



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – **LESÃO CORPORAL** – Nº 2190/2019/IML/RR

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha.
- Requisição: Nº 048/2019/SI/DAT. Referência: BO. Nº 003979/2019-DAT.

NOME: ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: SANTA MARIA DO PARUÁ/MA
IDADE: 28 ANOS (05/09/1990)	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: DO LAR	ESCOLARIDADE: MÉDIO COMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG: Nº 040206742010-3 – SSP/MA	TELEFONE: (95) 99172-0696
FILIAÇÃO: ANTÔNIO RAIMUNDO BELCHOR SILVA E MARIA ANTÔNIA DOS SANTOS SILVA	
ENDEREÇO: RUA JOSÉ RENATO HADAD, Nº 444 – BAIRRO SENADOR HÉLIO CAMPOS – BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 30/01/2019, às 09 horas e 14 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo requisição nº 048/2019/SI/DAT. Refere cefaleia e quadro vertiginoso diariamente. Faz uso diário de remédios conforme prescrição do neurologista.

DESCRIÇÃO:

- Tomografia computadorizada realizado em 16/01/2019, com hematoma subgaleal posterior.
- Tomografia computadorizada realizado em 19/03/2019, sem alterações morfológicas.
- Laudo médico do Dr. Fabrício Freitas de Almeida – CRM-RR 1407 (neurocirurgião).

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa antiga.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve perigo de vida? **SIM.**
- 5ª Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6ª Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **SIM, SEQUELA NEUROLÓGICA PERMANENTE.**

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Sâmara S. Salustiano:

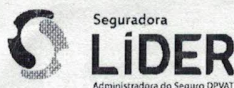
Francisco F. Faria Jr.
Médico CRM-RR
Mat. 43067067

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 16/05/19
Sâmara S. Salustiano
Mat. 1036747

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).





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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352507

Vítima: ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000068068-8

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

PROCURAÇÃO

Eu, Rosmeide das Santos Silva,
brasileiro (a), solteira, desempregada, portador (a) do RG
nº 040906749010-3 inscrito (a) no CPF sob o nº 57580743-14,
residente e domiciliado (a) na R. José Renato Haddad, nº
444, Bairro Senador Adolfo Campos, Boa Vista-RR, CEP
69316-562, telefone nº (95) 99172-0696, por este
instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado
WALLYSON BARBOSA MOURA, brasileiro, solteiro, inscrito na
OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá
Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista,
Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do
presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE**
nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**,
concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel
cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral,
conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e
os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso,
substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do
pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar
todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e
Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta,
praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas,
recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em
conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com**
fim específico para propor ação judicial de cobrança de
Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DPVAT.

Boa Vista/RR, 21 de Agosto de 2019.

Rosmeide das Santos Silva
OUTORGANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	040206742010-3	DATA DE EXPEDIÇÃO	25/02/2016
NOME	ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA		
FILIAÇÃO	ANTONIO RAIMUNDO BELCHOR SILVA E MARIA ANTONIA DOS SANTOS SILVA		
NATURALIDADE	STA LUZIA DO PARUA - MA	DATA DE NASCIMENTO	05/09/1990
DOC. OFICIN	NASC. N.16464 FLS.141V LIV.A-16		
CPF	057580743-14	ASSINATURA DO DIRETOR	VIA-02
SÃO PAULO	P-162	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

ESTADO DO MARANHÃO		SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		MARE/74711065	
			
ASSINATURA DO TITULAR		ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

FICHA DE ATENDIMENTO N° **0092**

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: **BRAVO II** EQUIPE: **Williams / Brasil / Samuel**

Paciente: **Rosineide dos Santos Silva** Idade: **28** Sexo: **F**
Nacionalidade: **Brasileira** **Raça:** Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
Endereço: **RUA SIAO/CALEBE** Bairro: **CANAÃ**

N° **093** DATA: **16/09/19** HORA J/9: **12:43** BASE ☒ VIAR ☒ RÁDIO ☒
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: **Dr. Wilson** HORA J/10: **18:53** ☒ CELULAR ☒
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO **9:53:064** **10/13/19**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) / 1 a 3 horas (☒) / 4 a 24 horas (☐) / Mais de 24 horas (☐) / Não sabe (☐)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA ☐ Colisão MOTO X CARRO ☐ Queda de moto ☐ Com capacete ☐ Atropelamento ☒ Sem capacete ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto ☒ Garupa	VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: Trama	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p animal ☐ Outros: Trama
--	--	--	--

PEDESTRE
☐ Atropelamento
☒ VIA ☒ CALÇADA

VIAS AÉREAS
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Edema de Glote
☐ Outro:

VENTILAÇÃO
☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpnéia
☐ Taquipnéia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

CIRCULAÇÃO
☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Ausente
☐ Cianose central
☐ Cianose de extremidade

AVAL NEUROLÓGICA
☐ VDN
☐ Viose
☐ Midriase
☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 13:04	110/70	109	20	99% an	37.0°	-	04	-
Fim 13:10	110/70	100	20	98% an	37.1	-	04	-

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante ☐ Fer. penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema sub-cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
---	--	--	--	---	---

Pelve
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade

MMSS
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Luxações
☐ Lacerações
☐ Fratura
☐ Amputação

MMII
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Luxações
☐ Lacerações
☐ Fratura
☐ Amputação

QUEIMADURAS

	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	INSE	MID	MIE	TOTAL %
1°										
2°										
3°										

AVALIAÇÃO CARDIACA
☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter

FIBRILAÇÃO
☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia

RESPIRATÓRIA
☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular
☐ Aborto

DIGESTIVA
☐ Digestiva
☐ Infecçiosa
☐ Obstétrica
☐ Outra

DIABETES
☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso

ALERGIAS
☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA
☒ ILESO ☒ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ SEVERA

LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

INCIDENTE
☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trole
☐ Bombeiro no local:

RCP
☐ Iniciada as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

DESTINO
☒ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

POLICIA MILITAR
☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

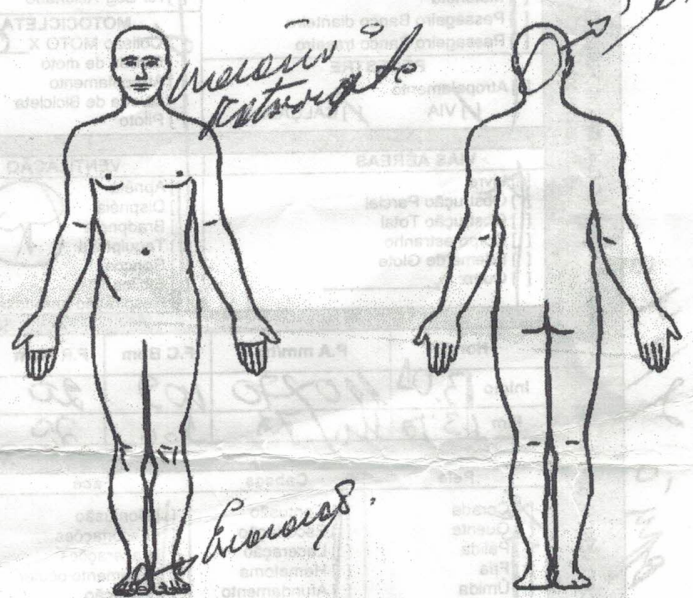
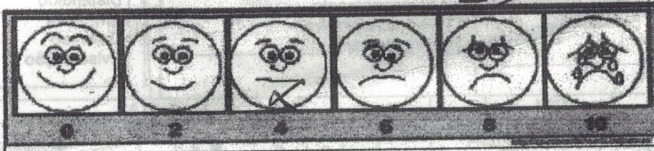
MULTIPLAS MEIOS ACIONADOS
☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL
OBSERVAÇÕES: **02/19**
Stephanie
Rubrica

PERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	6 - Pausa de 1 hora 1 - Rastros 10 cm
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ap Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	4
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	2
Apenas gemidos	Sons	1
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	4
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Sexo feminino 28 anos, católica, hipertensa, com diabetes e L07E ao solo no local da queda. Usava lipotina e relatou que após a queda após a colisão e do parto com a colisão no abdômen, ECG 15, estável e, conforme registros, foi internado no CT, sem intervenção.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 08/02/19
Stephanie
Pública

Willames R. Silva
Téc. Enfermagem-APH
CONE-PR 250.240

Assinatura e carimbo do profissional



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003979/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/02/2019 12:58 Data/Hora Fim: 18/02/2019 13:16
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/01/2019 12:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Calebe
Complemento: Cruzamento com à Rua São

Bairro: Nova Canaã

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Luzia do Sexo: Feminino Nasc: 05/09/1990
Profissão: Estudante Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Antonia dos Santos Silva Nome do Pai: Antonio Raimundo Belchor Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 040206742010-3
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 057.580.743-14

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua José Renato Hadad
Complemento: Casa
Bairro: Senador Hélio Campos
Telefone: (95) 99172-0696 (Celular)

Nº: 444

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 007.574.912-27

Placa NAM5382

Renavam 00284363081

Número do Motor JC41E2B529177

Número do Chassi 9C2JC4120BR529177

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003979/2019

Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 28/04/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosineide dos Santos Silva	Exibidor

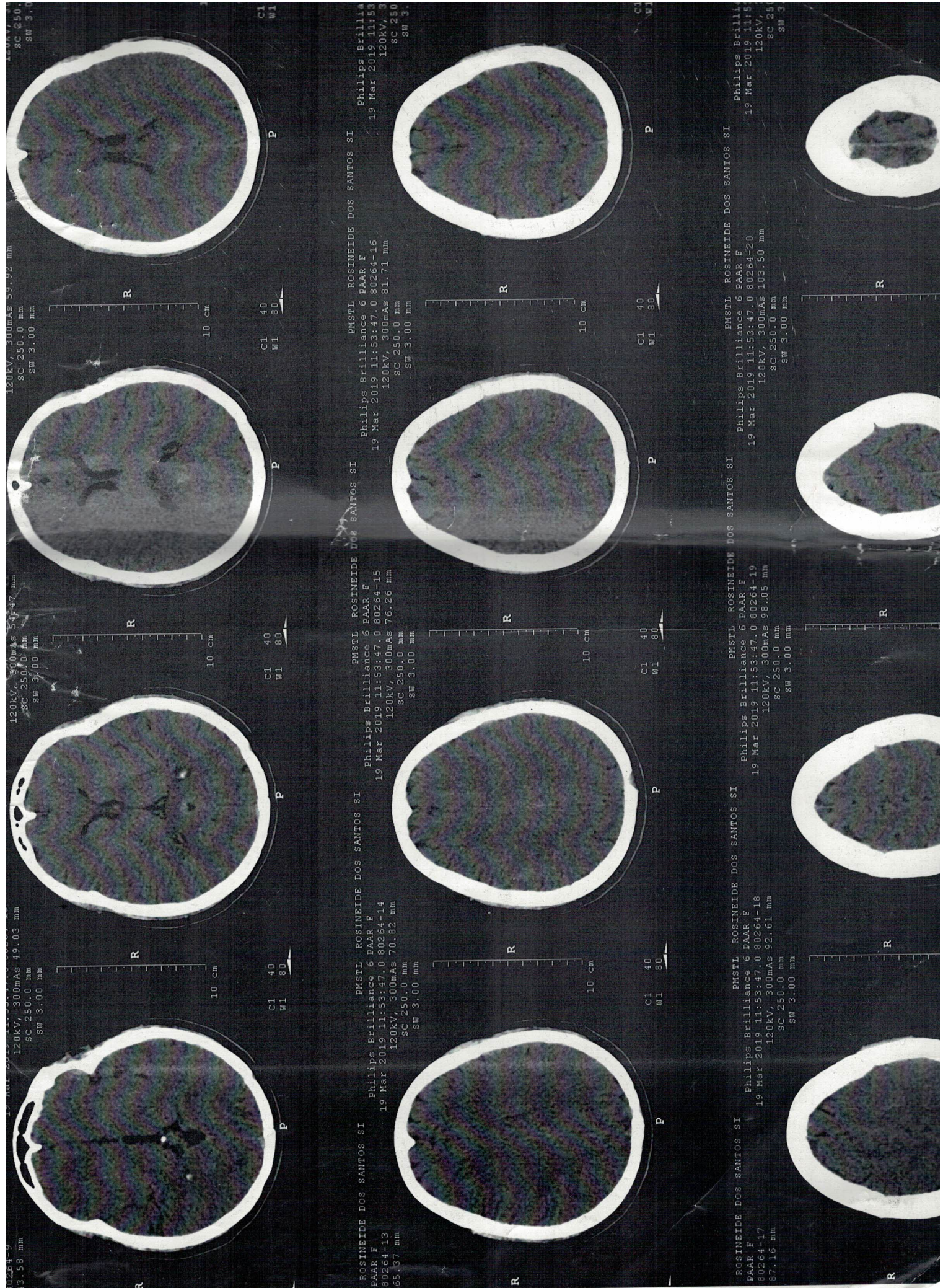
RELATO/HISTÓRICO

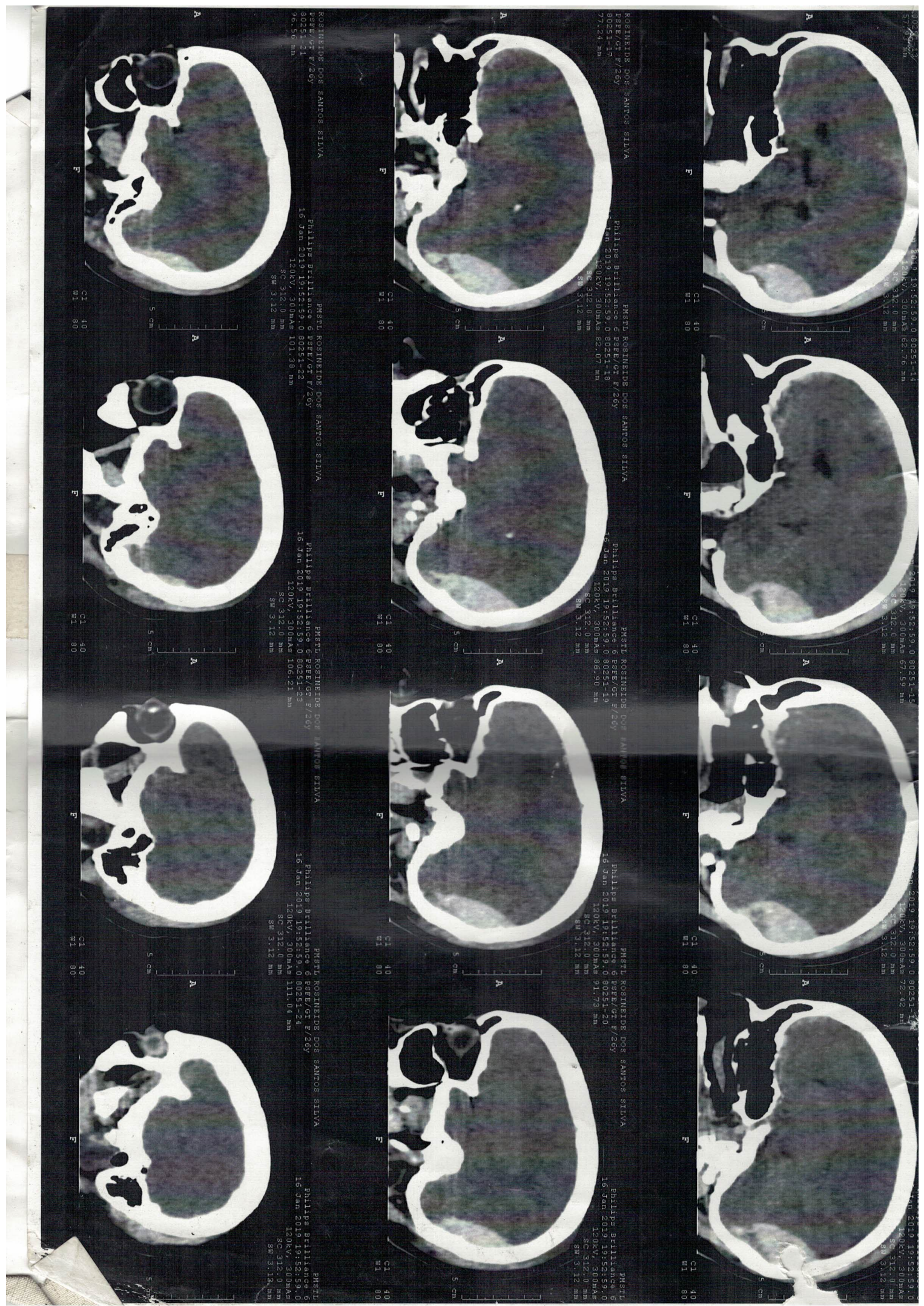
A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava como passageira na garupa da motocicleta também já descrita acima, sendo a mesma de propriedade de Raimundo Nunes Simenez, CPF 007.574.912-27, e que também era o condutor da mesma. Que em citado cruzamento ocorreu uma colisão com um veículo (NÃO SABE INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS DO MESMO). Que o condutor do veículo permaneceu no local até o resgate de ambos. Que sofreu lesões corporais e foi levada até o HGR pelo SAMU. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat 042008908 Responsável pelo Atendimento	 Rosineide dos Santos Silva (Vítima / Comunicante)
ASSINATURAS DAT 18 JUN. 2019 AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR	

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	
Veículo	Situação
CPF do Proprietário	Nome
Veículo	Nome do Motor
Nome do Dono	Ass-Modelo Fabricação





16/01/2019

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.

Visto Out

1901060219 16/01/2019 13:31:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 7

Paciente ROSINEIDE DOS SANTOS SILVA Data Nascimento 05/09/1990 Idade 28 A 4 M 11 D CNS 702609260345540 CPF 05758074314 Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 040206742010 SSP/MA 30/07/2010 F UNIAO PARDA SANTA LUZIA DO BRASILEIRA
Mãe MARIA ANTONIA DOS SANTOS SILVA
Endereço ANTONIO RAIMUNDO BELCHOR SILVA (95) 98121-0445
RUA - JOSE RENATO HADAD - 444 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação

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

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

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico *Victima de acidente motorístico
+ TCE, hipotensão / vômitos
pupilas isocóricas, Glasgow 15*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

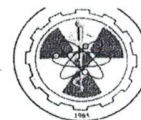
Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 16/01/2019 13:31:58

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
16 JAN 2019

Márcio Frey
Médico
CRM/RR 1613



GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SETOR DE RADIOLOGIA - HGR



NOME: Rosineide Dos Santos (TRAUMA) **SEXO:** F
IDADE: 28Y **Data de nascimento:** 05-09-90
DATA DO EXAME: 16-01-19
MÉDICO SOLICITANTE: Marcio

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Relatório

Exame realizado em caráter de urgência.

Hematoma subgaleal sugaleal posterior.

Coleção extra-axial hiperdensa heterogêneo (hemática), com características subdural na convexidade occipital à esquerda, com espessura máxima de 1,1 cm. Determina aplainamento da superfície cerebral adjacente e apagamento de sulcos corticais regionais, sem desvio das estruturas da linha mediana.

Ausência de traços de fraturas nos contes analisados.

Boa Vista,

Data do relatório: 16/01/2019

Dr. Camilo B. Oliveira
CRM - 1355/RR
Diagnóstico por Imagem



Resumo dos Livros Lidos
Se Anos

Date. 18 01 19

DIAGNOSTIC PRE-OPERATING: HEMATOLOGIC EXTRADURAL

Адрес: _____

CRASH WORTHY BOATLIFE FROM THE INSPIRATION OF REVELATIONS

QUESTÃO 06

INSTRUMENTO DE RECONCILIACION

PROF: DR FABRÍCIO

1° ADXILLAR.

2. AUXILIAR DE MARCIO

INSTRUMENTADORA *FLA*

2° AUXILIARF

ANESTHESIA

ANESTESISTAS: DR. MICHEL

ANESTÉSICO:

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em sala sob monitoragem com eletrodo em cabeça.
2. Treinamento de como utilizar o equipamento.
3. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
4. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
5. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
6. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
7. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
8. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
9. Treinamento de como utilizar o equipamento de monitoragem de forma correta.
10. Fim



Dr. Fabrício P. de Almeida
Maurício de
CRM RJ 1407
CRM RJ 14075004



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR N° da Nota Fiscal 002334492

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-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 MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	433	373,86

BERNARDO COIMBRA SIMENEZ
R. JOSE RENATO HADAD 444 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00061529427215
CEP: 69.316-562 - BOA VISTA ROT: 28.001.26.25.080700

DADOS DA LEITURA	KWH	KVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	46048		Atual: 12/02/2019
Anterior:	45615		Anterior: 15/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/03/2019
Consumo Medido:	433		Emissão: 11/02/2019
Consumo Faturado:	433	FCAM	Apresentação: 12/02/2019
Forma de Pagamento: 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	2804582	M 1419683	1.1.1.2	443

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 433 A R\$ 0,782157 = 338,67
JAN/19 468	MULTA POR ATRASO DE I 01/19-00 0,78
DEZ/18 457	JUROS DE MORA POR ATR 01/19-00 0,04
NOV/18 522	MULTA POR ATRASO 01/19-00 7,45
OUT/18 521	JUROS DE MORA DE IMPO 01/19-00 0,62
SET/18 465	ILUMINACAO PUBLICA 26,30
AGO/18 400	
JUL/18 339	
JUN/18 374	
MAI/18 414	
ABR/18 446	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 433 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA. CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO, MAIS INFORMACOES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO 36CB.37B7.D580.0C93.F291.F70F.6FA9.5346

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	85,06	Base de Cálculo:	338,67
Energia:	180,37	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	57,57
Encargos:	9,37	Valor do PIS:	1,12
Tributos:	63,87	Valor do COFINS:	5,18

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIO	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	0,51			3,00			0,24	
Debito	DISTRITO						12/2018	ELSD - 149,94

ROT: 28.001.26.25.080700

	Eletrobras	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	Distribuição Roraima	0077613-0	373,86
		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
		02/2019	01/03/2019
		N° da Nota Fiscal: 002334492	FCAM

8361000003 0 73860075000 9 00000000077 8 61300219008 0



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Bernardo Coimbra Simevez
portador (a) do RG nº 425774-2 expedido pelo SP-RR
inscrito (a) no CPF 615.294.979-15

Declaro para os devidos fins de comprovação de residência sob as penas de Lei (art.2 da lei 7.115/83).

Que o Sr. (a) Rosineide dos Santos Silva
portador (a) do RG nº 040206742010-3 expedido pelo SP-MA
inscrito (a) no CPF 057580743-14

residente e domiciliado na Rua José Renato Haddad, Bairro:
Senador Nêlio Campos Nº 444

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade de presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Boa vista-RR, 29 de Fevereiro de 2019

Eu, RAIMUNDO NUNES SIMENEZ, brasileiro,
maior, capaz, solteiro, portador do RG 333350-7
SSP/RR e CPF 007.574.912-27, assino este arrego
pelo(a) Sr.(a) BERNARDO COIMBRA SIMENEZ,
pelo fato do(a) mesmo(a) NÃO SER
ALFABETIZADO(a).

RAIMUNDO NUNES SIMONEZ

DECLARANTE

(Reconhecimento a Assinatura)

Anexar cópia de algum comprovante de endereço declarado

(Água, Luz ou Telefone)

Preferencialmente em nome do declarante ou genitor



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Rosmilde dos Santos Silva, brasileiro
(a), Solteira, desempregada portador (a) do RG nº
0409067420103 inscrito (a) no CPF sob o nº 05.7580743-4, residente e
domiciliado (a) na R: José Renato Abad, nº 444, Bairro
Senador Heleno Campos Boa Vista-RR, CEP 69316-569, telefone
nº (95) 99172-0696, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 21 de Agosto de 2019.

Rosmilde dos Santos Silva
DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR		Nº 013254967258	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00284362081		2019
ROIMUNDO NUNES SIMONEZ			
CPF / CNPJ		PLACA	RR
007.574.912-27		NR-382	
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
	HC2JC4120B9529177		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLET/NOI	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN ES	2011	2011	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR/HIDROMANTE	
25/124CL/	PARTICU	VERMELHA	
COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENO. COTAS	
1º	2º	3º	
PAGO	*PARCELAMENTO / COTAS*		
A			
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IDF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0,32	R\$0,458	R\$0,778	07/03/2019
OBSERVAÇÕES			
BEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DO A			
MAZ DEID *			
LOCAL DE EMISSÃO	DATA		
08/03/2019			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013254967258		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	007.574.912-27	2019	08/03/2019
RENAVAL	MARCA / MODELO	PLACA	
00284362081	HONDA/CG 125 FAN ES	NR-382	
ANO FAB.	CAT. TAE	Nº CHASSI	
2011		HC2JC4120B9529177	
PREMIO TARIFARIO			
FMS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$0,05	R\$4,01	R\$4,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
R\$0,15	R\$0,32	R\$0,47	
COTA UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.479/0001-04			