



Unidade de Saúde da Família
Área de Referência Estratégica

DATA DE / SETOR

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

MATILSON PINTO DE OLIVEIRA

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

23/5/19

- 1) Dieta oral livre
- 2) AP
- 3) Ceftriaxona 1g cv 6/6 horas
- 4) Gentamicina 2mg cv 8/8 horas
- 5) Metformina 500mg cv 8/8 horas
- 6) Tylenol 300mg 8/8 horas S/N
- 7) Soro - conforme
- 8) Dexametasona 4mg cv 6/6 horas S/N
- 9) Paracetamol cv 8/8 horas
- 10) Soro + esse 6/6 horas

[Handwritten signature]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco 444 - Jd. Vila - RJ

09

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



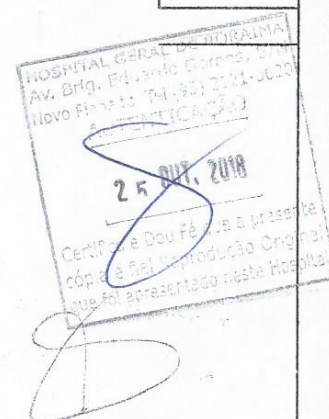
09

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|---|-----|------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | MAELSON PINHO DE QUEIROZ | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | | DATA | 23/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | SN |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | | | | 12 18 24h |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 12 18 24h |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6H | | | | 12 18 24h |
| 6 | TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 12 18 24h |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | |
| 15 | GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA | | | | 24h |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), | | | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351- | | | | |
| 20 | 400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML | | | | |
| | EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:


TRANSFERIR PARA BLOCO




| SINAIS VITAIS | TAX | FC | PA |
|---------------|--------|----|-------------|
| 6 H | 36,5 | 87 | 150x80 |
| 12 H | 36,4 C | 85 | 154x86 |
| 18 H | 36,7 C | 90 | 158x90 |
| 24 H | 36,8 | 88 | 150x80 mmHg |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

09



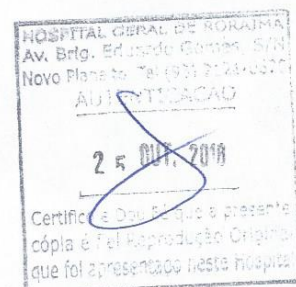
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | |
|---|---|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE MATILSON RIVATO DE OLIVEIRA | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | DATA | 24/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | 5MD |
| 2 | SF0,9 500ML EV DE 12/12H | | 24h |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | | 12 18 24h |
| 4 | TILATIL 40MG EV 1X/DIA | | susp |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | 12 18 24h |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | SN |
| 14 | GENTAMICINA 240mg Lx1 MA EV | | 20h |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | T |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | 124x86 | 88 | | 37.8 |
| 12 H | 140x85 | 43 | 20 | 36.8 |
| 18 H | 130x70 | 83 | 20 | 36.2 |
| 24 H | 124x86 | 84 | | 35.9 |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Paciente orientado. Sem queixas. Peto medicações. Sem AVP. Semem as curadelas

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2010

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bazzari, 404 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brs. Eduardo Guimaraes, S/N
Novo Planalto, RORAIMA, 69200-000
25 OUT. 2010
Certifico e Declaro que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

| SINAIS VITAIS | PA | FC | T | |
|---------------|---------|-----|--------|--|
| 6 H | 120x80 | 78 | 36.1 | |
| 12 H | 145x100 | 97 | 36.2°C | |
| 18 H | 130/77 | 100 | 36°C | |
| 24 H | 135/80 | 96 | 36.3°C | |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3498/2018/5º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º

NOME: **MAELSON PINHO DE QUEIROZ**

RG : **123061 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **13/05/1974**

TELEFONE: **99156-7868**

ENDEREÇO: **RUA – PADRE CALERI, 327**

BAIRRO: **SÃO FRANCISCO**

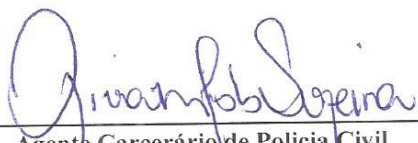


O comunicante compareceu nesta especializada, para acrescentar/corrigir no

Boletim de Ocorrência supracitado Dados do Veículo e o nome do Proprietário;

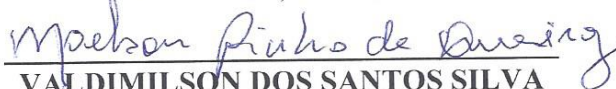
- **MOTOCICLETA HONDA/TWISTER CB 250;**
- **PLACA – NAS-4987;**
- **COR – PRETA;**
- **CHASSI 9C2MC4400GR014294;**
- **RENAVAM 01099606966;**
- **ANO 2016/2016;**
- **MAELSON PINHO DE QUEIROZ (PROPRIETÁRIO);**





Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 17 de Maio de 2019.


VALDIMILSON DOS SANTOS SILVA
Comunicante



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



520585

| | | | |
|---------------------------------|---|--------------------|----------------|
| BOLETIM Nº 3498/2018 | BOLETIM DE OCORRÊNCIA - PCRR | | |
| DATA DO REGISTRO: 24/12/2018 | DELEGADO (A): ERIC SILVA PEREIRA | | |
| HORA: 08H00MN | EQUIPE: 1º DP, 2º DP E NPCA | | |
| | ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua Vicente Correia Lira c/ a Felipe Xaud, Bairro Asa Branca | DATA 22/05/2018 | HORA 15H30M |

| | |
|--------------------------|----------------------|
| DADOS DA INFRAÇÃO | |
| CÓD. INFRAÇÃO | ACIDENTE DE TRÂNSITO |

COMUNICANTE/ VÍTIMA

| | | |
|---------------------------------|---|---------------------|
| NOME: MAELSON PINHO QUEIROZ | | RG: 123061 SSP/RR |
| DATA NASC 13/06/1974 | ENDEREÇO: RUA PADRE CALERI, 327 – SÃO FRANCISCO | |
| PAI: SEBASTIAO PINHO DE QUEIROZ | MÃE: MARIA BEZERRA DE PAIVA | |
| GRAU ESC: | NATURAL: BOA VISTA RR | NACION.: Brasileira |
| SEXO:M | IDADE: | ESTADO CIVIL: U. |
| TEL CEL: (95) 99167-8144 | PROF: TEC. EM MANUTENÇÃO | ESTAVEL |

SUPOSTO INFRATOR

| | | |
|--------------------|-----------|---------------|
| NOME: DESCONHECIDO | | RG: |
| DATA NASC | ENDEREÇO: | |
| PAI: | MÃE: | |
| GRAU ESC: | NATURAL: | NACION.: |
| SEXO:M | IDADE: | ESTADO CIVIL: |
| TEL CEL | PROF: | |

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante compareceu neste Distrito Policial para informar que, na referida data, hora e local acima citado se envolveu em um acidente de trânsito, quando trafegava conduzindo o veículo HONDA CB 250 TWISTER, de cor preta, placa NAS 4987, tendo sua esposa FERNANDA CARNEIRO DO NASCIMENTO, como passageira, QUE um veículo (acredita que é daqueles Taxi que faz rota para o interior, de cor preta, placa não identificada) invadiu a presencial e colidiu em sua moto e fugiu do local; QUE teve fratura exposta no tornozelo direito. QUE a referida moto é de sua propriedade. QUE esse BO é para fins de receber o seguro DPVAT. É o Relato.

Lizane F. Matos
LIZANE F. MATOS
ACPC

Maelson P. Pinho de Queiroz
MAELSON PINHO QUEIROZ.
COMUNICANTE

| |
|----------|
| DESPACHO |
| |
| |
| |

| |
|----------|
| DESPACHO |
| |
| |
| |



OBS: O denunciante é responsável por garantir a veracidade das informações prestadas. Se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúnciação Caluniosa, previsto no art. 339 do Código Penal, que assim dispõe: "Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: Pena- Reclusão de 02 (dois) a 08(oito) anos e multa."



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



09 MAI 2019

| |
|---------------------------------|
| BOLETIM Nº 3497/2018 |
| DATA DO REGISTRO: 24/12/2018 |
| HORA: 08H00MN |

| |
|------------------------------------|
| BOLETIM DE Ocorrência - PCRR |
| DELEGADO (A): ERIC SILVA PEREIRA |
| EQUIPE: 1º DP, 2º DP E NPCA |
| ENDEREÇO DA Ocorrência: Rua CENTRO |

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

| | |
|------------|--------|
| DATA | HORA |
| 22/12/2018 | 15H30M |

| DADOS DA INFRAÇÃO | |
|-------------------|-------|
| CÓD. INFRAÇÃO | FURTO |

COMUNICANTE/ VÍTIMA

| | |
|---------------------------------|---|
| NOME: MAELSON PINHO QUEIROZ | RG: 123061 SSP/RR |
| DATA NASC 13/06/1974 | ENDEREÇO: RUA PADRE CALERI, 327 - SÃO FRANCISCO |
| PAI: SEBASTIAO PINHO DE QUEIROZ | MÃE: MARIA BEZERRA DE PAIVA |
| GRAU ESC: | NATURAL: BOA VISTA RR |
| SEXO: M | IDADE: |
| TEL CEL.: (95) 99167-8144 | PROF: TEC. EM MANUTENÇÃO |
| | NACION.: Brasileira |
| | ESTADO CIVIL: U. |
| | ESTAVEL |

SUPOSTO INFRATOR

| | |
|--------------------|---------------|
| NOME: DESCONHECIDO | RG: |
| DATA NASC | ENDEREÇO: |
| PAI: | MÃE: |
| GRAU ESC: | NATURAL: |
| SEXO: M | IDADE: |
| TEL CEL | PROF: |
| | NACION.: |
| | ESTADO CIVIL: |

HISTÓRICO DA Ocorrência

O comunicante compareceu neste Distrito Policial para informar que, na data acima por volta das 16:00 saiu com sua filha para ir na farmácia pague menos, comprar material de curativo, e ao entrar na farmácia percebeu que uma bolsa de sua filha que estava pendurada na cadeira de rodas, havia desaparecido; Que o comunicante voltou fazendo o percurso que tinha feito, e foi informado por um segurança da loja boticário, que viu uma senhora de nacionalidade venezuelana, com uma bolsa com as característica da bolsa da filha do comunicante; Que na bolsa tinha os seguintes documentos: RG, CPF, TITULO DE ELEITOR, CERTIFICADO DE RESERVISTA, CARTÃO DO SUS, CARTAO DO BANCO BRADESCO, CARTAO DA AMEX, CARTÕES DE PLANO DE SAÚDE, BRADESCO, CNH, CRLV E DUT DA MOTOCICLETA TWISTER DE PLACA NAS-4987, UMA QUANTIA DE CINQUENTA E QUATRO REAIS, UM MOLHO DE CHAVE, UM BOLETIM DE Ocorrência, UM APARELHO DE CELULAR MOTO G5 S PLUS, UM CELUAR MOTOROLA MOTO G2. DE PROPRIEDADE DA EMPRESA PROXXI TECNOLOGIA, ONDE O COMUNICANTE TRABALHA; Que o mesmo solicitou as imagens das câmeras de segurança da farmácia, o que constatou que a suposta infratora aproveitou o momento em que a filha do comunicante foi para frente da cadeira de rodas para abrir a porta de

Obs.: O denunciante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúnciação Caluniosa, previsto no art. 339 do Código Penal, que assim dispõe: "Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: Pena- Reclusão de 02 (dois) a 08(oito) anos e multa."


Av. Brasil, s/n.º - Distrito Industrial - Boa Vista/ RR.
☎(95) 4009-4050

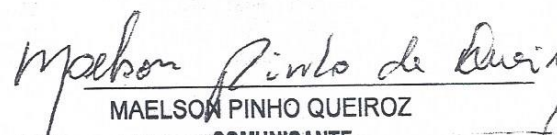


ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



farmácia. É o Relato.


Antonilde Silva Feitosa
ACPC


MAELSON PINHO QUEIROZ
COMUNICANTE



DESPACHO

DESPACHO



Obs.: O denunciante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúnciação Caluniosa, previsto no art. 339 do Código Penal, que assim dispõe: "Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: Pena- Reclusão de 02 (dois) a 08(oito) anos e multa."

| | | |
|--|---|----------------|
| RECEBEMOS DE RORAIMA MOTORES LTDA. - CNPJ: 04.050.068/0001-36, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DAS NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.072.943 |
| | | SÉRIE: 5 |

| | | |
|---|---|---|
| RORAIMA MOTORES LTDA.  AV. MAJOR WILLIAMS, 460 SÃO PEDRO, 69301-110 BOA VISTA-RR FONE/FAX: 95-32241436/ 95-32245218 WEBSITE: www.hondaroraima.com.br E-MAIL: motoraima@hondaroraima.com.br | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.072.943 SÉRIE: 5 FOLHA 1 / 1 |  CHAVE DE ACESSO 1417 0204 0500 6800 0136 5500 5000 0729 4317 3372 6308 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada |
|---|---|---|

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 314170000271405 04/02/2017 09:14:20 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 24.000.936-7 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ 04.050.068/0001-36 |

| | | | |
|---|-------------------|----------------|-------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF | DATA DE EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL MAELSON PINHO DE QUEIROZ | | 382.872.262-87 | 04/02/2017 |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DA ENTRADA / SAÍDA |
| RUA PADRE CALERI, 327 | SAO FRANCISCO | 69305-250 | |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| BOA VISTA | 95-991265478 | RR | |
| FATURA / DUPLICATA | | | |

| | |
|--|--|
| (FATURA Nº: 231663 - Valor Fat.: 71,00) Dup.: 231663/01 Venc.:04/02/2017 Valor:71,00 | |
|--|--|



| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 |
| BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 |
| DESCONTO 0,95 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 |
| VALOR TOTAL DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 71,00 |

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL Sem Frete | FRETE POR CONTA 9 |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE |
| MARCA | NÚMERO |
| PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| 0,000 | 0,000 |

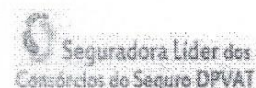
| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|----------|-----|------|----|------------|----------------|-------------|-------------|---------|------------|-----------|-----------------------|
| CÓDIGO PROD. | DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESC. | VALOR TOTAL | BC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
| 08233499K9J04 | OLEO GENUINO HONDA10W-30 24X UNIDADES | 27101932 | 060 | 5656 | UN | 2,000 | 23,00 | 0,00 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 0,00 |
| 01541H45A10 | ELEMENTO FILTRO OLEO | 84219999 | 060 | 5405 | PC | 1,000 | 25,95 | 0,95 | 25,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 0,00 |

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 000507-0 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 |
| BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 | VALOR DO ISSQN 0,00 |

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 5405: R\$ 25,00 5656: R\$ 46,00 Desc. Peças R\$: 0,95. Trib. Aprox. R\$ 6,08 Federal e 12,07 Estadual Fonte: IBPT W7m9E1. RG: 123061. Peças vinculadas a OS: 095916, Modelo: CB 250F TWISTER, Chassi: 9C2MC4400GR014294, KM: 8200, Placa: NAS-4967, Recepcionista: 0651-ORLANDO DE SOUZA. | RESERVADO AO FISCO |
|---|--------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
|  Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55 NFS-e emitida através do RPS N° 16624 Série 1 emitido em 04/02/2017 | | Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota 00016695 | |
| | | Data e Hora de Emissão 04/02/2017 11:13:20 Data do Fato Gerador 04/02/2017 Código de Verificação AQGHANKM-GXAJKJ | |
| Dados do(s) Serviço(s) | | | |
| Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível | Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL | | Local da Incidência BOA VISTA/RR |
| Prestador do(s) Serviço(s) | | | |
|  | Nome/Razão Social: RORAIMA MOTORES LTDA Nome Fantasia: MOTORAIMA Endereço: AV MAJOR WILLIAMS, 460 SAO PEDRO BOA VISTA - RR CEP: 69306-705 CPF/CNPJ: 04.050.068/0001-36 Insc. Municipal: 0005070 Telefone: () - E-mail: | | |
| | Tomador do(s) Serviço(s) | | |
| | Nome/Razão Social: MAELSON PINHO DE QUEIROZ Nome Fantasia: Endereço: RUA PADRE CALERI, 327 SAO FRANCISCO BOA VISTA - RR CEP: 69305-250 CPF/CNPJ: 382.872.262-87 Insc. Municipal: Telefone: (95) 9.9126-5478 E-mail: | | |
| | Discriminação do(s) Serviço(s) TROCA DE OLEO GENUINO 10W30/SAE + LAVAGEM INCLUSO - Dados Adicionais: Trib. Aprox. R\$ 2,02 Federal e 0,75 Municipal Fonte: IBPT W7m9E1., OS: 000095916, Modelo: CB 250F TWISTER, Chassi: 9C2MC4400GR014294, KM: 8200, Placa: NAS-4987, Recepcionista: 0651-ORLANDO DE SOUZA. | | |
| Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 14.01 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de r Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 4543900 - Manutenção e reparação de motocicletas e motonetas | | | |
| Valor do(s) Serviço(s) | Valor Dedução | Desconto Incondicionado | Base de Cálculo ISS |
| 15,00 | 0,00 | 0,00 | 15,00 |
| Alíquota ISS (%) | Valor do ISS | Valor ISS Retido | Desconto Condicionado |
| 5,00 | 0,75 | 0,00 | 0,00 |
| Retenções Federais | | | |
| Imposto de Renda | PIS | COFINS | CSLL |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| INSS | | Outras Retenções | |
| 0,00 | | 0,00 | |
| Total | | | |
| Total do(s) Serviço(s) | Total Líquido | Total da Nota | |
| 15,00 | 15,00 | 15,00 | |
| Outras informações | | | |
| Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 2,77 - (18,45%) - Fonte: IBPT | | | |
| Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://boa Vista.saa tri.com.br | | | |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147708/19

Vítima: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

CPF: 382.872.262-87

Seguradora: Investpre/ Seguradora S/A

Data do acidente: 22/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de incapacidade ao trabalho
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MAELSON PINHO DE QUEIROZ : 382.872.262-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por incapacidade permanente é de até R\$ 17.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chanceira ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A documentação recebida sem conferência não garante a indenização.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: MAELSON PINHO DE QUEIROZ
CPF: 382.872.262-87

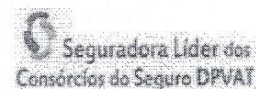
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

MAELSON PINHO DE QUEIROZ

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147708/19

Número do Sinistro: 3190303218

Vítima: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

CPF: 382.872.262-87

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 22/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019
Nome: MAELSON PINHO DE QUEIROZ
CPF: 382.872.262-87

MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303218

Vítima: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAELSON PINHO DE QUEIROZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303218

Vítima: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAELSON PINHO DE QUEIROZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190303218

Vítima: MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você