



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009396/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/04/2019 11:23 Data/Hora Fim: 04/04/2019 11:38
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 04/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/11/2018 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Av. dom aparecido jose dias

Ponto de Referência: cruzamento com a rua libra

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 16/11/1978

Profissão: Professor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Janete Andrade

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av. jardim

Nº: vila jardim

Complemento: bloco 06, apt 103, condominio ingá

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99111-8598 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 658.444.672-72

Placa NAS9391

Renavam 00193661853

Número do Motor JC41E2A055694

Número do Chassi 9C2JC4120AR055694

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

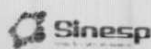
Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

24 JUL. 2019



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 04/04/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009396/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Janecy Andrade do Nascimento	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que no local e data supracitados conduzia a sua motocicleta quando, em determinado momento, segundo informações de pessoas que presenciaram o acidente, um automóvel desconhecido colidiu com a motocicleta da comunicante. Tal colisão causou algumas lesões corporais na Sra. Janeci, que no momento do acidente perdeu totalmente a consciência, além disso lesionou a região sua coluna causando dormência em sua perna direita, o que causa grande dificuldade para caminhar. Após o acidente o condutor do veículo que causou o mesmo, fugiu do local sem prestar socorro. A comunicante foi socorrida pela equipe do SAMU e encaminhada ao HGR para que fossem tomadas as medidas medicas cabíveis. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS



Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MT: 42000787

Janecy Andrade do Nascimento

Janecy Andrade do Nascimento
(Vítima / Comunicante)

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

24 JUL, 2019



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 04/04/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

1/1

7/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação/Reclassificação

AMARELO

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

1801036054 17/11/2018 13:41:26 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 105

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO 16/11/1978 40 A O M 1 D 705006022176757 69240850244

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 161356 SSP/RR 10/01/1995 F SOLTEIRO(A) BRANCA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Pai Contato

JANETE ANDRADE MANOEL GENTIL DO NASCIMENTO (95) 99111-8598

Endereço Ocupação

AVENIDA - JARDIM AO: 103 / BLOCO: 6 - 572 - - - RR PROFESSOR DO ENSI

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

AMARELO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA 36.00 130 x 80

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA ADAD

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

PARESTESIA PÉ D'CEFALEIA APOS TRAUMA

Anamnese de Enfermagem

NEGA HAS, DM, ALERGIAS

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 13:50

Paciente vítima de acidente moto/carro, evolui comcefaleia persistente e

dormência em MTD; acidente foi

no dia 13/11.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

TCE Moderado

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

(16:15h) Internação

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

AV. BRG. Eduardo Gomes, 3308

NOVO HAMBURGO, RS 91201-900

ALIMENTAÇÃO

30 JUL 2019

Certificação de Exame e prescrição

cópia e foi representado Original

que foi representado nesta Hospital

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

Dra. Daniella Cogo Thome

Carimbo e Assinatura do Médico

PAAR/PSFE

CRM-RR 1690

Impresso por: aldivania.freitas

Data: 17/11/2018 13:45:42

24 JUL 2019

77-845D-8776D3BA2A03.html

24 JUL 2019

77-845D-8776D3BA2A03.html

77-845D-8776D3BA2A03.html

77-845D-8776D3BA2A03.html

77-845D-8776D3BA2A03.html

Frasão 18.11.18

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

1 - NOME DO PACIENTE		2 - NOME DO RESPONSÁVEL	
Jamily Andrade do Nascimento		PAAR	
3 - NÚMERO DO RG		4 - DATA DE NASCIMENTO	
205 00602 2176-757		16/11/78	
5 - NOME DO PAI		6 - Nº DO HONTOÁRIO	
Jamily Andrade		168x49	
7 - NOME DO MÃE		8 - Nº DO HONTOÁRIO	
Jamily Andrade		F	
9 - ENDEREÇO		10 - TELEFONE DO LAUDANTE	
BU		RR	
11 - COD. UF		12 - COD. MUNICÍPIO	
BR		RR	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente ♀, 40a, vítima de colisão
moto/carro, evoluindo com cefa-
lêia, agitação psicomotora, dis-
curso ora desconexo (estresse?)
Análise TC crânio normal

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex clínico + TC

TC + Sinais Pós Estresse

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

20 - NOME DO RESPONSÁVEL		21 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
22 - NOME DO RESPONSÁVEL		23 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
24 - NOME DO RESPONSÁVEL		25 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
26 - NOME DO RESPONSÁVEL		27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
28 - NOME DO RESPONSÁVEL		29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
30 - NOME DO RESPONSÁVEL		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
32 - NOME DO RESPONSÁVEL		33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
34 - NOME DO RESPONSÁVEL		35 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
36 - NOME DO RESPONSÁVEL		37 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
38 - NOME DO RESPONSÁVEL		39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
40 - NOME DO RESPONSÁVEL		41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
42 - NOME DO RESPONSÁVEL		43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
44 - NOME DO RESPONSÁVEL		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
46 - NOME DO RESPONSÁVEL		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
48 - NOME DO RESPONSÁVEL		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
50 - NOME DO RESPONSÁVEL		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
52 - NOME DO RESPONSÁVEL		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
54 - NOME DO RESPONSÁVEL		55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
56 - NOME DO RESPONSÁVEL		57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
58 - NOME DO RESPONSÁVEL		59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
60 - NOME DO RESPONSÁVEL		61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
62 - NOME DO RESPONSÁVEL		63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
64 - NOME DO RESPONSÁVEL		65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
66 - NOME DO RESPONSÁVEL		67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
68 - NOME DO RESPONSÁVEL		69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
70 - NOME DO RESPONSÁVEL		71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
72 - NOME DO RESPONSÁVEL		73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
74 - NOME DO RESPONSÁVEL		75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
76 - NOME DO RESPONSÁVEL		77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
78 - NOME DO RESPONSÁVEL		79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
80 - NOME DO RESPONSÁVEL		81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
82 - NOME DO RESPONSÁVEL		83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
84 - NOME DO RESPONSÁVEL		85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
86 - NOME DO RESPONSÁVEL		87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
88 - NOME DO RESPONSÁVEL		89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
90 - NOME DO RESPONSÁVEL		91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
92 - NOME DO RESPONSÁVEL		93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
94 - NOME DO RESPONSÁVEL		95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
96 - NOME DO RESPONSÁVEL		97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
98 - NOME DO RESPONSÁVEL		99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	
100 - NOME DO RESPONSÁVEL		101 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Daniella Cogo		17/11/18	

24 JUL. 2019

2/PA



PEDIDO DE PARECER

Unidade: HGR / PAAR

Nome: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO

Idade: 40 ANOS

Bloco: PAAR

Enfermaria:

Leito:

De: CLÍNICA MÉDICA

Para: PSIQUIATRIA

Paciente do sexo feminino, 40 anos, vítima de acidente de trânsito no dia 13/11 (colisão moto/carro), quando buscou o GT/Vermelha, onde realizou-se TC e RX sem anormalidades. Hoje, retorna ao serviço do PAAR/HGR referindo cefaleia intensa e persistente, deambulação com dificuldade/vertiginosa, agitação psicomotora, chorosa, discurso ora desconexo ora consciente (síndrome pós estresse?). Solicito exames laboratoriais para afastar causas orgânicas/rabdomiólises.

Solicito parecer da PSIQUIATRIA.

Grata.

17 / 11 / 2018

Data

Dra. Daniella Cogo Thomé
Médica Clínica
PAAR/PSFE
CRM-RR 1690

Médico(a)

PACIENTE APRESENTANDO SINT. PÓS ESTRESSE. INICIA
O TRATAMENTO PSIQUIATRICO AMBULATORIAL
ALTA NA PSIQUIATRIA.

18/11/18

Data

Médico

24 JUL. 2019

24 ABR. 2019

21/11/2018

... 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/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1601037490 21/11/2018 08:53:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 5

Paciente
JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO
Data Nascimento **16/11/1978** Idade **40 A 0 M 5 D** CNS **705006022176757** CPF **69240850244** Prontuário **00168749**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 161356 SSP/RR 10/01/1995 F SOLTEIRO(A) BRANCA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe
JANETE ANDRADE
Endereço
AVENIDA - JARDIM AO: 103 / BLOCO: 6 - 572 - - - RR
Pai
MANOEL GENTIL DO NASCIMENTO Contato **(95) 99111-8598**
Ocupação
PROFESSOR DO ENSI

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

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

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

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: cassio.lima
Data Hora: 21/11/2018 08:53:34

24 JUL. 2019



1601037490

→ Paciente, 40a, o queira de ser em julho (E) após queda no trabalho, entre.

Paciente apresenta sintomas de ansiedade, como: medo de se recusar a fazer outras coisas, apático, comportamento alterado. Sintomas mais a pele, além de insônia e perda de apetite.

→ Em março 2018, fez exame de urina, com resultado negativo para drogas. OCS 10mg, porém o discurso é negativo.

relatam ter realizado o teste de urina e alterado.

HI: Transtorno bipolar (E)

+ TCE de 1ª ordem, com + transtorno depressivo.

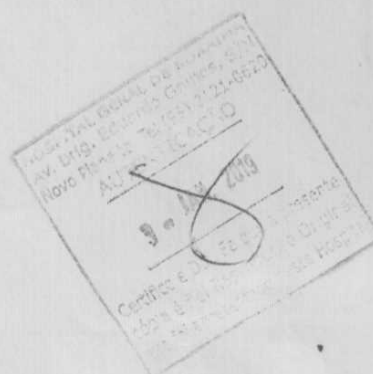
→ CD: 1x julho (E) + diagnóstico + sintomas;

→ Tiliati 40mg, 50

→ Zolpidem 12mg, 50

9/8/19
9/8/19
Regi

24 JUL. 2019



... Guia de Atendimento 17 ...

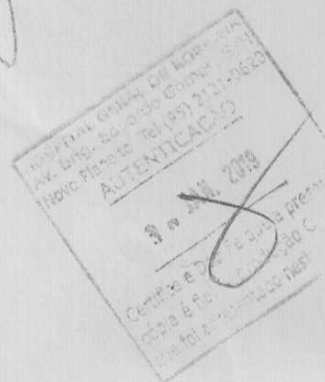
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR/PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação AZUL		2ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1801037439	21/11/2018 07:35:30	FICHA DE ATENDIMENTO				CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19 8	
Paciente JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO		Data Nascimento 16/11/1978		Idade 40 A O M 5 D		CNS 705006022176757		CPF 69240850244	
Tipo Doc IDENTIDADE 161356		Documento SSP/RR		Data Emissão 10/01/1995		Sexo F		Estado Civil SOLTEIRO(A) BRANCA	
Mãe JANETE ANDRADE		Endereço AVENIDA - JARDIM AO: 103 / BLOCO: 6 - 572 - - - RR		Pal MANOEL GENTIL DO NASCIMENTO		Contato (95) 99111-8598		Nacionalidade BRASILEIRA	
Class. de Risco AZUL		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. 36.50	
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Peso 120 x 80		Pressão	
Queixa Principal RETORNO COM EXAMES		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem NEGA HAS E DM / NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 9:20 h)		Paciente que tem acidente de trânsito		há 4 dias foi admitido no nosso Hospital. Foi realizado		TC Cranio sem alterações e EAS (-) retornou		hoje por segundo o familiar encaminha - do hospital.	
Hipótese Diagnóstica no momento acidente, contusão e com dor		na parte superior onde apresentava grande hematoma							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:		PRESCRIÇÃO na coxa, dobras e pé		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Condição ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Raveia ☐ Transferência para:		Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação 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							
Impressão por: ronilson Data Hora: 21/11/2018 07:33:35		24 JUL. 2019							

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

SETOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN: 16/11/1978	DI/HGR: 17/11/2018
NOME DO PACIENTE: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO, 40 ANOS				
HD: TCE + SÍNDROME PÓS ESTRESSE				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
18/11/2018	1. Dieta oral livre			SN
	2. AVP			manh
	3. SF0,9% 250ml EV - ACM			manh
	4. Amitriptilina 25mg VO às 21h			21
	5. Tramal 100mg VO 8/8h SE DOR FORTE			SN
	6. Dipirona 1g EV 6/6h FIXO			16 22 04
	7. Plasil 10mg EV 8/8h SN			SN
→	8. Diazepam 5mg VO às 21h SE AGITAÇÃO/INSÔNIA			SN
→	9. Prometazina 25mg VO 8/8h SN			SN
	10. Captopril 25mg VO se PA > 160/110mmHg			SN
	11. Exames laboratoriais de urgência			
	12. Parecer da Neurologia e Psiquiatria			
	13. SSVV + CCGG			rotina

Dr. Marcus Brumet
Médico
CRM-RS 1817



ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA		120x80		
FC		80		
Tax		36,9°C		
FR				
Evacuação				
Diurese		+		
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

SETOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN: 16/11/1978	DI/HGR: 17/11/2018
NOME DO PACIENTE: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO, 40 ANOS				
HD: TCE + SÍNDROME PÓS ESTRESSE				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
17/11/2018	1. Dieta oral livre			SN
16:30h	2. AVP			Manter
	3. SF0,9% 250ml EV - ACM			Manter
	4. Amitriptilina 25mg VO às 21h			SN
	5. Tramal 100mg VO 8/8h SE DOR FORTE			SN
	6. Dipirona 1g EV 6/6h FIXO			15-18h 04:10
	7. Plasil 10mg EV 8/8h SN			SN
→	8. Diazepam 5mg VO às 21h SE AGITAÇÃO/INSÔNIA			SN
→	9. Prometazina 25mg VO 8/8h SN			SN
	10. Captopril 25mg VO se PA>160/110mmHg			SN
	11. Exames laboratoriais de urgência			Entrega
	12. Parecer da Neurologia e Psiquiatria			Retirada
	13. SSVV + CCGG			

Dra. Daniela Cogo Thomé
Pneumologista
CRM-PR 1699

Realizado Visão e Orientações
Validete Campos
Enfermeira
COREN-PR 208046

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR		
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI	
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI	
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista	
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL		

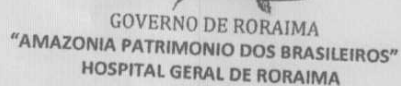
REGISTRO DE ENFERMAGEM					
SINAIS VITAIS					
Horário	06h	11h	17h	23h	
PA	120/74		120/74	110/70	
FC	82		82	77	
Tax	36.6		36.6	37.2	
FR					
Evacuação					
Diurese					
Dextro					
Insulina Regular					
SNG					
Dreno					

Kaciela Dias dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-PR 507817 TE

Elaine Cristina Quintana
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 778.670

PA = 120x74
FC = 82
Tup = 36.6

Mary M. Cruz
Aux. Enfermeira
COREN-PR 20.557



EVOLUÇÃO

Dr. Marcus Jander
Médico
CRM-RR 1917

CRM: _____

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jir.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVTG P95LR R8W





14/11/2018 09:40:51

62.1 %

TRASCIMENTO

JANECIR ANDRADE,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Janecey Andrade do Nascimento CPF: 692.408.502-44
Profissão: Autônomo Endereço: Av. Gardim Número: 686 Complemento: B06, A-103, Inga
Bairro: Cidade Satélite Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.317-529
E-mail: IL01RRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 08949 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Vista - RR 22/07/2019
Nome: Janecey Andrade do Nascimento
CPF: 692.408.502-44

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Janecey Andrade do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

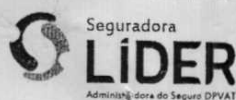
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

24 JUL. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Heitor Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Janeci Andrade do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 692.408.502 / 44, do sinistro de DPVAT cobertura Smalvetez da Vítima
Janeci Andrade do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.408.502 / 44, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

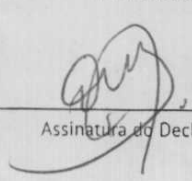
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galeão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>Heitor@hotmal.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista - RR, 22 de Julho de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

24 JUL. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - RR		Nº 011131387648		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		VIA		COD. RENAVAM		EXERCÍCIO	
01		0019341033		2015		2015	
JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO		NOME		NOME		NOME	
BOA VISTA-RR		PLACA		PLACA		PLACA	
592.408.502-44		592.408.502-44		592.408.502-44		592.408.502-44	
PLACA ANT./UE		CHASSI		CHASSI		CHASSI	
9C2JC4120AR035694		9C2JC4120AR035694		9C2JC4120AR035694		9C2JC4120AR035694	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL		COMBUSTÍVEL		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		GASOLINA		GASOLINA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO/FAB.		ANO/MOD.		ANO/MOD.	
HONDA/CG 125 FAN ES		2010		2010		2010	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/		PARTICU		VERMELHA		VERMELHA	
COTA UNICA		VENZ. COTA UNICA		VENZ. COTA UNICA		VENZ. COTA UNICA	
1º *PAG* *		1º *PAG* *		1º *PAG* *		1º *PAG* *	
2º *PAG* *		2º *PAG* *		2º *PAG* *		2º *PAG* *	
3º *PAG* *		3º *PAG* *		3º *PAG* *		3º *PAG* *	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		COTA UNICA		COTA UNICA		COTA UNICA	
R\$129,04		R\$129,04		R\$129,04		R\$129,04	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)	
R\$4,15		R\$4,15		R\$4,15		R\$4,15	
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$292,01		R\$292,01		R\$292,01		R\$292,01	
PRÊMIO TARIFARIO		PRÊMIO TARIFARIO		PRÊMIO TARIFARIO		PRÊMIO TARIFARIO	
R\$14,34		R\$14,34		R\$14,34		R\$14,34	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$143,38		R\$143,38		R\$143,38		R\$143,38	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
02/07/2015		02/07/2015		02/07/2015		02/07/2015	
SEM RESERVA DE DIRETOR PRESIDENTE		SEM RESERVA DE DIRETOR PRESIDENTE		SEM RESERVA DE DIRETOR PRESIDENTE		SEM RESERVA DE DIRETOR PRESIDENTE	
BOA VISTA-RR		BOA VISTA-RR		BOA VISTA-RR		BOA VISTA-RR	
LOCAL		LOCAL		LOCAL		LOCAL	
27/07/2015		27/07/2015		27/07/2015		27/07/2015	
DATA		DATA		DATA		DATA	
0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR	
CNPJ 09.248.608/0001-04		CNPJ 09.248.608/0001-04		CNPJ 09.248.608/0001-04		CNPJ 09.248.608/0001-04	
www.seguradoraalider.com.br		www.seguradoraalider.com.br		www.seguradoraalider.com.br		www.seguradoraalider.com.br	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
011131387648		011131387648		011131387648		011131387648	
48557340		48557340		48557340		48557340	
0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR	
0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR		0016894622RR	

24 JUL. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Janeiry Andrade do Nascimento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	professora
IDENTIDADE:	161356 SSP-RR
ENDEREÇO:	AV: Jardim AP 103. INGÁ B:06

OUTORGADO

NOME:	Ulei Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio P. Salvoe 1839

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 14/11/2018, cobertura Invalidez, vítima: Janeiry Andrade do Nascimento

Boa Vista 13-02-19

LOCAL E DATA



Janeiry Andrade do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataide Telles, 4307 - Ass. Branca - Boa Vista
Fone: (95) 8627-4186
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

85224.5c646c9954699
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de JANEIRY ANDRADE DO NASCIMENTO

Em testemunho da verdade, SSP
De que dou fé, Boa Vista/RR, 13 de fevereiro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadao.portalselorr.com.br
RECPR168296UYF491ANCEPF2X21

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 3,00

85.224
Tabela Oficial de Aquino
Escrevente Autorizada

24 JUL. 2019

RR SEGUROS

FICHA DE CADASTRO

DADOS DO CLIENTE

NOME COMPLETO	JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO				
CPF	161.356 RG	692.408.502-46			
RG	161.356 SSP	EMISSOR	RR	UF	
DATA DO ACIDENTE	14/11/2018	LOCAL	CIDADE SATÉLITE		
NOME DO PAI	MANOEL GENTIL DO NASCIMENTO				
NOME DA MÃE	JANETE ANDRADE				
ENDEREÇO (1)	AVENIDA JARDIMES - BLOCO 6 APTº 103				
BAIRRO	CIDADE SATÉLITE	CIDADE	BOA VISTA		
CEP		ESTADO	RR		
TEL. CEL. (1)	(95) 99111 8598	TEL. CEL. (2)	()		
ENDEREÇO (2)					
BAIRRO		CIDADE			
SINISTRO					

Documentos necessarios

- () CPF (Xerox)
- () RG (Xerox)
- () Comprovante BANCÁRIO ITAÚ A6. 6953 CC 08949-4
- () Comprovante de Residência
- () PRONTUÁRIO HOSPITALAR
- () BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- () ATO DECLARATORIO, se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal
- () DUT (caso a vítima seja o proprietário do veículo)



Browser tabs: Email - ILDIR INACIO - Outlook x WhatsApp x helper_191031173428 (1).pdf x Proevo DPVAT | Busca avançada x Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3190445789 - Resultado de consulta por benefici

VÍTIMA JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 69240850244

Posição em 01-11-2019 11:57:44
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/08/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
27/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

Ativar o Windows
Acesse Configurações

Taskbar: helper_191031173...pdf helper_191031173...pdf 14956204 (1).pdf 14956204.pdf 5391483326.pdf

Search: Digite aqui para pesquisar





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, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190445789

Vítima: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14668941

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1294715281

PROIBIDO PLASTIFICAR
1294715281

NOME
JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
161356 SSP RR

CPF
692.408.502-44

DATA NASCIMENTO
16/11/1978

FILIAÇÃO
MANOEL GENTIL DO
NASCIMENTO
JANETE ANDRADE

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
06446023431

VALIDADE
18/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
25/08/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Janeý Andrade do Nascimento

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
02/09/2016

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTELHO
DIRETOR DE TRÁFEGO INTERIO
85115141540
RR208956832

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

24 JUL. 2019



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0134301-7

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002325324

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	245	267,32

JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO
AV JARDIM 686 B06 A103-INGA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.274000

DADOS DA LEITURA		KWh	KVat	DADOS DA LEITURA	
Atual:	10504			Atual:	11/02/2019
Anterior:	10259			Anterior:	14/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	11/03/2019
Consumo Medido:	245			Emissão:	08/02/2019
Consumo Faturado:	245		FCAM	Apresentação:	11/02/2019

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	15EDB014850	1423872	1.1.1.2	309

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JAN/19 271	CONSUMO 245 A R\$ 0,782157 = 191,62
DEZ/18 301	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,28
NOV/18 398	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 3,78
OUT/18 361	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 5,68
SET/18 293	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 1,49
AGO/18 273	MULTA POR ATRASO (2X) 9,49
JUL/18 225	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 11,15
JUN/18 292	ILUMINACAO PUBLICA 43,83
MAI/18 288	
ABR/18 353	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 245 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/02/2019, em função das contas reavaliadas 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 reavaliada(s) no valor de R\$ 299,82 (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 ELETRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 1E6D.5453.D9B7.B876.9E75.EF29.B0F4.61D6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 48,13	Base de Cálculo: 191,62
Energia: 102,06	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 32,57
Encargos: 5,30	Valor do PIS: 0,63
Tributos: 36,13	Valor do COFINS: 2,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

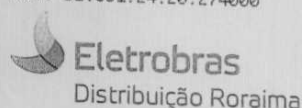
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
3,72 6,00 1,59

FLORESTA

ROT: 32.001.24.20.274000

12/2018

98,75



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

SEU CÓDIGO

0134301-7

TOTAL A PAGAR - R\$

267,32

MÊS FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002325324 FCAM

83610000002 2 67320075000 2 00000000134 7 30170219008 5



SEQ.: 00166 UC: 0134301-7 DT.LEIT.: 11/02/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 10504 NORMAL TOTAL: 267,32 CARGA: 016
DT.VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1341

24 JUL. 2019

ITAU UNIBANCO S/A

TRANSFERENCIAS ENTRE CONTAS
CONTA POUPANCA PARA CONTA CORRENTE

IDENTIFICACAO NO EXTRATO:

DADOS DA CONTA POUPANCA DE DEBITO
NOME: JANEY ANDRADE DO NASCIMENTO
AGENCIA: 6953 CONTA POUPANCA: 08949-4 500

DADOS DA CONTA CORRENTE DE CREDITO
NOME FRANCISCO FABRICIO C FIGUEIRA
AGENCIA: 6953 CONTA CORRENTE: 21400-1

VALOR R\$: 14.900,00

CICLO: 06.02.2019004341695350000364
REALIZADO EM: 06/02/2019 as 14:34:32
AG.6953 6953

AUTENTICACAO

DAB77C8F9AB2ED65D74069557A2114D9FF7DFF86

CTR 5013 407

018 66489

14.900,00

EU: Janeiry Andrade do Nascimento
PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____
RG: Nº. 161356 SSP/RR CPF/MF Nº. 692.408.502-44
E-MAIL: njaneiry@gmail.com
TELEFONE: (95) 99111-8598
ENDEREÇO: Av. Jardim B06, A-103 Nº. 686
BAIRRO: Cidade Sateelite CEP: 69.317-529

situado no Município de _____, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua
flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações
competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a
quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo
ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,
dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____ de _____ de 2019..

Janeiry Andrade do Nascimento
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Janeiry Andrade do Nascimento
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO _____
RG nº. 161356
CPF/MF nº. 692.408.502-44
ENDEREÇO: Av. Jardim B06, A-103 Nº 686
Cidade Satélite.

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, ____/____/____ de 2019.

Janeiry Andrade do Nascimento.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Janeicy Andrade do Nascimento, portador do RG nº 161356
Orgão expedidor SSP/RR e do CPF 692.408.502-44 residente no
endereço Av. Jardim, 806, A-103 nº 686
Bairro Cidade Satélite declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

_____, ____/____/____
(local, data)

Janeicy Andrade do Nascimento

(Assinatura do declarante)