAVIO VERAS RESENDER. DEUSDETE COELHO, 3394
PARAVIANA

69307273 BOA VISTA

RR

| | | |
|------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO 77593 | MÊS 02/2017 | PERÍODO DE CONSUMO 31-JAN-17 a 27-FEB-17 |
| CONSUMO (kWh) 250 | VENCIMENTO 16-MAR-17 | TOTAL A PAGAR R\$ 257,45 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

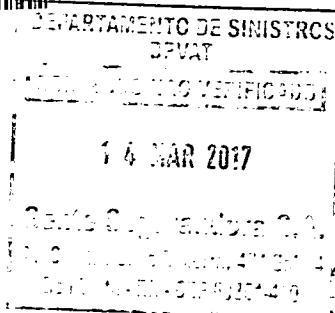
recorte aqui



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

| | | |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 77593 | MÊS 02/2017 | TOTAL A PAGAR R\$ 257,45 |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836300000020.574500750009.000000000075.759302170056



ANEXO II



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

A Circular Susep¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Joséleusa Rodrigues de Lima portador(a) do RG nº 70955, expedido por SSP/RR, em 16/10/13, CPF/CNPJ nº 542.338.602-59, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Karola de Souza Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza atropelado da vítima Ryan de Oliveira dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informado Renda Mensal: R\$ não informado

Documentos comprobatórios: CPN, Comprovante de endereço

Joséleusa Rodrigues de Lima
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

11111111111111111111

14 MAR 2017

Banco Segurador S.A.
Av. Presidente Vargas, 421 Centro
CEP 20011-001 - Rio de Janeiro - RJ

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Adão Santos Silva,
RG nº 233.437, data de expedição 09.11.2000, Órgão SESP/RR,
portador(a) do CPF nº 240.032.983-49, com domicílio na cidade de
Boa Vista, no Estado Roraima, onde resido na
Rua - Travessa São Rafael, nº 56,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ryan de Almeida dos Santos, cujo o condutor era
Rosilda Pessoa de Almeida

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda /CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAT 7858

Chassi: 9C2JC30707R24J413

Data do Acidente: 01.09.2015

Local e Data: Boa Vista, 04 - 10 - 2016

Assinatura do Declarante

Rosilda Pessoa de Almeida

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**DANIEL
AQUINO**

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)

[Hg5JEBW0] -ADAO SANTOS
SILVA . e . [Hg5JhKz0] -ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

Do que dou fé Boa Vista, 04 de Outubro de 2016

- Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabelião
- Lúcio Ricardo Queiroz Paes - Tabelião Substituto

EGLC. Em testemunho _____ da verdade

Emolumentos: R\$ 3.10 - Selo(s) ISENTO > >

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Vitor Teixeira, 1.17 - Apto. B - Boa Vista - RR
Fone: (65) 3227-1196

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 494 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Lúcio R. Queiroz Paes
Tabelião Substituto

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

Nº BOLETIM
1006257CADSUS
898003005379762DATA DA ENTRADA
01/09/2015HORA 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

Desconhecido

Servidor (a): CLEUMAR PEDROSO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Tipo [C]
[0]Pas [0]
Sat [0]Pe [0]
Gli [0]T [0.0]
Gw [0]Peso [0.0]
St [0]Pad [0]
Dor [0]

Risco [1]

Risco Anterior []

Legenda Risco

1 - Vermelho

2 - Laranja

3 - Amarelo

4 - Verde

5 - Azul

Enfermeiro(a): REGINA CELIA MOURA LIMA- 2015-09-01 13:07:56

DADOS CLÍNICOS: (3-90) - Paciente, infirmo de 9 Anos e 8 Meses, sexo masculino, branco, fardado pelo bantilho da escola, com edema óptico, em deambulação lenta, dirigindo com dificuldade cervical. Estava em uso de capacete. Nenhuma história coligida. Na história de fundo não consta nenhuma lesão. A TIA previous teve um acidente com o mesmo tipo de lesão. Cabeceira imobilizada, ótima. O paciente alega que desde que fez a lesão não dormiu. É R. K. 2015

AGNÓSTICO / CID 10: Politecnica

PREScrição:

① Dipirona 0,5 ml x 10
② Hemolinfagel

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

VERIFICAÇÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. das Américas, 1000 - Centro - São Paulo - SP - CEP 04530-000

Fone: (11) 3064-3174

Fax: (11) 3064-3175

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: _____

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

OR/OP/0015 01/09/15

CG. 86 9 av, Vila do Conde, Portugal
Ponta do Eg

Rx: nessa fadiga difusa de
radio e DNA Eg. com hister
se pole com profissão e grandes
núncios das pessoas

CD: Redação

100% liberado
Informações

Dr. Fábio Ferreira de Lima
MEDICO DE REDAÇÃO
CRUE/RR 1553

INTERAGÊNCIA

SAME/EMERGÊNCIA

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



PREFEITURA
BOA VISTA
Integrar o Cuidado das Pessoas

SECRETARIA

MUNICIPAL DE SAUDE

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: Odont. Indígena: Sim () Não ()

Nome da Criança: Ryane de Almeida dos Santos

Data de Nasc: 22/12/2005 Sexo. Masc. () Fem. ()

Endereço: N° Bairro:

Pai:

Mãe: Rosilene R. dos Santos

Fone: Cel:

Cartão SUS:

Queixa Principal:

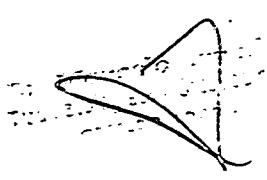
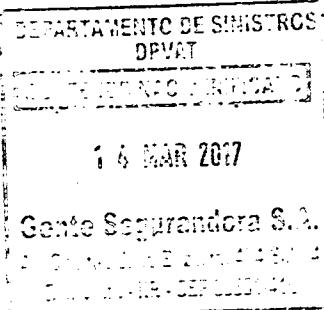
H.D.A.:

Exame Físico:

Impressão Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:



PRONTUÁRIO: 56020

CNS:

NOME: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS

DT. NASC. 22/12/2005

N.MÃE: ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS

FONE:

END.: RUA CICARE 67
SANTA TEREZA

DADOS DO ATENDIMENTO

AGENDA: 15477

DATA 27/10/2015 E

Ortopedista e traumatologista

A Partir das: 07:30:00

MARCELO HENRIQUE DE SÁ ARRUDA

Por ordem de chegada

TRIAGEM

PESO

IDADE

ESTATURA

P.C.

HORA CHEGADA

HORA ATEND.

QUEIXA PRINCIPAL:

sem dor
sem dor
- dor na panturrilha
- dor na panturrilha

EXAME FÍSICO

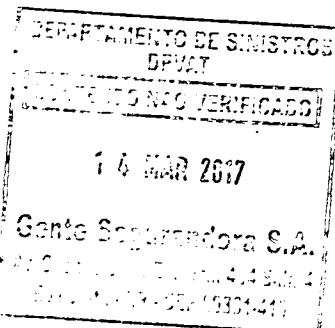
exame
- dor na panturrilha

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICO

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista
Traumatologista
27/10/2015

EXAMES SOLICITADOS

CONSULTA





BOA VISTA
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 N°: _____

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

HORA DA CHEGADA: _____

ESTATURA: _____ P.C: _____

DATA: 22/09/15

HORA DO
ATENDIMENTO: _____

07:30

ESPECIALIDADE: Ortop/parelho

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

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

SEXO: **M**

INDÍGENA: **N**

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: **HÉLIO CAMPOS**

MÃE: **ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA**

PAI: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762**

QUEIXA PRINCIPAL:

com dor de expor dor no

H.D.A:

sem

EXAME FÍSICO:

exame sem dor: sem

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICO:

enxaqueca, sem dor no membro
superior, sem lesão cutânea.

EXAMES SOLICITADOS:

rx: com dor de expor dor no

CONDUTA:

rx: dg servas

Dr. Marcela Andrade
Traumatologista / Ortopedista
CRM-RR 1243

| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| DOCUMENTO VERIFICADO |
| 16 MAR 2017 |
| Gente Seguradora S.A. |
| Av. Presidente Epitácio Pessoa, 4.181 - 4º |
| 20.000 - RJ - CEP 20040-040 |



GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

**SAME****TRIAGEM**PRONTUÁRIO: **56020**

LIVRO DE RÉGISTRO N°: _____

HORA DA CHEGADA: _____

DATA: 15/09/15HORA DO ATENDIMENTO: 07:30NOME DA CRIANÇA: **RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS**DATA DE NASCIMENTO: **22/12/2005**

PESO: _____

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

ESTATURA: _____ P.C: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: **SANTA TEREZA**SEXO: **M**INDÍGENA: **N**

PAI: _____

MÃE: **ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS**

FONE / CEL: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762****QUEIXA PRINCIPAL:**

Rx enfermeiro noite com antecipação

H.D.A: _____

Aleitamento

EXAME FÍSICO:

sem exames

pegs em zona de infecção de mamas

vi. fl. or. mama

cf. nas pessas infecção

EXAMES SOLICITADOS:

*Dr. Fábio Henrique
Oftalmologista / Ortopedista
Data: 15/09/2015*

CONDUTA:

| |
|-------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTENDO NÃO VERIFICADO |
| 14 MAR 2017 |
| Gente Seguradora S.A. |
| Av. Capitão João D'Ávila, 4145 - 14 |
| Boa Vista - RR - CEP 69301-410 |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| O.E : M140010001 | ESFERA : PÚBLICO | APRESENTAÇÃO: 02 / 2016 |
| Num AIH : 141510031947-9 | Situação : APURADA | Apresentação : 01/2016 |
| Especialidade : 01 - CIRURGICO | Orgão Emissor : M140010001 | CRC: |
| Doc autorizador : 201591504120007 | Doc med resp : 203668074920005 | Doc diretor clínico : 201561906850018 |
| CNES : 2320681 - HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO | | Doc médico solic : 980016003578306 |
| Paciente : RYAN ALMEIDA DOS SANTOS | | CNS : 89800300537976-2 |
| Data Nasc. : 22 / 12 / 2005 | Sexo : MASCULINO | Prontuário : 56020 |
| Responsável pac. : ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA | Nacionalidade : 010 - BRASIL | Tipo Doc. : IGNORADO |
| Endereço : TRAVESSA SAO RAFAEL 16 | Bairro: CENTENARIO | Nome da Mãe : ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA |
| Município : 140010 - BOA VISTA | UF : RR | Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO |
| Procedimento solicitado : 04.08.05.022-5 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA | CEP : 69312-585 | Etnia: 0000-NAO SE APLICA |
| Procedimento principal : 04.08.05.022-5 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA | | Telefone : (95)9913-99907 |
| Diag. principal : S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA | | Muda Proc.? : NÃO |
| Complementar : | | |
| Caráter atendimento : 02 - URGENCIA | | Causa Obito : |
| Data internação : 01 / 09 / 2015 | Data saída : 09 / 09 / 2015 | Modalidade : HOSPITALAR |
| AIH Anterior : | | AIH Posterior : |
| [Causas Externas (Acidente ou Violência)] | | |
| CNPJ do Empregador : | | CNAER: - |
| Vínculo Previdência : | | CBOR : - |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento | CBO | CNES/CNPJ | Apurar | Valor p/ | Qtde | Cmpt | Descrição |
|-------|--------------|-----------------|-----------|-----------|---------|----------|---------|--|-----------|
| 1 | 0408050225 | 203668074920005 | 225270(1) | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA | |
| 2 | 0417010044 | 201561840730001 | 225151 | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | ANESTESIA GERAL | |
| 3 | 0802010024 | | | 2320681 | 2320681 | 8 | 09/2015 | DIARIA DE ACOMPANHANTE | |
| 4 | 0802010199 | | | 2320681 | 2320681 | 2 | 09/2015 | DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR | |
| 5 | 0301010170 | 700701920457370 | 225125 | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO | |
| 6 | 0301010170 | 706206053555861 | 225125 | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO | |
| 7 | 0301010170 | 980016283079194 | 225270 | 2320681 | 2320681 | 2 | 09/2015 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO | |
| 8 | 0301010170 | 980016288571429 | 225270 | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO | |
| 9 | 0301010048 | 201561766310008 | 223710 | 2320681 | 2320681 | 2 | 09/2015 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL | |
| 10 | 0301010048 | 980016283278871 | 223710 | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL | |
| 11 | 0202020380 | | | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | HEMOCRAGMA COMPLETO | |
| 12 | 0202010643 | | | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- | |
| 13 | 0202010651 | | | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- | |
| 14 | 0202030083 | | | 2320681 | 2320681 | 1 | 09/2015 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C | |

CID SECUNDÁRIO

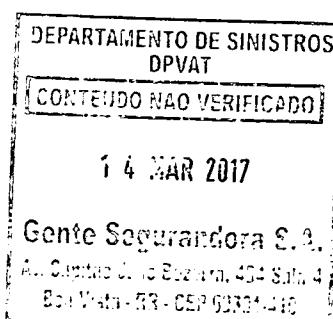
| Cid | Característica | Descrição |
|------|----------------|--|
| W499 | PREEXISTENTE | EXPOSICAO OUT. FORCAS MEC. INANIMADAS E AS Ñ ESPECIF. - LOCAL NAO ESPECIFICADO |

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Nº Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

*De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo.
Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"*





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

Ryan Almeida dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

22/12/2005

9 - SEXO

Masc.

Fem. 3

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma em ponha 059.
Rx frad. de Tíbia e Fibula 059.

17 02 16

Karla

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Tíbia e Fibula (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ORTOP

28 - N° DO DOCUMENTO

CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Marcelo

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
TITULO DE ESPECIALISTA
CRM/RR/10468

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO
MÉDICO/ORTOPEDISTA)

Dr. Fábio Ferreira

CRM/RR/1553

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

341510031847-9

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPE



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Regina do Almeida dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

X - 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
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

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 Pernas E

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A acima

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO, Fisiopatologias ASSOCIADAS
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047

Fratura de ossos do Pernas E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Manipulação + enxilização.

24 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - () CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

8/8/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º 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 VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - N.º DO SÍMBOLO CRM/1047

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - SÉRIE

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO SÍMBOLO CRM/1047

38 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - () CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



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

Regan do Almeida dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc 1 Fem. 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A acima

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047
Título de Especialista
SBOT: MBOT

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

In. tórax + fratura E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

manipulação + imobilização

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

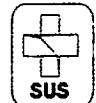
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE



| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|------------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE SANTOS | Ryan de Almeida dos Santos | APTº/LEITO | Nº PRONTUÁRIO 56020 | DATA 08/09/15 | |
| CIRURGIA/TIPO | Redução incrustada PE | TEMPO DE DURAÇÃO | INÍCIO 14:06 | FIM 14:27 | TEMPO TOTAL |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | Dr. Marcelo A | ANESTESISTA | Dr. Zitárcio Ribeiro | | |
| 1º AUXILIAR | Res: Bruno | INSTRUMENTADOR | | | |
| 2º AUXILIAR | | CIRCULANTE | Daniela + Rai | | |

| TIPO DE ANESTESIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------|--------|-------------------------------------|-------|
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| | CATUGT SIMPLES Nº | | | HORAS DE OXIGÊNIO | |
| | CATUGT SIMPLES Nº | | 1 | FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC 250mL | |
| | VICRYL | | | FRASCO SORO | |
| | CATUGT | | | FRASCO SORO GLICOSADO % CC | |
| | CATUGT CROMADO Nº | | | FRASCO SORO GLICOSA % CC | |
| | CATUGT CROMADO Nº | | | XYLOCAÍNA % CG | |
| | 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 LUVA Nº | | | ATADURA DE CREPOM Nº | |
| | EQUIPOS P/ SORO macro | | | ATADURA GESSADA Nº | |
| | ROLOS DE ESPARADRAPO | | | ÁGUA OXIGENADA | |
| | DRENOS Nº | | | ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº | |
| | SONDAS Nº | 6+4 | | gases de 15cm | |
| | AGULHAS | 6 | | algodão ortopédico | |
| | COMPRESSAS | | 1 | Seringa 10ml | |
| | LÂMINAS P/ BISTURI | | 1 | Seringa 5ml | |

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 | DEPARTAMENTO DE SINISTROS SPV/MATERIAL/MEDICAMENTOS DATA DE CONSISTÊNCIA | |
| FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS | FUNCIONÁRIO(A)/C.C DO PACIENTE FEITO LANCAMENTO Isabel | 16 MAR 2017 | SUB-TOTAL |
| ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE | | PREFEITURA DE BOA VISTA - RUA 414 S/N, 4144-000-00 | |



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

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

R.JAN de Anestesia SJ JAN

Diagnóstico Pré- Operatório Plano Ojos para cirurgia

Indicação Terapêutica Intervenção na ocorrência

Tipo de intervenção A cirurgia

Medicações e Acidentes N/A

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047

Título de Especialista
SBOT-TEOT-10488

Cirurgião RJ. M. Alzirinha 1º Auxiliar RJ. C. Bento Neto

Instrumentadora _____

Anestesistas Paula Faria

Anestesia ot. Faria

Inicio _____ Fim _____ Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

P. 12f mit
CP-12f de 14/09/2015 (1 balde de compimento de exame
minimo
P. 12f de 14/09/2015 (1 balde de compimento de exame
minimo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉNDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Cachoeira do Rio Branco, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-000

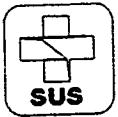
Data

03/09/15

Assinatura



08/09/15



Idade 9 a

Peso 25.300 g

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

14:00

Nome:

Prontuário

Ryan de Almeida dos

56020

Jautu 5

| | | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A | N2O | | | | | | | | | | | | |
| G | 2 | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | |
| N | | | | | | | | | | | | | |
| T | | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | |
| S | | | | | | | | | | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRIVAT
COPROTECO CERTIFICADO

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| LÍQUIDOS | VE. | IS | F | | | | | | | | | | |
| P | °C | 240 | | | | | | | | | | | |
| U | 38 | 220 | | | | | | | | | | | |
| PULSO | 0 | 200 | | | | | | | | | | | |
| O | 34 | 180 | | | | | | | | | | | |
| ANES | X | 32 | 160 | | | | | | | | | | |
| OP | 0 | 30 | 140 | | | | | | | | | | |
| TEMP | 120 | | | | | | | | | | | | |
| ASP. | 100 | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | 80 | | | | | | | | | | | | |
| RESP | 60 | | | | | | | | | | | | |
| | 40 | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | | | |
| EXPONT. | | | | | | | | | | | | | |
| ASSIST. | | | | | | | | | | | | | |
| CONTRO | X | Q | Q | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | | |

14 MAR 2017

Asa I

Gabinete de Cirurgia S.A.

Av. Cláudio Júlio Bozella 484 Salas 4
Braga 10000-000, R.F.C. 60301-410

| AGENTES | DOSES | TÉCNICA |
|---------|------------------------|---------------------|
| A | Ureia 30 mg | geral Venosa |
| B | Propofol 80 mg + 50 mg | e Inhalatória |
| C | O2 + N2O + Sevo | Ventil. espontânea. |
| D | 2 | |
| E | | |
| F | | |
| G | | |
| GLUCOSE | Uroamina 600 mg | |
| NDCC | | |
| SANGUE | | |
| PS | 250 | |

Nasal/Otrotraqueal - Cega
Sob Máscara

Cárrula - Naso/Oro Faríngea

Bal - Tamp - Calibre do Tubo

Dificuldade Técnica

TEMPO DE ANESTESIA

Fratura de tibia
E → Redução increta + Gesso

Laringo - Espasmo-Excesso Socio. Depressão Hemorragia - Arritmia Bradicardia - Choque

Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vomito Taquicardia - Choque

PERDA SANGUÍNEA

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11/15

11/11/15 11/11



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Regan de Almeida Reis IDADE: 10

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

~~W. H. BICKAO-CLINIC~~

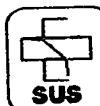
~~Visita Realizada~~

| Data/Hora | Prescrição Médica | Horário da Medicação |
|-----------|---|--|
| 8/3/15 | Dieta livre após TPA Dipirona 1,3 m EU 6/6h Dinoprostone 24gotes de 313h 3/12 55/22 CC 60 | 5/10 28/04/08 32 35 1 Rotina |
| | | Dr. Emane Bruno Rodrigues Coelho Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1732 |
| | 11/8 hospitalar em 09/09/15 | |
| | Sob supervisão Dr. Marcelo Arruda | |
| | Erinaldo P. Passos Residente-Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 1662 | |
| | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CORTE DE JUSTIÇA FEDERAL | |
| | 14 MAR 2017 | |
| | Centro de Desenvolvimento Av. Getúlio Vargas, 454 Bom Jesus, RR-CEP 63001-000 | |



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



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan dos Prazeres IDADE: 90
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: _____



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan Alves IDADE: _____

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

| Data/Hora | Prescrição Médica | Horário da Medicação |
|-----------|--|----------------------|
| 06/03/17 | O Dext. 1/2 | 5W |
| | | |
| | DAIS | Mante |
| | ③ Dipro 1,3 lactato 160gr 5W | |
| | ④ PA 800R6/6 1x fc - | rotine |
| | | |
| | 57 de cor d j | |
| | 5/9 | |
| | Agil curi | |
| | <i>Patrick Rabelo Jesé</i> D. de Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1332 | |
| | <i>A</i> | |
| | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT | |
| | 1.800 100 100 VERIFICADO | |
| | 14 MAR 2017 | |
| | Gente Supervisora S.A. Av. Capitão... B... sala 414 sala 4 7017-0000-0000-0000 | |



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

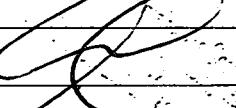
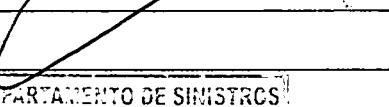


Prefeitura Municipal de Boa Vista



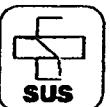
Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan Almeida IDADE: 11
PESO: PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: LEITO: 11

| Data/Hora | Prescrição Médica | Horário da Medicação |
|-----------|--|----------------------|
| 05/09/15 | <p>① DIASTO LIVRE</p> <p>② DIPLOMOS 13ml ③ 6/6 SIN</p> <p>③ SINALS VITais</p> <p>④ VISION GERAL.</p> | SN D |
| | <p>ORTOPEDICO</p> <p>FAZER OSSEI AS PERNAS</p> <p>SOM EXERCI</p> | |
| | <p>ABUNAS CINTAS</p> | |
| | <p>CINTAS FLEXIBAIS</p> <p>DONG AS MANGAS</p> | |
| |  | |
| |  | |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT DOCUMENTO VERIFICADO </div> | |
| | 14 MAR 2017 | |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Centro Socio Cultural C.A. Rua Cipriano da Matta, 410 Suel. 4 São Vicente - SP - CEP 11334-410 </div> | |



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Roger Almeida IDADE: 09
PESO: 40 PRONTUÁRIO: 1234567890 HD: 0 BLOCO: C LEITO: 11



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO



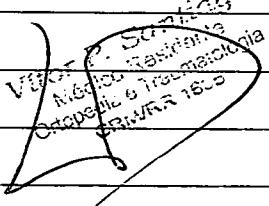
PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

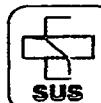
NOME: Ryan Almeida IDADE:

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

| Data/Hora | Prescrição Médica | Horário da Medicação |
|---------------|--|--|
| 03/09/15 | <p style="text-align: right;">NUTRIÇÃO CLÍNICA VISITA REALIZADA 05-09-2015 Deuzirlene Berardinelli NUTRICIONISTA CRN-12/836</p> <p> ① Difuso Ligeiro ② AVD ③ DiPran 1,3 ml a 6/6a ④ Difus. 10 mg a 17/17a. ⑤ SSU + Capp ⑥ ofertas ligeiras </p> | <p style="text-align: right;">SN D</p> <p style="text-align: right;">manter</p> <p style="text-align: right;">18 18 21 05</p> <p style="text-align: right;">18 06</p> <p style="text-align: right;">Rofine</p> <p style="text-align: right;">ofertas</p> |
| | # ortopédica | |
| | # Fazem de 0 a 200m | |
| | # BCG, loja, ac. alic, A/func | |
| ID: 1111.1111 | | |
| |  | |
| | <p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE SINISTROS IPVAE</p> <p style="text-align: center;">11 3000 1200 1200 1200 1200 1200 1200</p> | |
| | | 14 MAR 2017 |
| | | Carla Sartori |



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

NOME: Ryan Almeida IDADE: 2a

PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: C LEITO: _____



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan Almeida IDADE: _____
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: III LEITO: 24



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Tabelião

José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataíde Teixeira, 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**

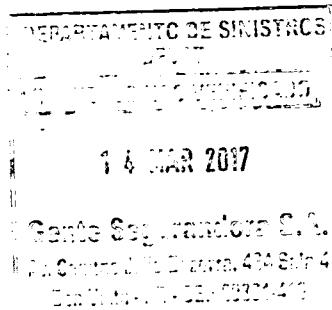
Foi declarante: **O PAI**

Observação: **1ª VIA**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 26 de abril de 2006

Oficial





0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

THE BOSTON HERALD
OFFICIAL PUBLICATION OF THE BOSTON HERALD CO., INC.



Po legiak užitečno

Rosilda Pessoa de Almeida

ARTICULAE PENTADACTYLICAE

VALDA E IR TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

27/03/2013

ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

MIRIAM PESSOA DE ALMEIDA

TÉ DOCA MA

12/03/1995

CERTD NASC 16249 FLS 005 LIV A-83
151720A 00

100-328-122-30

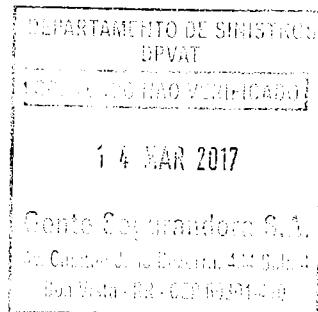
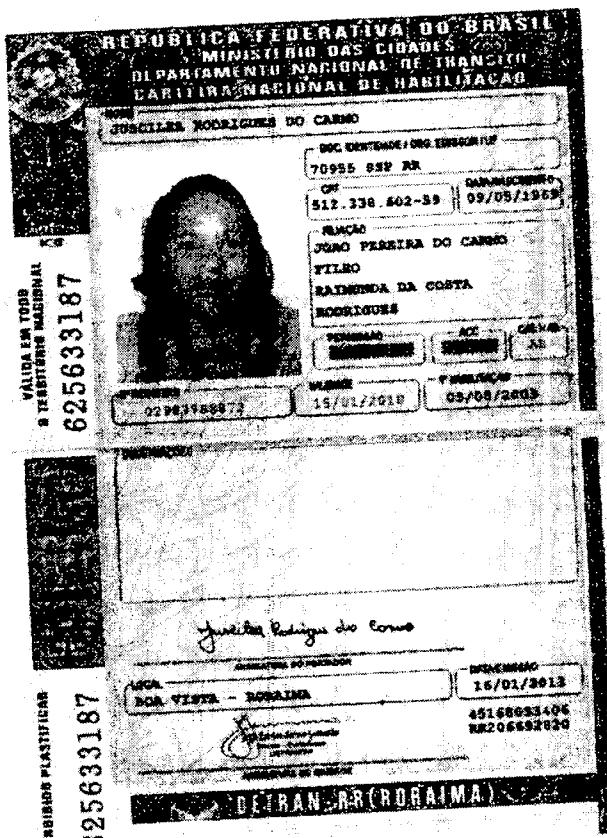
2019.2.27, 202-78

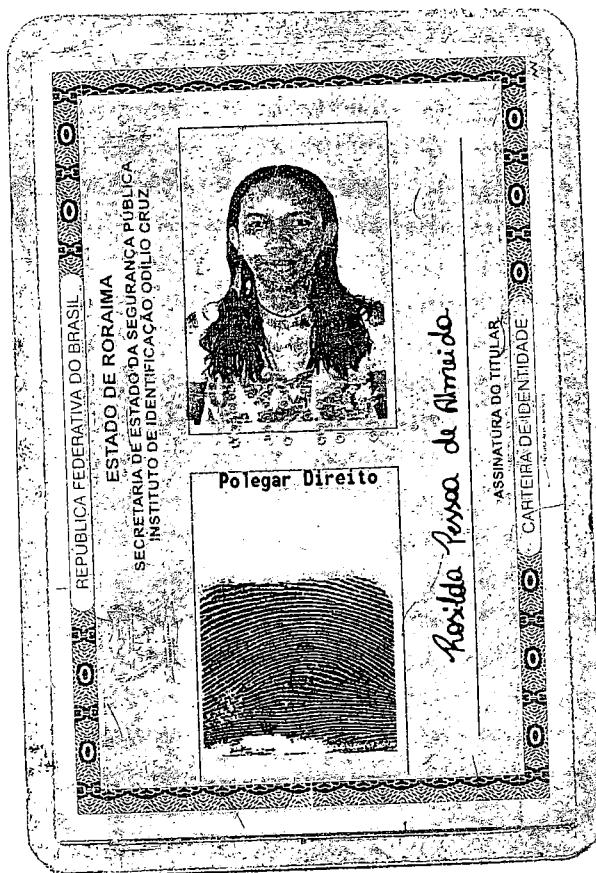
David Menezes Filho
Cientista do RCC

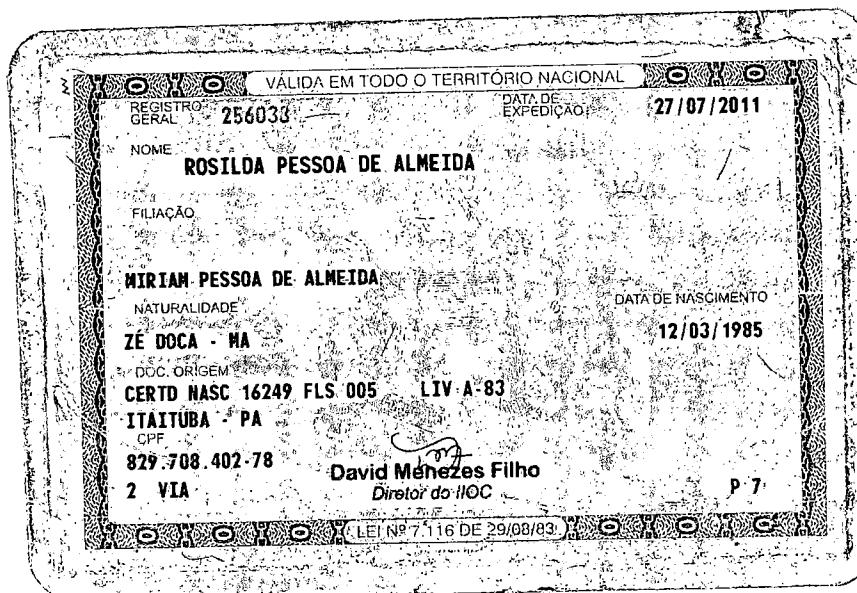
DEPARTAMENTO DE SINGULARES

• 1. THE CHURCH

S. A. 1112 2327







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170153453 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/09/2015 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

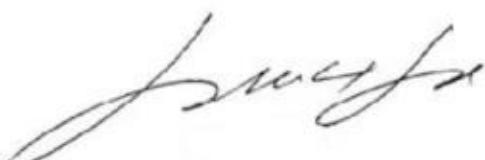
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170153453 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/09/2015 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.ALTA MÉDICA.EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM TORNозELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA Perna ESQUERDA, DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/06/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PRESTADOR

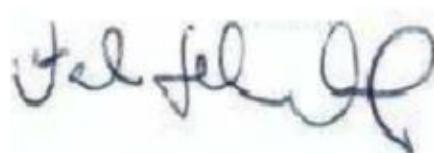
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração

0025

OUTORGANTE:

Nome ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA, representante legal da vítima RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMA
Identidade: 256033 - SSP / RR CPF: 829.708.402-78
Endereço: RUA HC 08 ,354
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS Cidade: BOA VISTA - RR - 69.316-470

OUTORGADO(A):

Nome JUSCILEA RODRIGUES DO CARMO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão:
Identidade: 70955 SSP/RR CPF: 512.338.602-59
Endereço: RUA DEUSDETE COELHO - 3394
Bairro: PARAVIANA Cidade: BOA VISTA - RR - CEP 69.307-273

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador(a) e outorgado(a) acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA, para praticar atos administrativos que se fizerem necessários na movimentação e conclusão do processo e complementar do sinistro DPVAT que vitimou em acidente de transito do(a) Sr.(a):

RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS em 01/09/2015

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer junto ao Samu, Corpo de Bombeiros, Resgate, Hospital Geral de Roraima, Policlínica Cosme e Silva, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

BOA VISTA-RR , terça-feira, 19 de janeiro de 2016 .



Rosilda Pessoa de Almeida

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

| |
|------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| DPVAT |
| 19/01/2016 (data verificada) |
| 14/01/2017 |

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço, 01/01/2016, por verdadeira
Boa Vista - RR, 01/01/2016 e dou a falar:
 Daniel Aquino - Oficial
 Lúcio Paes - Substituto
 Ellen Carvalho - Auxiliar

Gente Seguradora S.A.
Av. Constituição, 414 Salm. 4
Boa Vista - RR - CEP 69.301-410

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000018675-6

Nr. da Autenticação 74544B4ED3EFE791