

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
Vítima: 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 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 nº: 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 início 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 nº: 11253860

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.: 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 Vitimas 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 PERNA 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 complicação.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DEFICIT 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 seqüela 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)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 de Toledo F. Terrigno

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



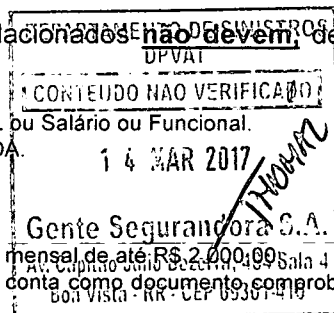
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

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 BOA VISTA - RR, CPF/CNPJ No. 829.708.402-78, PROFISSÃO AUTONOMA E RENDA MENSAL DE R\$ NAO INFORMADA (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **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;
- 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 304 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 Joao Bezerra, 434 Sala 4
San Vito - RR - CEP 69301-410



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

344604

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

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



Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Avenida Jerusalem

Bairro: Cambará

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Zê Doca	Sexo: Feminino	Nasc: 12/03/1985
Profissão: Auxiliar de Secretaria Escolar			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Miriam Pessoa de Almeida		Nome do Pai: Nao Declarado	
Endereço			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua HC -8		Nº: 354	
Bairro: Senador Helio Campos			
Telefone: (95) 99114-8322 (Celular)			

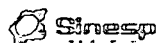
Nome: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira		Sexo: Masculino	Nasc: 22/12/2005
Nome da Mãe: Rosilda Pessoa de Almeida		Nome do Pai: Juscelino Nascimento Dos Santos	
Endereço			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Rua HC-8		Nº: 354	
Bairro: Senador Helio Campos			

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

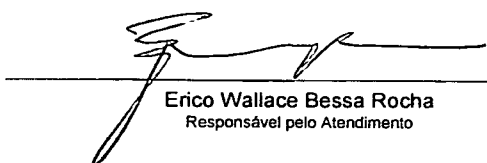
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosilda Pessoa de Almeida	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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



ASSINATURAS



Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento



Rosilda Pessoa de Almeida
Rosilda Pessoa de Almeida
Comunicante

Ryan de Almeida Dos Santos
Vítima

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



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

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

Logradouro: Avenida Jerusalem

Bairro: Cambará

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Zé Doca

Sexo: Feminino

Nasc: 12/03/1985

Profissão: Auxiliar de Secretaria Escolar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Miriam Pessoa de Almeida

Nome do Pai: Não Declarado

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua HC-8

Bairro: Senador Helio 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 Helio Campos

Nº: 354

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO - DPVAT	DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO - DPVAT	DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO - DPVAT
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Placa NAT7858	Número do Chassi 9C2JC30707R241413	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor PRETA	30 MAI 2017
UF Veículo Roraima	Município Veículo 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	Envolvidos	
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 ADÃO SANTOS SILVA pela avenida Jerusalem, sentido bairro/centro, quando um caminhão pipa, de placa e condutor não identificados, cruzou a frente sem dar 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 garupados da motocicleta e caíram no chão, sofrendo várias lesões corporais. Que foram socorridos pelo RESGATE e encaminhados ao Hospital Infantil. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Era o relato.

ASSINATURAS

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

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

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

Rosilda Pessoa de Almeida
Comunicante

Ryan de Almeida Dos Santos
Vítima

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SIGINT
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

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

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

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;

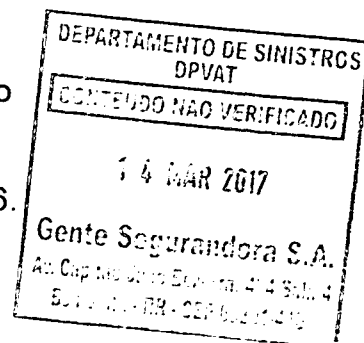
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de IPA PARCIAL causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas 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.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
REGISTRO CIVIL - PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIÃO Wagner Mendes Coelho
José Coelho de Souza Neto
Substituto
Av. Atalaia, 1016, n.º 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5808
Boa Vista Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro N.º A-96 de Registro de Nascimento, às Folhas N.º 280-F, sob o N.º 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
Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO
José Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 434 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 68000-410

Certidão de nascimento



0011

ASL-0102781/17
Jose Junior.0019
12/04/2017 10:33:06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ASL-0102781/17
Jose Junior.0019
12/04/2017 10:33:06



ESTADO DE RORAIMA
REGISTRO CIVIL / PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
TABELIÃO Wagner Mendes Coelho
José Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO
Av. Abade Toledo, n° 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 3625 5608
Boa Vista - Roraima

ASL-0102781/17
Jose Junior.0019
12/04/2017 10:33:06
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 fe.

Boa Vista, 26 de abril de 2006

José Coelho de Souza Neto
TABELIÃO
SUBSTITUTO

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 69.001-410

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 69.001-410

ASL-0102781/17
Jose Junior.0019
12/04/2017 10:33:06

ASL-0102781/17
Jose Junior.0019
12/04/2017 10:33:06

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 PAIVA JONES – 2º TEN QOCBM
Comandante da CEPH

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2017

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 MAR 2017

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

Avenida Venezuela, 1271 – Pricumã, Boa Vista-RR; CEP: 69309-690.
Tel.: (XX) 95.2121-7601-7621 Fax.: 95 – 2121-7630 (Comando Geral).
EMERGÊNCIA: 193; E-MAIL: bombeiros@bombeiros.rr.gov.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
REGISTRO CIVIL - PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO
TABELIÃO Wagner Mendes Coelho
José Coelho de Souza Neto
Substituto
Av. Atalaia Teive, 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
Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO
José Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
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
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0018172
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: P45-03
REG. DE REFERÊNCIA: 18174

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

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: AV. JERAZAEN Nº: - BAIRRO: CAMBURA
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: ESC. GIMNASIA
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: IAN DA SILVA SANTOS D.N.: 22/12/05 IDADE: 09 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino R.G.:
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 de transportado para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.



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

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

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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

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

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanh <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

6. SINAIS VITAIS

PA: _____ FR: _____ FC: _____ SpO2: _____ DEPARTAMENTO DE REGISTRO: _____
DPVAT: _____ Temperatura: _____

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

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

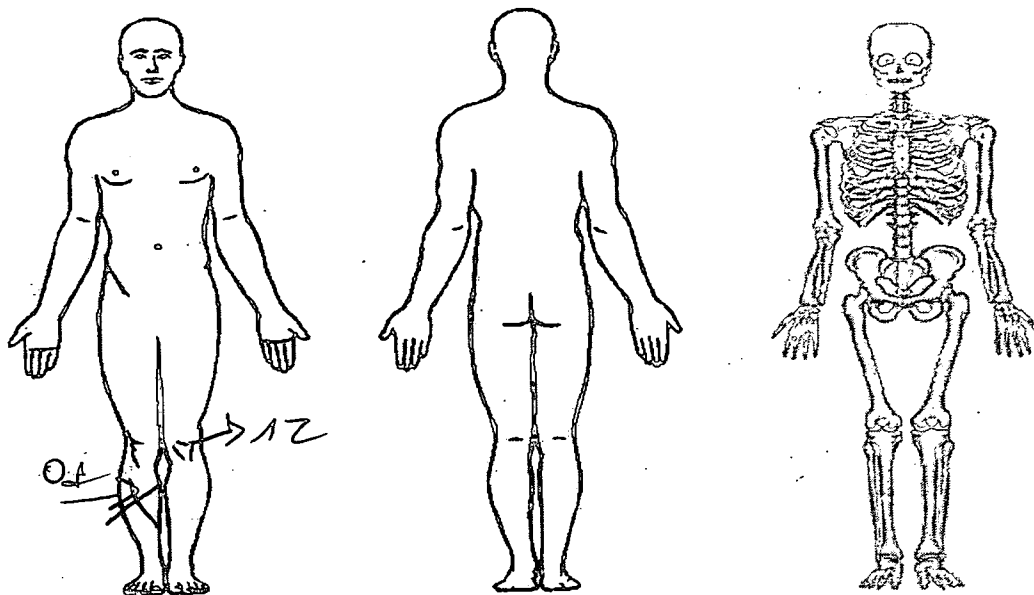
8. CASOS CLÍNICOS

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

9. ORIGEM DO TRAUMA

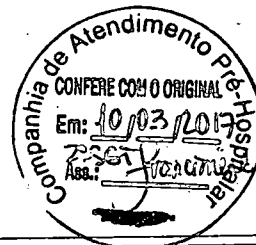
- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> 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 CONSCIENTE, COM ESCORIAÇÕES E SUSPEITA DE FRATURA NA TÍBIA DIREITA. REALIZADA A IMOBILIZAÇÃO E REMOVIDA AO PSI PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

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

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | <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 Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton 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 BOERL	SP CARDOZO	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 1688




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

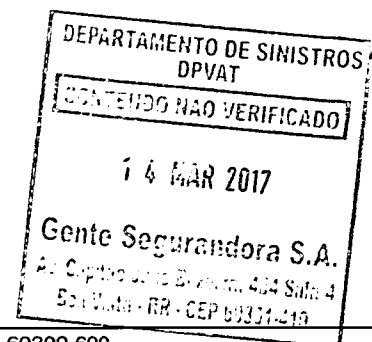


DECLARAÇÃO

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 PAIVA JONES – 2º TEN QOCBM
Comandante da CEPH





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: 0045-03
REG. DE REFERÊNCIA: 18174

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

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA
ENDEREÇO: R. JERONIMO N° - BAIRRO: CAMARÁ
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: ESC. N.º 10272-3
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO: GUIMARÃES

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA
NOME: TANIA SILVA SANTOS R.G.:
D.N.: 22/12/05 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 de:
☐ 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: ☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma
Resposta Verbal: ☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp. / Gemidos ☐ 1. Nenhuma
Resposta Motora: ☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma
Total: 15 pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)
Abertura Ocular: ☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma
Resposta Verbal: ☐ 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhado ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3. Irritabilidade persistente ☐ 2. Agitação ☐ 1. Nenhuma
Resposta Motora: ☐ 6. Movimenta os 4 membros ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4. sente dor, mas não retira ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma
Total: 12 pontos

6. SINAIS VITAIS
PA: 110/70 FR: 12 FC: 80 SpO2: 98% Temperatura: 36,5°C

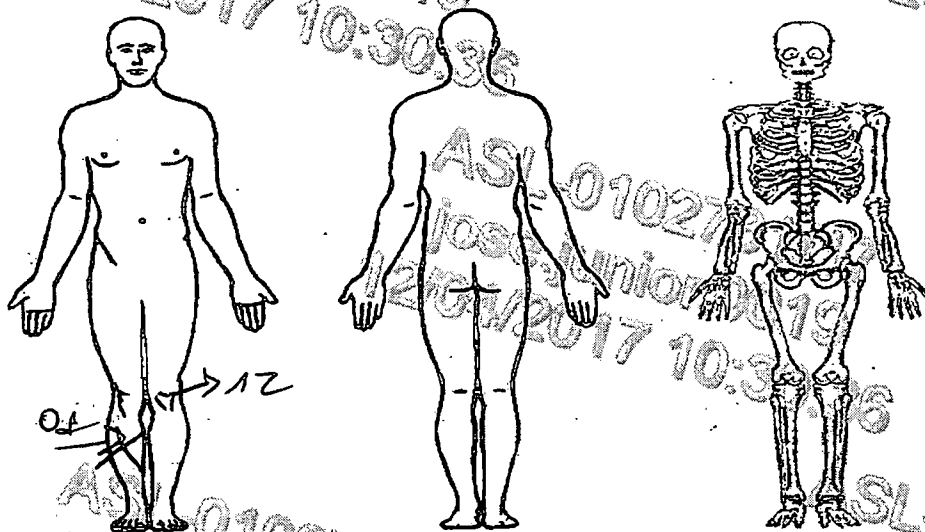
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA
ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

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

VIT. MA. CONSCIENTE, COM ESCORIAÇÕES E LUXAÇÃO DE FRATURA NA FIBULA DIREITA. REALIZADA ATEND. - BILIZACAO E REMOÇÃO AO PSI PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

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

- | | | | | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | <input type="checkbox"/> Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | <input type="checkbox"/> Fis | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | <input type="checkbox"/> 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

12 ABR 2017

Gente Seguradora S.A

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Bom Visão - RR CEP 68301-410

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input checked="" type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton 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

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

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- | | | | |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Resp. pelo preenchimento: |
| SGT MACHADO | SGD BOER | SP CARDOSO | 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 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 PAIVA JONES – 2° TEN QOCBM
Comandante da CEPH





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 ☐ CLÍNICA
CÓDIGO: P645-03
REG. DE REFERÊNCIA: 1817

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

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: Av. JERONIMINHO
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: BSC. Bairros: CAMBURA, GUIMARÃES
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: TANIA SILVA SANTOS
D.N.: 22/12/05 IDADE: 09 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino R.G.:
ENDEREÇO: Rua HC-08
CIDADE: BV Telefone: 99139 9907
NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO

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/_____
Testemunha: RG N°: SSP/_____

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

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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

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

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<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

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: FC: SpO2: DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPV: Temperatura: 30 MAI 2017

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

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

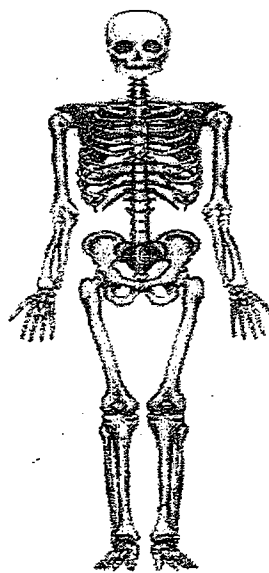
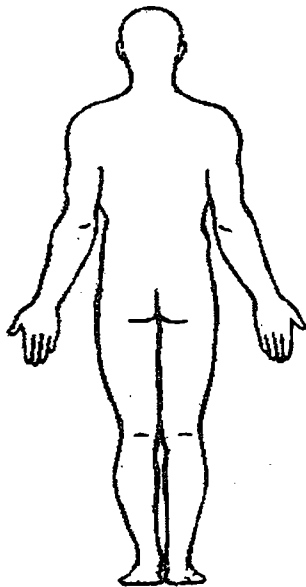
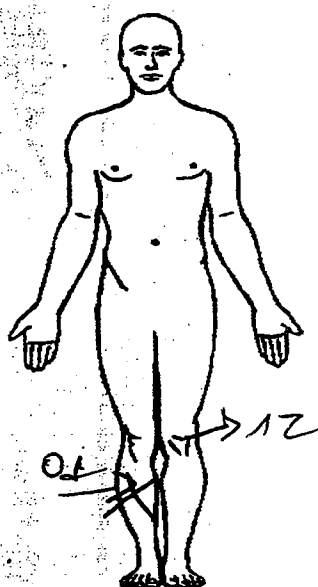
8. CASOS CLÍNICOS

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

9. ORIGEM DO TRAUMA

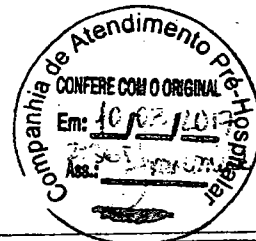
- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> 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 CONSCIENTE, COM ESCORIAÇÕES E SUSPEITA DE FRATURA NA TÍBIA DIREITA. REALIZADA A IMOBILIZAÇÃO E REMOÇÃO AO PSI PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

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

- | | | | | |
|---|---|------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | <input type="checkbox"/> Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | <input type="checkbox"/> Fls | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | <input type="checkbox"/> 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 Antonio | <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	SA BOREL	SP CARDOSO	Machado

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

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

Carimbo: Antonio Pires
CRM 1588



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

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 62920

ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

R. HC 08, 354,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316470 BOA VISTA**RR**

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

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

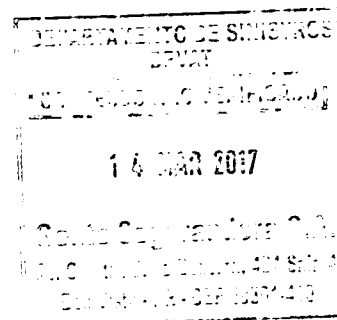
recorte aqui



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

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

836500000010.218900750009.000000001016.645802170052

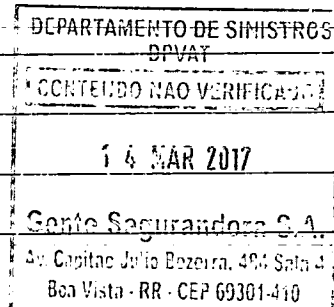




DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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
Telefone de Contato	(95)99134-8782
E-mail	



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**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 RESENDE

R. 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

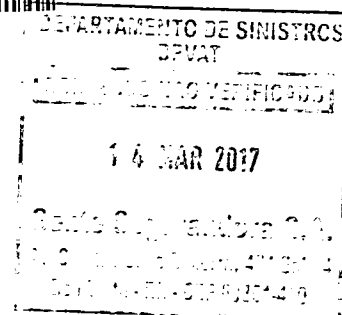
autenticação mecânica

recorte aqui


Eletrobras
Distribuição Roraima**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.

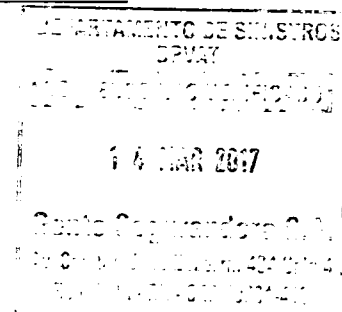
Pelo exposto, eu Juscelina Rodrigues do Carmo portador(a) do
RG nº 70955, expedido por SSP/RJ, em
16/01/13, CPF/CNPJ nº 512.338.602.59,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ronilda
da Trindade Almeida do sinistro de DPVAT da natureza Intervenção
da vítima Ryan de Almeida 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: CNH e Comprovante de Renda

Juscelina Rodrigues do Carmo
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Adão Santos Silva,
 RG nº 233.437, data de expedição 09.11.2000, Órgão SSP/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

Adão Santos Silva

Assinatura do Declarante

Rosilda Pessoa de Almeida

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



RECONHECIMENTO



DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Amílcar Teixeira, 107 - A. B. - Boa Vista - RR
 Fone: (067) 227-2290

Reconhecimento por Verdadeira a(s) firma(s)

[Hg5JEBw0]-ADAO SANTOS
 SILVA. e. [Hg5Jhxx0]-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) ISENTOS >

Lúcio Ricardo 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

Servidor (a): CLEUMAR PEDROSO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

DADOS CLÍNICOS:

13:00 - Paciente vítima de acidente de trânsito, mobilizado, ferido pelo batimento no chão, com lesão na cabeça, em nível lateral direito, com lesão cervical. Estava em uso de capacete novo, porém colado. Sem história de perda de consciência. A VA pérvia e não há sinais de trauma. C/ hemiparesia direita, com déficit de força e sensibilidade em membros superiores e inferiores. R/ Ressonância

AGNÓSTICO / CID 10:

Politrauma

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:

1) Dexametasona 0,5mg
 2) Analgésico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

PROCESSO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

CNPJ 07.044.814/0001-00

EST. DO PARANÁ 10.910-900

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA:

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

ortopedias 02/09/15

Caso de 9 anos, vítima de trauma em
juntação.

Rx mostra fratura distal do
radio e ulna eq. com lesão
do pole com gonalgia e sinais
neurológicos presentes.


CD: Redução
imobilização
Internação

Dr. Fábio Ferreira de Lima
MEDICINA ORTOPÉDICA
CRM/R 1663

INTERCONSULTA
SAMU/EMERGÊNCIA

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

1 1 1 1 1

 <p>PREFEITURA BOA VISTA Instituir e Cuidar das Pessoas SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA</p>	<p align="center">GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</p>	<p align="center">SUS</p>
--	---	----------------------------------

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

Data: 23/02/16 Hora de Atendimento: _____
 Especialidade: OTOR Indígena: Sim () Não (X)
 Nome da Criança: Ryane de Almeida do Santos
 Data de Nascimento: 22 / 12 / 2005 Sexo: Masc. () Fem. ()
 Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____
 Pai: _____
 Mãe: Rosilda M. do Santos
 Fone: _____ Cel: _____

Cartão SUS: _____

Queixa Principal: _____

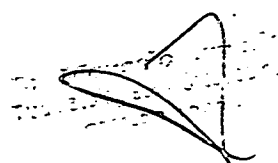
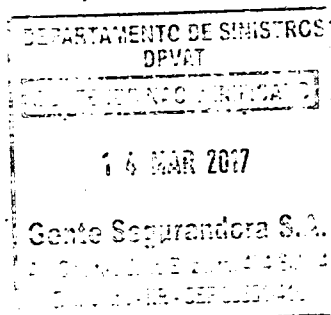
H.D.A.: _____

Exame Físico: _____

Impressão Diagnostico: _____

Exames Solicitados: _____

Conduta: _____



PRONTUÁRIO: 56020 CNS:
NOME: RYAN DE ALMEIDA DOS SANTOS
N.MÃE: ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS
END.: RUA CIC ARE 67
SAN TA T EREZ A

DT.NASC. 22/12/2005
FONE:

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 no membro superior

na - dor no membro inferior
- dor no membro inferior

EXAME FÍSICO

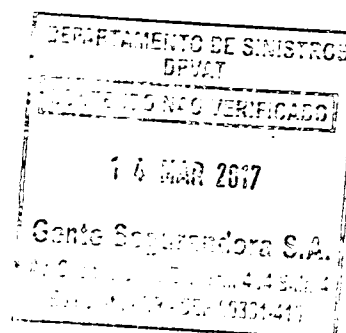
na - dor no membro inferior
na - dor no membro inferior

IMPRESSÃO DIAGNOSTICO

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista e Traumatologista
CRM 12345

EXAMES SOLICITADOS

CONULTA





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

GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SAME

TRIAGEM

PRONTUÁRIO: **56020**

PESO: _____

LIVRO DE REGISTRO Nº: _____

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

HORA DA CHEGADA: _____

ESTATURA: _____ P.C.: _____

DATA: **22/09/15**

HORA DO
ATENDIMENTO: **07:30**

ESPECIALIDADE: **Ortop/ Marcelo**

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

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

SEXO: **M**

INDÍGENA: **N**

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

PAI: _____

MÃE: **ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA**

FONE / CEL: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762**

QUEIXA PRINCIPAL:

com lesão luxotornal no

H.D.A:

sem fratura

EXAME FÍSICO:

ao exame sem lesão: sem

IMPRESSÃO DIAGNOSTICO:

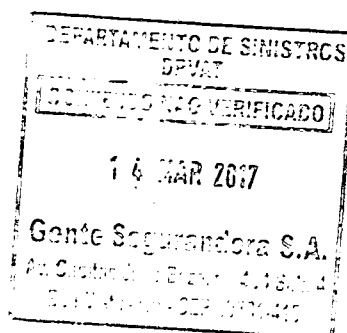
*entorsementes em nível do menisco
com fratura, sem lesão ligamentar.*

EXAMES SOLICITADOS:

CONDUTA:

*✓ com lesão luxotornal
12 p. de repouso*

Dr. Marcela Ruda
Traumatologista / Ortopedista
CRM-RR 1243





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

GUIA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SAME

TRIAGEM

PRONTUÁRIO: **56020**

PESO: _____

LIVRO DE REGISTRO Nº: _____

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

HORA DA CHEGADA: _____

ESTATURA: _____ P.C: _____

DATA: **15/09/15**

HORA DO ATENDIMENTO: **07:30**

ESPECIALIDADE: **Ortop/ Marcelo**

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

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

SEXO: **M**

INDÍGENA: **N**

ENDEREÇO: _____, BAIRRO: **SANTA TEREZA**

PAI: _____

MÃE: **ROSILDA NASCIMENTO DOS SANTOS**

FONE / CEL: _____

CARTÃO SUS: **898003005379762**

QUEIXA PRINCIPAL:

Rx radiografica WOT LOM ANTEV. VAO

H.D.A:

ALERGICO

EXAME FÍSICO:

sem alterações

após em bom estado de W.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICO:

W. P. P. de J. M. A.

EXAMES SOLICITADOS:

cf. W. P. P. de J. M. A.

CONDUTA:

*Dr. R. Almeida
Ortopedista / Ortopedista*



O.E: M140010001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 02 / 2016

Num AIH : 141510031947-9

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 01/2016

Data Autorização: 01 / 09 / 2015

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M140010001 CRC :
Doc autorizador : 201591504120007 Doc med resp : 203668074920005 Doc diretor clínico : 201561906850018 Doc médico solíc : 980016003578306
CNS : 2320681 - HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO CNS : 89800300537976-2
Paciente : RYAN ALMEIDA DOS SANTOS Prontuário : 56020
Data Nasc. : 22 / 12 / 2005 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : IGNORADO Doc :
Responsável pac. : ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA Nome da Mãe : ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA
Endereço : TRAVESSA SAO RAFAEL 16 Bairro: CENTENARIO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município : 140010 - BOA VISTA UF : RR CEP : 69312-585 Telefone : (95)9913-99907 Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.08.05.022-5 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA
Procedimento principal : 04.08.05.022-5 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA
Diag. principal : S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Complementar : Causa Obito :
Carater atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 01 / 09 / 2015 Data saída : 09 / 09 / 2015 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01 : 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	HEMOGRAMA 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

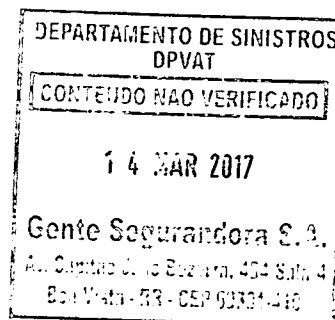
CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos Número de Saídas N° Pré-Natal:
- vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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"





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



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

Ryem Almeida dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/12/2005

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em punha Esq.
Rx frad. de tíbia e fíbula esq.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO 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

Tratamento cirúrgico 22.04.17
Haila

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 fíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortop

28 - N° DOCUMENTO

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Marcelo

Dr. Marcelo F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10488
Título de Especialista
PROF. TEST 10488

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/03/15

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

Dr. Fábio Ferreira
MÉDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1553

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

341510031947-9

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☐

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

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 osso do Perna E

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 acino

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 - CAUSAS ASSOCIADAS

Dr. Bruno A. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1732

Título de Especialista
SBE - TESTE 1732

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

manipulação + imobilização

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SINISTRO

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

1

Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

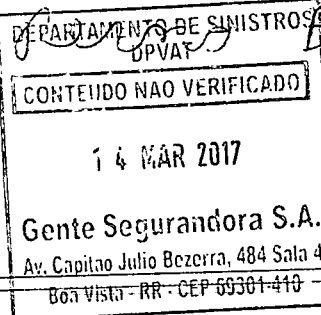
15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura de osso do



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A acuma

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

Rx + exame físico

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fr. fíbula e fíbula E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

manipulação + imobilização

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

V 8108

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

8/8/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

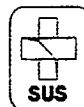
() CNS

() CPF



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



PREFEITURA
BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

NOME DO PACIENTE <i>Ryan de Almeida dos Santos</i>	APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>56020</i>	DATA <i>08/09/15</i>
CIRURGIA/TIPO <i>Redução incremental PE</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>14:06</i>	FIM <i>14:27</i> TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO <i>Dr. Marcelo A</i>	ANESTESISTA <i>Dr. Zita das Rêgas</i>
1º AUXILIAR <i>Res: Bruno</i>	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	CIRCULANTE <i>Zaira + Rai</i>

TIPO DE ANESTESIA

geral inalatória + venosa

TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	<i>250 mL</i>
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCÓOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
1	PARES DE LUVA Nº			ATADURA DE CREPOM Nº	
1	EQUIPOS P/ SORO <i>macro</i>			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº		6+4	<i>gessos de 15cm</i>	
	AGULHAS		6	<i>algodão ortopédico</i>	
	COMPRESSAS			<i>seringa 10mL</i>	
	LÂMINAS P/ BISTURI			<i>seringa 5mL</i>	

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE	<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEPARTAMENTO DE MATERIAL/MEDICAMENTOS 14 MAR 2017</div>	
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO(A)/C.C. DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO <i>Isabel</i>		
		SUB-TOTAL	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Gente Segura TAXA DE SALA E ANESTESIA



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 08/09/15 O.S. _____

PLAN de cirurgia de JOINTS

Diagnóstico Pré- Operatório

Plano de cirurgia de JOINTS

Indicação Terapêutica

de intervenção cirúrgica

Tipo de intervenção

A PROPOSTA

Medicações e Acidentes

NÃO

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia

CRM/1047

Título de Especialista
SBOT-TEOT 10488

Cirurgião

Dr. B. Santos

1º Auxiliar

Dr. E. B. Santos

Instrumentadora

Anestesistas

Uma filha

Anestesia

at. de

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Plano de cirurgia de JOINTS
de intervenção cirúrgica
em JOINTS*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Caxangá, 404 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP 55304-000

Data

08/09/15

Assinatura

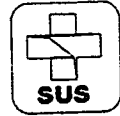
[Handwritten signature]



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

08/09/15



Idade 9a

Peso 25.300g

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

14:00

Nome:

Ryan de Almeida dos Santos

Prontuário

56020

Santos

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTABILIDADE

14 MAR 2017

Ass I

GRUPO SEGURADOR S.A.
Av. Canibal, 414 Sala 414
Boa Vista - PE - CEP 60301-410

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A fenta 30 mcg		geral venosa
B Propofol 80 mg + 50g		e Intubação
C O2 + N2O + Sevo		Ventil. espontânea.
D 2		
E		
F		
G		
GLICOSE		
INDCD		
SANGUE		
FLS 250		
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA

ANOTAÇÕES

Monitor
Pacimetro
cardioscopio
A RPA

Cânula - Naso/Oro Faringea
Bal - Tamp - Calibre do Tubo
Dificuldade Técnica

Naso/Orotraqueal - Cega
Sob Máscara

OPERAÇÃO

Fratura de Tibia
E → Redução

Laringo - Espasmo-Excesso Socrio. Depressão Hemorragia - Arritmia Bradi-
Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito Taquicardia - Choque

COD CIRURGIÃO

PERDA SANGUÍNEA

1000ml



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Rafael de Almeida Peres IDADE: _____

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

HAO CLING,

~~Visita Realizada~~

03.01.01.004-8

~~Luciana Dias Pacobahyba~~

CR:47^o - 790

Horário da Medicação

[illegible]



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



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

[illegible]



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME:

Ryan De Plamen

LOADS:

90

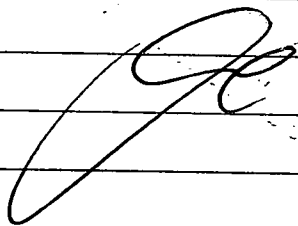
PESO:

PRONTUÁRIO:

HD:

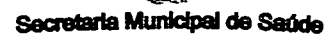
BLOCO:

LEITO:

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
04/09/15	(1) DILSON LIMA (2) DIPINON 73ml (w) 6/6L (SN)	SND SN 2/4
	(3) ANTIACIDOS GASTRO	Realizar
	Ondas de choque na T3/T4 Sem cirurgia cirurgia desnecessária	
		
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CERTIFICADO VERIFICADO 14 MAR 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João B. Silva, 434 Sala 4 Bela Vista - Rio de Janeiro - RJ	



PRESCRIÇÃO MÉDICA



PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 61

[illegible]

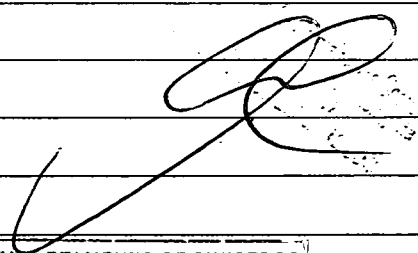


PRESCRIÇÃO MÉDICA



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: RYAN SIMÕES IDADE: _____
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: _____ LEITO: 11

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
05/09/15	<p>1) DILATA LIVRE</p> <p>2) DIPLOMIA 13ml</p> <p>3) SINDO VITRI</p> <p>4) UNIDON 0500L</p>	<p>SND</p> <p>6/6h SIN</p> <p>Retina</p> <p>Retina</p>
	<p>ORTOPTICIA</p> <p>TRAT OSIO DO PERNA</p> <p>SEM EXOYIT</p>	
	<p>ABUNDAS CIMAIGIS</p>	
	<p>CIMAIGIS FUXIMO</p> <p>DOUG DO MIMCO</p>	
		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEMAT REC. ENLO NO VERIFICADO 14 MAR 2017 Carlo C. </div>	



**HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

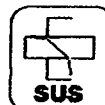
NOME: Rogério Almeida IDADE: 092
PESO: () PRONTUÁRIO: HD: BLOCO: C LEITO: 11

[illegible]



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan Almeida IDADE: _____

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

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
03/09/16	<p>NUTRIÇÃO CLÍNICA VISITA REALIZADA 03-04-05-06-07-08 Deuzirlene Berardinelli NUTRICIONISTA CRN-7º/836</p> <p>(1) Dieta Lútil (2) AUP (3) Diapiron 1,3 ml c 6/6h (4) Difenil 10 mg c 17/17h (5) SSU + CCJS (6) oform Liguado</p>	<p>SND manter 12 18 24 06 18 06 Rotine oform</p>
	# out68000	
	# Funtun de uns de Pen	
	# Bcy, Lofc, Al. Al. Al. Al.	
	ID: m5.00	
	<p>Vitor P. Santiago Médico Residente Ortopedia e Traumatologia BOA VISTA 1800</p>	
	<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p>	
	<p>16 MAR 2017</p>	
	<p>Carla S. S. S. S.</p>	

16 MAR 2017



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Ryan Almeida IDADE: 2a
PESO: _____ PRONTUÁRIO: _____ HD: _____ BLOCO: C LEITO: 11

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
02	01 - Dóla 10mg	SND
09	02 - MIP	manh
13	03 - SF 09% 150 ml (2) 6/6H	12h 18h 24h 30h 36h 42h
15	04 - Difenidramina 1.3 ml (2) 6/6H	18h 24h 30h 36h 42h
	05 - Tioridazina 10 mg (2) 12/12H	18h 06h
15.08	06 - Tramal (2.5 mg/gola) 20 gotas (2) 8/8H	18h 06h (2) (10)
	07 - sinis udms	polio
	08 - colodol 60mg	polio
Transferir ao Bloco C aguardando quando VAGA!		
cas estável BCB, expector		
felicidade		
Dr. Paulo Pereira de Lima MÉDICO PEDIATRA E NEONATOLOGIA CRM-RR 1553		
DEPARTAMENTO DE SINUSITES OPVAT		
FOLHA Nº 01 DE 01 VERIFICADO		
14 MAR 2017		
Gente Condição C.A.		
Rua da Liberdade, 424 São Paulo - SP		
Tel: (11) 3061-0100		



PREScrição Médica



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

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

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
01	01 - Dieta Livre	SND
/09	02 - PVP	mante
/15	03 - SF 08% 250 ml @ 6/6 H	18/24/06/12
	04 - Digoxina 1,3 mL @ 6/6 H	13 ^p 20-02-08 14
	05 - Tiazil 10 mg @ 12/12 H	18-06
	06 - Tramal 30mg + 50ml SF 097.	(16) 24/08
	@ 8/8 H	
	07 - Ginn's ultra	jornada
	08 - cápsulas crenas	
	Dr. João Ferreira de Lima MÉDICO ORTOFONIA FISIOTERAPIA CRM/R 1553	
12h	(9) 1 LAMAL (2,5mg / gota) 30 gotas (V) 8/8 h	18/02/10
	Aníbal K. Rossetti Médico Res. Pediatria CRM-RS 1821	
	DEPARTAMENTO DE SIMULACÃO EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS INSTITUTO ADOLFO LUTZ 16 MAR 2017	
	Centro Socioeconômico S.O. Rua Santa Helena nº 444 - Jd. Azeiteiro CEP: 05504-010	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

Wagner Mendes Coelho

Tabelião

Substituto José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataláides Telles, 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**

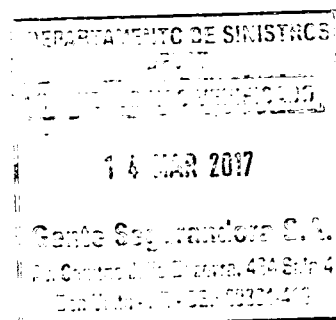
Foi declarante: **O PAI**

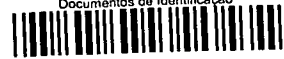
Observação: **1ª VIA**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 26 de abril de 2006

Oficial





0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Polgar Direito

Rosilda Pessoa de Almeida

ART. 184 DA CONSTITUIÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

27/07/2013

ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA

MIRIAM PESSOA DE ALMEIDA

ZÉ DOCA - MA

12/03/1985

CERTID MASC 16249 FLS 005 LIV A-83

ETAITUBA - PA

019.709.402-78

2 VTA

David Meneses Filho

Diretor do ROC

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

16 MAR 2017

Carla Siqueira S. A.

Endereço: Rua da Igreja, 111 - São João

Telefone: (011) 50533440



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSEILMA RODRIGUES DO CARMO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO
70955 839 RR

QU
512.338.602-39

DATA NASCIMENTO
09/05/1969

FUNÇÃO
JUNIO PEREIRA DO CARMO

FILHO
RAIMUNDA DA COSTA
RODRIGUES

PERMISSÃO
BOMBADEIRO

ACE
BOMBADEIRO

CEVA
A3

PREVISTO
02/04/2018

VALIDADE
15/01/2019

EXPIRAÇÃO
03/03/2019

Joseilma Rodrigues do Carmo

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA EMISSÃO
16/01/2013

45168633406
RR206682030

DETRAN-RR (RORAIMA)

**VALIDA EM TODOS
OS TESTES DE MATERIAL**
625633187

PROIBIDO PLASTIFICAR
625633187

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

COPIA DO TAC VERIFICADO

14 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Cantão de São Brás, 414 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69.014-00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Rosilda Pessoa de Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-419

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 256033	DATA DE EXPEDIÇÃO 27/07/2011
NOME ROSILDA PESSOA DE ALMEIDA	
FILIAÇÃO	
MIRIAM PESSOA DE ALMEIDA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ZE DOCA - MA	12/03/1985
DOC. ORIGEM	
CERTD NASC 16249 FLS. 005	LIV. A-83
ITAITUBA - PA	
CPF	
829.708.402-78	
2 VIA	David Menezes Filho Diretor do ILOC
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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

Valoração 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 TORNOZELO 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

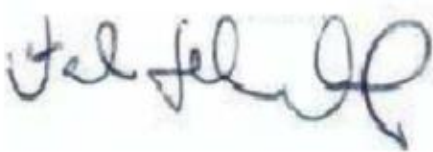
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



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

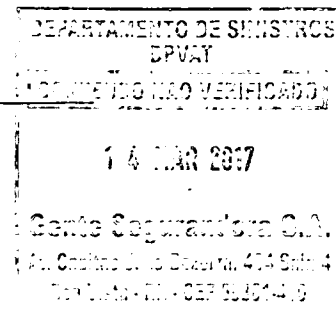
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer junto ao Samu, Corpo de Bombeiros, Resgate, Hospital Geral de Roraima, Policlínica Cosme e Silva, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais 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/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Reconheço 04 por verdadeira
Boa Vista - RR 04/02/2016 e dou fé
☐ Daniel Aquino - Oficial
☒ Lúcio Pass - Substituto
Ellen Carvalho - Auxiliar



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