

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA (Menor Impúbere), nascida no dia 21 de Março de 2005, Certidão de Nascimento 53673, Fls. 230-F, livro: A-88 do 2º Ofício de Boa Vista-RR). Neste ato representado por sua representante legal a Sra. **OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 216894 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.374.202-34, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rosa O. de Araújo Bairro: Santa Luzia, CEP: 69.317-103.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicium**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 17 de maio de 2019.


OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **563101-7** DATA DE EXPEDIÇÃO **15/02/2019**

NOME **ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA**

FILIAÇÃO **ELIAS OLIVEIRA DA SILVA**
OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 53673 FLS 230-F LIV A-88**
2 OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO **21/03/2005**

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor do RDC
Partido Republicano da Polícia Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

070.834.262-01
1ª VIA

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR
Ana Karoline O. R. da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

~~30 ABR 2019~~

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP: 166.49870.96-0 NÚMERO: 0270388 SÉRIE: 003-0 UF: RR <i>Ozile Oliveira Rodrigues</i>  	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES FILIAÇÃO: BRAZ HENRIQUE RODRIGUES MIRALICE OLIVEIRA RODRIGUES NASCIMENTO: 01/09/1982 ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO: RG 216894 SESP RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 701.374.202-34 TÍT. ELEITOR: ZONA: CNH: SEÇÃO: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETRABES/SINE/RR - 25/08/2008  <i>Ozile Oliveira Rodrigues</i> ASSINATURA DO EMISSOR	FILIAÇÃO _____ DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO: _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO: _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO: _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____ MOTIVO: _____ L E G E N D A A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA 03

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS.	PROC. N°
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS.	PROC. N°
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

05

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: <u>União Com. e Serv. LTOA EPP</u>	
CGC/CPF/CEI: <u>10.872.196/0001-26</u>	
ENDEREÇO: <u>Av. Juscelino Costa Lima, 697 Equatorial</u>	
MUNICÍPIO: <u>Bea Vista</u> UF: <u>RR</u>	
ESP. DO ESTABELECIMENTO: <u>Serviço</u>	
CARGO: <u>Agente de Limpeza</u>	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO: <u>17</u> DE <u>03</u> DE <u>2015</u>	
REGISTRO N°	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: <u>820,00 (oitocentos e vinte reais), mês</u>	
UNIAO COMERCIO E SERVICOS LTDA	
1ª <u>Dalton Adriano da Silva</u>	
DATA DE SAÍDA: <u>Sócio-Administrador</u> DE	
1ª	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

08

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO N°	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª	
2ª	
DATA DE SAÍDA	
1ª	
2ª	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

09

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO			

CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

06

CONTRATO DE TRABALHO	
184.035.434/0001-021	
EMPREGADOR	J. L. Serviços Ltda.
CGC/CPF/CEP	Av. Ataíde Teive, N° 5251 - Sala 07 - Asa Branca
ENDEREÇO	CEP: 69.312-242
MUNICÍPIO	BOA VISTA/RR UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	ZELADOR(A)
CBO N° 5141-20	
DATA DE ADMISSÃO	01 DE Novembro DE 2011
REGISTRO N°	264 FLS. / FICHA 264
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 545,00 (Quinhentos e quarenta e cinco Reais) Pm
1ª	PLP Maria de Lourdes L. Oliveira
DATA DE SAÍDA	30 DE Dezembro DE 2011
1ª	Maria de Lourdes L. Oliveira
COM. DISPENSA CD N°	Sócia Administrativa
FGTS N° DA CONTA	

07

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **OZILENE RODRIGUES OLIVEIRA**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 216894 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.374.202-34, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rosa O. de Araújo Bairro: Santa Luzia, CEP: 69.317-103.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 17 de maio de 2019.



OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, **OZILENE RODRIGUES OLIVEIRA**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 216894 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.374.202-34, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rosa O. de Araújo Bairro: Santa Luzia, CEP: 69.317-103, Tel. (95) 99154-6570/ 99148-9037.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 17 de maio de 2019.



Declarante



Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0036683-8

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR N° da Nota Fiscal **002333148**
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	400	374,60

MIRALICE MARIA DE OLIVEIRA RODRIGUES
 R. ROSA O DE ARAUJO 2067 Q 156 SANTA LUZIA
 CPF: 00023992611272
 CEP: 69.317-103 - BOA VISTA ROT: 28.001.26.21.041500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVarh		
Atual: 24185		Atual: 12/02/2019	
Anterior: 23785		Anterior: 15/01/2019	
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 12/03/2019	
Consumo Medido: 400		Emissão: 11/02/2019	
Consumo Faturado: 400	FCAM	Apresentação: 12/02/2019	
Forma de Faturamento: NORMAL	Fator de Potência:	Dias de Consumo: 28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB07869M	1408921	1.1.1.2	632

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/19	416	CONSUMO 400 A R\$ 0,782157 =	312,86
DEZ/18	654	CORRECAO MONETARIA DA 11/18-00	0,04
NOV/18	741	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	2,28
OUT/18	816	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	1,97
SET/18	637	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)	0,42
AGO/18	646	MULTA POR ATRASO (2X)	20,47
JUL/18	488	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	10,26
JUN/18	537	ILUMINACAO PUBLICA	26,30
MAI/18	582		
ABR/18	680		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 400 - 0,634620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/02/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 494,05 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1.6.11.16.21.26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	78,58	Base de Cálculo:	312,86
Energia:	166,63	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	53,18
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	1,04
Tributos:	8,65	Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	
Realizado	1,35			4,00			0,59	

DISTRITO

ROT: 28.001.26.21.041500

SEU CÓDIGO 12/2018

TOTAL A PAGAR - R\$



Eletrobras

Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

N° da Nota Fiscal:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR 2019

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/04/2019 10:07 Data/Hora Fim: 24/04/2019 10:23
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 24/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 24/12/2018 16:00

Local do Fato

Município: Amajari (RR)
Logradouro: RR203

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Nome da Mãe: Miralice Oliveira Rodrigues

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua rosa oliveira de araujo
Bairro: santa luzia

Nº: 2067



Nome Civil: ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 21/03/2005
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rosa oliveira de araujo
Bairro: santa luzia
Telefone: (95) 99148-9037 (Celular)

Nº: 2067

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 701.374.202-34

Renavam 01004259350

Número do Chassi 9C2JC4120ER027106

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAX1404

Número do Motor JC41E2E027106

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 24/04/2019 10:23
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012421/2019

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 28/11/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ozilene Oliveira Rodrigues	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta, tendo como garupa a sua filha Ana Karoline, quando em determinado momento, ao desviar de um buraco que havia na via, perdeu o controle da motocicleta e caiu na referida via. Tal acidente trouxe algumas lesões corporais em ambas as passageiras, porém a sua filha, Ana Karoline, sofreu rompimento dos ligamentos laterais e cruzados do seu joelho direito. Após o acidente ambas foram socorridas por pessoas que passavam no local e foram levadas ao HGR para que fossem tomadas as medidas medicas cabíveis. Tanto a PM quanto o SAMU não compareceram no local do acidente. É o relato.

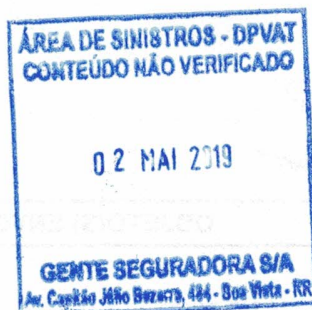
ASSINATURAS

DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

Ozilene Oliveira Rodrigues
Ozilene Oliveira Rodrigues
(Comunicante)

"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."

MAR- 62000 787



24/12/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

1801050740 24/12/2018 17:49:45 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 33

Paciente **ANA KAROLINE OLIVEIRA DA SILVA** Data Nascimento **21/03/2005** Idade **13 A 9 M 3 D** CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **APARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **ROSILENE OLIVEIRA DA SILVA** Pai **ELIAS OLIVEIRA SILVA** Contato
Endereço **RUA - ROSA DE OLIVEIRA DE ARAUJU - 2067 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Dor em joelho D

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente trazida pelo SAMU do interior, em uso do colar cervical e prancha, relata dor em joelho D, vítima de acidente de moto. Meca trauma em tórax, abdome e cabeça. Mobiliza somente os membros.

Exame Físico

Viu área parva, eufórica em ambiente, BEG, LOTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

GENTE SEGURADORA

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR 2019
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: *ortoped*

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Paulo Henrique Hass Filho
Médico
CRM-RR 2006

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 24/12/2018 17:54:13

© 2018
SISTECH - Soluções em Tecnologia
S/A - Agência em Saúde
vps. 4.2.11 - 01.08.20



1801050740

Ortopedia 12. Vólum.
Ponto 2 de 13am de relach com
abscessos no joelho (1)
Requerer cirurgia de abscessos
H.17 Hemostase joelho (1)
L.17 Angina + Insuficiência + B. 30

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR



03/01/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
VERDE

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901054520 03/01/2019 09:58:06 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 80

Paciente ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA Data Nascimento 21/03/2005 Idade 13 A 9 M 13 D CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IGNORADO 000 F PARDA BRASILEIRA
Mãe Pai Contato Ocupação
OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES NI (95) 99148-9037
Endereço RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 2067 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
VERDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA 37.60 110 x 70
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA CASSIO LIMA

Queixa Principal: () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue
DOR INTENSA EM JOELHO D, APÓS LUXAÇÃO HÁ 11 DIAS; FEBRE

Anamnese de Enfermagem NEGA HAS, DM e ALERGIAS GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) joelho D evolui com dor intensa, muito mais MID. Alívio segue não apena de.

Hipótese Diagnóstica Luxação joelho D lesão ligamentar MID

SADT - Exames Complementares () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO ① Tenoxicam 40 mg EV Realizado colhe Fato: 11:15
Paciente lesão no joelho, podendo ser TFD, acompanhado do da mãe, apresenta fragilidade emocional

Conduta () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para: ortopedica

óbito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não () Destino: () Família () Morte

Assinatura do Paciente ou Responsável 30 ABR 2019
Impresso por: ronilson Data Hora: 03/01/2019 10:03:10
Carimbo e Assinatura do Médico 03 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A

Out Dr Marcelo A.
Ret Vítima do acidente moto na 1000
29/12/18 - NOSTO

EF: Exames em MTD
Adm no jell D, e1 deveu receber Adm
ps: retirado material do jell
• clent
• TC jell D

Ortopedia Dr Alberto

Paciente em trauma joelho na 11 horas, Retorno
logo em fratura aberta. Fratura

Subluxação posterior
Eff fratura instável com ruptura
de Leão Ligamentar.

2.1) Injúrias + Imobilização
em materiais para estabilização
em fratura aberta

Obs: Lesão - fratura, malha externa para
Dr Alberto

AV. BRG. EDUARDO GOMES, 510
NOVO PLANALTO TEL (85) 2121-0620
23 ABR 2019
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

DR. ODINACHI OKAMURA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185114/RR

BLOCO A

A

Alta: 04/02/19

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>H.C.R.</i>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>Ortopedica</i>		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Ana Karoline Oliveira Rodrigues Da Silva</i>		<i>170326</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
<i>7100001209406602</i>		<i>21/03/05</i>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Ozilene Oliveira Rodrigues</i>		9 - SEXO <i>F</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
<i>Rua Rosa Oliveira de Souza, 267, Santa Luzia</i>			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		<i>R.R.</i>	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente q de 13 anos de idade, vit. de trauma, entrou na porta do carro de moto ha 11 dias s-1</i>	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Internação</i>	
---	--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Histórico + Exame físico + Radiografia</i>	
--	--

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Lesão ligamentar (LCP) joelho D + Lesão Encl. Ant. mo</i>	
---	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Alberto</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>10/01/19</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () PREVIDENTE () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>21/1/19</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

03 JUN 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

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

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE BOA VISTA
Av. B. Plano 10 - Tel (95) 212-2000
Novo Planalto - RR

ENTRADA

2019

Dr. Edson Silva Santiago
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 18511RR

0308010019
5835 T068
V299



Nome **ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA**
Data: 11/01/2019 Idade: 13A9M Procedência: HGR
Médico Solicitante: PATRICK RABELO JOSE

Cód. Pac.: 65469



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO

Protocolo

Exame realizado pelas técnicas turbo spin-eco (TSE), obtendo-se sequências ponderadas em T1 e DP FatSat, com aquisição multiplanar, sem injeção de contraste.

Indicação clínica:

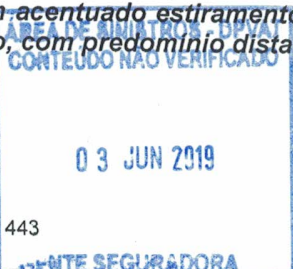
- Rotura do ligamento cruzado posterior.

Relatório

- Ligamento cruzado anterior acentuadamente espessado, com mal caracterização na sua inserção tibial, inferindo rotura completa distal.
- Ligamento cruzado posterior apresentando acentuados espessamentos e irregularidades, com predomínio na sua inserção femoral, inferindo rotura parcial de alto grau / completa.
- Moderado / acentuado derrame articular.
- Acentuado edema de aspecto pós-contusional, junto às regiões justa-articulares anteriores do planalto medial da tibia, posteriores no planalto tibial lateral e anterolaterais dos côndilos femorais, destacando mal caracterização da cortical anterior do planalto tibial lateral, não se podendo descartar fratura associada.
- Corno anterior do menisco lateral não caracterizado, notando-se alça de rotura redundante junto à região intercondiliana, estendendo-se juntamente ao respectivo corno posterior. Provável rotura de fragmento meniscal superiormente ao corno posterior do menisco lateral, medindo cerca de 0,5 cm.
- Alteração de sinal intrassubstancial no corno posterior do menisco medial sem extensão articular (degenerativa).
- Demais porções meniscais avaliadas sem particularidades de nota.
- Tendão do quadríceps e ligamento da patela íntegros.
- Imagem corticalizada, de contornos bem definidas, adjacentes ao contorno posterior da metadiáfise lateral do fêmur medindo 2,2 x 0,9 cm, podendo representar defeito fibroso cortical entre os diferenciais.
- Sinais de estiramento junto às estruturas do canto pósteromedial do joelho, notadamente no ventre muscular do gastrocnêmio medial.
- Adjacente à inserção dos tendões da pata anserina, nota-se imagem com baixo sinal em todas as sequências de aspecto alongado, medindo cerca de 1,0 x 0,5 cm, podendo representar fragmento cortical avulsionado ou ainda desinserção ligamentar entre os diferenciais.
- Ligamento colateral medial em sua inserção tibial de aspecto irregular / redundante, não se podendo descartar desinserção ou ainda rotura avulsiva dentre os diferenciais.
- Acentuado acúmulo líquido junto às estruturas anteromediais da tibia.
- Relativa preservação das cartilagens de revestimento femoropatellares.
- Afilamento condral irregular nas cartilagens de revestimento do compartimento femorotibial lateral, notadamente na sua região anterior.

Opinião

- **Extensa lesão meniscoligamentar do joelho, destacando rotura dos cruzados, não se podendo descartar rotura avulsiva tibial do ligamento cruzado anterior, rotura com alça fragmentada do menisco lateral, provável rotura avulsiva da inserção tibial do ligamento colateral medial, derrame articular, edema pós-contusionais, com acentuado estiramento muscular / edema das estruturas do canto posteromedial e anteromedial do joelho, com predomínio distal.**



Daniel Lopes Azevedo
Médico Imaginologista
CRM-RR 1191

Dr. Daniel Lopes Azevedo CRM1191
MEMBRO TITULAR DO CBR



Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

RECEITUÁRIO

NOME:

Caio Medeiros

AGENTE SEGURADORA

Av. Canilão, N.º 484 - Boa Vista - RR

O paciente, Sr. Karoline Oliveira Rodrigues de
Silva, vítima de acidente de trânsito (24/01/2018), está
no Grupo 1 (Em Tratamento) do MID e apresenta
dores agudas posturas (D) e aderência (D).
Existe o espasmo no membro superior direito
mantido por espasmo (D) (Paciente internado
em UTI com diagnóstico de AVC 01/02/2019).
Atualmente o membro superior direito apresenta
dores localizadas agudas.
Dores agudas no membro superior direito (D)
Sentada no ADH do membro superior direito (D)
H.V. Frenar (D) com o membro superior direito (D)

DATA: 28/05/2019

ASSINATURA E CARIMBO

Paciente incapacitado de trabalhar devido ao déficit
de movimento no membro superior direito (D)
e instabilidade do membro superior direito (D).

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Ortopedia
CRM-RR 589



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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190360834

Vítima: ANA KAROLINE OLIVEIRA RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **OZILENE OLIVEIRA RODRIGUES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000005780-0**

Conta: **000010021215-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00503/00504 - carta_15R - INVALIDEZ

