

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970



82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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 2212 (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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Those Hemily Ferreira da Silva (a) no CPF sob o Nº 001.366.672 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítim Those Hemily Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.366.672 / 92 confora determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471		
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Dezembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



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.

1901114975

26/05/2019 15:40:27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data Nascimento

18/06/1997

Idade

21 A 11 M 8 D

CNS

704109189427072

CPF

00138667292

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

3791220

RR

08/07/2008

F

UNIAO

PARDA

IRANDUBA - AM

BRASILEIRA

Mãe

GLAUDEJANY GOMES FERREIRA

ESTAVEL

Contato

(95) 98104-1597

Endereço

RUA - JURACI PEIXOTO - 66 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR

Ocupação

ASSISTENTE

ADMINI

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Pronatal

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:

ELIENE

Queixa Principal

Dor lom ombro esquerda e
clavícula esquerda☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:05 h)

paciente vítima de acidente de moto rolado dor no ombro esquerdo
e clavícula esquerda

Exame Físico

BEG, L016, dor em ombro esquerdo, Glasgow: 15

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

dipirona 1g EV
ibuprofeno 400mg EV

16:15

morphina - 1g EV
Asp - 1g EV
ketorolac 30mg IM agora 16:30

OTF

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída Alta:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Bde. Eduardo Gomes, S/N

Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

26/05/2019

que a presente

que foi produzido neste Hospital

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene

Data Hora: 26/05/2019 16:01:36

9 0719
SOPROCA - Soluções em Tecnologia
C/O - Protopharma - Caxias
RS - 91.101-100



1901114975

ORTOPEDIA

PACIENTE RELATA QUEDA MONOCULERA, APRESENTA DOR EM OMPLA
①.

EX FISICO: DOR EM REGIÃO ACROMIO-CLAVICULAR + LÍMBICO FU

RADIOGRAFIA: EVOLUÇÃO ÚLTIMO ACROMIO CLAVICULAR GD

CD: ENTREVISTA HOSPITALAR

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 1427

Ata - 29/05/2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXISTENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
Shose Henry Ferreira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71041109118941270712

18/06/97

6 - Nº DO PRECATÓRIO
0072589

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Glauberiany Gomes Ferreira

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Juvani Puxeto n.º 66 Jaquei Clube

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. DA CIDADE

R.R.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

luxação Acromio clavicular C.V

18 - NÚMERO DO LAUDO DE INTERFERÊNCIA

Tfo uneng.

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

tx + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

LAC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internacao Hospitalar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
26/05/19

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759 Nº DO BILHETE 220114272

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
26/5/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
0308010019
5434 T068
V299

A 62 (corredor)

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JHOSE HEMILY FERREIRA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	27/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAINTEN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENS
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18-06
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				22
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14-06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14-06
10	SSVV + CCGG 6/6 H				CONV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				ROTINA
14	CURATIVO DIARIO				SN
15					S.T.F
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Marcos Brunner
Médico
CRM-RR 1917

SINAIS VITAIS				
6 H	108x72	70	-	36.3
12 H	100x60	70		36
18 H	100x70	80		35.6
24 H				

12:00h: Adm medicada
SSVV, normalizadas

CRP
Roraima
Corren-RR 400042

A62 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	07/03/2019	DN	08/09/1985
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE	JHOSE FERREIRA DA SILVA
----------	-------------------------

AGNÓSTI	LX ACROMIO CLAVICULAR E
---------	-------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	62	DATA	29/05/2019
-------	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	
---	------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
---	--------------------------	--

3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
---	----------------------	--

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 13 24 C 6
---	------------------------	--------------

5		
---	--	--

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
---	---	--

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
---	-------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
---	---------------------------------	--

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 22 C 6
----	---------------------------------------	-----------

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

17	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

18	CURATIVO DIÁRIO COM ABRASIVO	
----	------------------------------	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1916

JOSE VICENTE FERRER
025.0001545

Image 1.1
MIL 100 / 1000 / 200



Image size: 4240x3460
View size: 1278x731
Zoom: 31%



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA-HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Shose Ferreira da Silva 22 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPI-AL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26 05 1970

DIAGNOSTIC DE fixation de l'attention (x)

NO DIA _____ FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPECÍFICO DE _____ SENDO _____

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/11, ÀS 13:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10 DE 11, ÀS 13:00, COM O
DR. S. S. S.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. 4406121

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

BOA VISTA

MÉDICO

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 5.452 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, e 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

2º OFÍCIO DE BOA VISTA -

AUTENTICAÇÃO - A presente cópia
reprodução fiel do documento que me foi
apresentado.

30 OUT. 2017

Em laud HL na verdade

☐ Daniel Aquino - Oficial
☐ Camila Retroz - Escrivente

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.91470.04-8

8949370

0040

RR

Jose Hemily Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



Alex Chang Jin Tami

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO: KLEIN PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO: 18/08/1997

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: IRANDUBA - AM

DOCUMENTO: C.I. 3791220 08/07/2008 SES RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 001.386.672-92

TIT. ELEITOR: 004627242658

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 26/03/2015

ZONA: 002



ASSINATURA DO EMPREGADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

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

2º OFÍCIO DE BOA VISTA -

AUTENTICAÇÃO - A presente cópia
reprodução fiel do documento que me foi
apresentado.

30 OUT. 2017

Em laud HL na verdade

☐ Daniel Aquino - Oficial
☐ Camila Retroz - Escrivente

Alex Chang Jin Tami

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013774605750
EXERCÍCIO 2018

VALDEMIR OLIVEIRA PIRES

011.818.682-20

PLACA NQJ9336

9C2HA0700XR051659

PAS/MOTONETA/NAQ APR 10

COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/C100 BIZ

ANO FAB 1999

EP/0097CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE AZUL

1º *ISENTO*
2º *****
3º *****
VEIC/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$10.7
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA RUA
MIZ DCID *

RUA VISARINHO Francisco Bezerra Marques 10/2018
DETAN-RR

RR Nº 013774605750

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

01 811.818.682-20

CPV / CNPJ

00719809878

HONDA/C100 BIZ

ANO FAB 1999

9C2HA0700XR051659

PREMIO TARIFÁRIO

R\$81.29

DETAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

R\$4.15

CPV (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

MODA ÚNICA

PAGAMENTO PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774605750
88805010023

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190721936
Nome do(a) Examinado(a):	JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA PEDRO PRAÇA 2765 CASA CAMBARÁ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	001.386.672-92
Data e local do acidente:	26/05/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 09/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE TIPOIA POR 30 DIAS; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO E: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/ABDUÇÃO + CREPITAÇÃO LOCAL

IV) Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

ENDEREÇO ATUAL: RUA RIO ANAUÁ, 490, ARACELIS SOUTO MAIOR, BOA VISTA- RR



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721936 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CREPITAÇÃO ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721936 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CREPITAÇÃO ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Thiara Henily Ferreira da Silva
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO:
RG: 3291220 CPF: 005.386.672-92 ENDEREÇO: RUA/AV.
BAIRRO: Amorim CIDADE: Boa Vista Nº 2769
CEP 69313-468 /RR

VÍTIMA: Thiara Henily Ferreira da Silva
CPF: DATA DO ACIDENTE: 28/05/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Advogado
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista - RR, 20 de 12 de 2019.

Thiara Henily Ferreira da Silva
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470406/19

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

CPF: 001.386.672-92

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA : 001.386.672-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros
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: **JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000010110913-X**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 001.366.672-92 4 - Nome completo da vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 001.366.672-92

7 - Profissão: Recenseado 8 - Endereço: Rua Pedro Praca 9 - Número: 2765 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cambaí 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-468

15 - E-mail: monstrosilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD) 95 9914-9021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0250 (Informar o dígito se existir) X CONTA: 110913 (Informar o dígito se existir) 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 20/12/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

569095

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045636/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 10:32 Data/Hora Fim: 20/12/2019 10:50
Origem: Polícia Judiciária Data: 20/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 26/05/2019 15:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Horácio Mardel Magalhães
Complemento: Cruzamento com a Rua Mestre Albano
Ponto de Referência: Supermercado Novo Tempo
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Asa Branca

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JHÔSE HEMILY FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Iranduba Sexo: Feminino Nasc: 18/09/1997
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Glaudejany Gomes Ferreira Nome do Pai: Klein Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.386.672-92
RG - Carteira de Identidade: 379122-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Pedro Praça
Complemento: Casa
Bairro: Cambará
Telefone: (95) 98402-0142 (Celular)

Nº: 2769

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 811.818.682-20

Renavam 00719809878

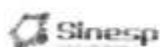
Número do Chassi 9C2HA0700XR051659

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAJ-9336

Número do Motor HA07E-X051659

Ano/Modelo Fabricação 1999/1999



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 20/12/2019 10:50
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: 045636/2019

Número da Carroceria 0

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ

Modelo HONDA/C100 BIZ

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jhõse Hemily Ferreira da Silva

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,
Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de VALDEMIR OLIVEIRA PIRES. Que trafegava na Rua Horácio Mardel de Magalhães (PREFERENCIAL), onde no cruzamento com a Rua Mestre Albano, foi colidida por um veículo, não sabendo indormar as características identificadoras do mesmo e nem de sua condutora, apenas que era de cor vermelha. Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 4200908
Responsável pelo Atendimento

Jhõse Hemily Ferreira da Silva
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinatura do beneficiário ou representante legal:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº de inscrição do ASL

3 - CPF do segurado

001-366-672-92

4 - Nome completo do segurado

JOSE HENILY FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA TITULAR/INTERESSADO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN. Nº 10/2012

5 - Nome completo

JOSE HENILY FERREIRA DA SILVA

001-366-672-92

6 - End. Res.

Rua Pedro Paulo

7 - Número

2765

8 - Complemento

CASA

9 - Bairro

CAMBACI

10 - Cidade

BOA VISTA

11 - Estado

RR

12 - CEP

69-315-468

13 - E-mail

henilysilva638@gmail.com

14 - Nº do PDDI

45.9949-5021

15 - CAPAS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTELA, CURADORIA, INTERDIÇÃO, MENOR EM IDADE, 15 ANOS COM INTELIGÊNCIA) (ANEXAR CÓPIA)

16 - Nº do documento Representante Legal

17 - Polissa do Representante Legal

18 - Renda Mensal do Titular da Conta

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.200,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☒ CONTA POUANÇA (somente para as seguintes opções: 1 - Poupança, 2 - Prémio, 3 - Resgate)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

☐ Prémio (20%)

☐ Resgate (30%)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 0250

☒ CONTA

110913

AGÊNCIA:

CONTA:

19 - Nome e endereço do titular

20 - Nome e endereço do titular

21 - Nome e endereço do titular

22 - Nome e endereço do titular

23 - Autoriza a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização decorrente do Seguro DPVAT a que o segurado tem direito, renunciando e dando, de livre e espontânea vontade, a administração da indenização, quitando-se o valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que sou o responsável por apresentar o laudo do INI (INI) para os fins de cobertura de indenização do Seguro DPVAT, conforme a Lei nº 1.154/74, uma vez que:

- Não há qualquer registro de acidente ou de doença responsável;
- Não há qualquer registro de acidente ou de doença responsável no local de trabalho para fins do Seguro DPVAT, ou;
- O INI, que tem a função de atestar a ocorrência de acidente ou de doença responsável, não possui prazo superior a 90 (noventa) dias da ocorrência.

Declaro que esta declaração não significa, sob pena de nulidade, a ausência de qualquer registro de acidente ou de doença responsável, nem a ausência de qualquer registro de acidente ou de doença responsável, nem a ausência de qualquer registro de acidente ou de doença responsável.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Beneficiário com endereço: 26 - Último da rua (com ou sem número) 27 - Se o último da rua for diferente, informar o nome completo

28 - Vício 29 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 30 - Vício 31 - Vício 32 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 33 - Vício 34 - Vício 35 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

36 - Vício 37 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 38 - Vício 39 - Vício 40 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 41 - Vício 42 - Vício 43 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

44 - Vício 45 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 46 - Vício 47 - Vício 48 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 49 - Vício 50 - Vício 51 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 52 - Vício 53 - Vício 54 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

55 - Vício 56 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 57 - Vício 58 - Vício 59 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 60 - Vício 61 - Vício 62 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 63 - Vício 64 - Vício 65 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

66 - Vício 67 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 68 - Vício 69 - Vício 70 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 71 - Vício 72 - Vício 73 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 74 - Vício 75 - Vício 76 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

77 - Vício 78 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 79 - Vício 80 - Vício 81 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 82 - Vício 83 - Vício 84 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 85 - Vício 86 - Vício 87 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

88 - Vício 89 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 90 - Vício 91 - Vício 92 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 93 - Vício 94 - Vício 95 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 96 - Vício 97 - Vício 98 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

99 - Vício 100 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 101 - Vício 102 - Vício 103 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 104 - Vício 105 - Vício 106 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 107 - Vício 108 - Vício 109 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

110 - Vício 111 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 112 - Vício 113 - Vício 114 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 115 - Vício 116 - Vício 117 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 118 - Vício 119 - Vício 120 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

121 - Vício 122 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 123 - Vício 124 - Vício 125 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 126 - Vício 127 - Vício 128 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 129 - Vício 130 - Vício 131 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

132 - Vício 133 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 134 - Vício 135 - Vício 136 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 137 - Vício 138 - Vício 139 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 140 - Vício 141 - Vício 142 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

143 - Vício 144 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 145 - Vício 146 - Vício 147 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 148 - Vício 149 - Vício 150 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 151 - Vício 152 - Vício 153 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

154 - Vício 155 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 156 - Vício 157 - Vício 158 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 159 - Vício 160 - Vício 161 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 162 - Vício 163 - Vício 164 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

165 - Vício 166 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 167 - Vício 168 - Vício 169 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 170 - Vício 171 - Vício 172 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 173 - Vício 174 - Vício 175 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

176 - Vício 177 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 178 - Vício 179 - Vício 180 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 181 - Vício 182 - Vício 183 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 184 - Vício 185 - Vício 186 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

187 - Vício 188 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 189 - Vício 190 - Vício 191 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 192 - Vício 193 - Vício 194 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 195 - Vício 196 - Vício 197 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

198 - Vício 199 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 200 - Vício 201 - Vício 202 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 203 - Vício 204 - Vício 205 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 206 - Vício 207 - Vício 208 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

209 - Vício 210 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 211 - Vício 212 - Vício 213 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 214 - Vício 215 - Vício 216 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 217 - Vício 218 - Vício 219 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

220 - Vício 221 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 222 - Vício 223 - Vício 224 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 225 - Vício 226 - Vício 227 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 228 - Vício 229 - Vício 230 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

231 - Vício 232 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 233 - Vício 234 - Vício 235 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 236 - Vício 237 - Vício 238 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 239 - Vício 240 - Vício 241 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

242 - Vício 243 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 244 - Vício 245 - Vício 246 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 247 - Vício 248 - Vício 249 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 250 - Vício 251 - Vício 252 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

253 - Vício 254 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 255 - Vício 256 - Vício 257 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 258 - Vício 259 - Vício 260 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 261 - Vício 262 - Vício 263 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

264 - Vício 265 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 266 - Vício 267 - Vício 268 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 269 - Vício 270 - Vício 271 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 272 - Vício 273 - Vício 274 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

275 - Vício 276 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 277 - Vício 278 - Vício 279 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 279 - Vício 280 - Vício 281 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 282 - Vício 283 - Vício 284 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

285 - Vício 286 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 287 - Vício 288 - Vício 289 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 289 - Vício 290 - Vício 291 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 292 - Vício 293 - Vício 294 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

295 - Vício 296 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 297 - Vício 298 - Vício 299 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 299 - Vício 300 - Vício 301 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 302 - Vício 303 - Vício 304 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

305 - Vício 306 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 307 - Vício 308 - Vício 309 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 309 - Vício 310 - Vício 311 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 312 - Vício 313 - Vício 314 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

315 - Vício 316 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 317 - Vício 318 - Vício 319 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 319 - Vício 320 - Vício 321 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 322 - Vício 323 - Vício 324 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

325 - Vício 326 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 327 - Vício 328 - Vício 329 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 329 - Vício 330 - Vício 331 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 332 - Vício 333 - Vício 334 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

335 - Vício 336 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 337 - Vício 338 - Vício 339 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 339 - Vício 340 - Vício 341 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 342 - Vício 343 - Vício 344 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

345 - Vício 346 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 347 - Vício 348 - Vício 349 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 349 - Vício 350 - Vício 351 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 352 - Vício 353 - Vício 354 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

355 - Vício 356 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 357 - Vício 358 - Vício 359 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 359 - Vício 360 - Vício 361 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 362 - Vício 363 - Vício 364 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

365 - Vício 366 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 367 - Vício 368 - Vício 369 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 369 - Vício 370 - Vício 371 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 372 - Vício 373 - Vício 374 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

375 - Vício 376 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 377 - Vício 378 - Vício 379 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 379 - Vício 380 - Vício 381 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 382 - Vício 383 - Vício 384 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

385 - Vício 386 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 387 - Vício 388 - Vício 389 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 389 - Vício 390 - Vício 391 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 392 - Vício 393 - Vício 394 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

395 - Vício 396 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 397 - Vício 398 - Vício 399 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 399 - Vício 400 - Vício 401 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 402 - Vício 403 - Vício 404 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

405 - Vício 406 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 407 - Vício 408 - Vício 409 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 409 - Vício 410 - Vício 411 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 412 - Vício 413 - Vício 414 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

415 - Vício 416 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 417 - Vício 418 - Vício 419 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 419 - Vício 420 - Vício 421 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 422 - Vício 423 - Vício 424 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

425 - Vício 426 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 427 - Vício 428 - Vício 429 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 429 - Vício 430 - Vício 431 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 432 - Vício 433 - Vício 434 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

435 - Vício 436 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 437 - Vício 438 - Vício 439 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 439 - Vício 440 - Vício 441 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 442 - Vício 443 - Vício 444 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

445 - Vício 446 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 447 - Vício 448 - Vício 449 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 449 - Vício 450 - Vício 451 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 452 - Vício 453 - Vício 454 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

455 - Vício 456 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 457 - Vício 458 - Vício 459 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 459 - Vício 460 - Vício 461 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 462 - Vício 463 - Vício 464 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

465 - Vício 466 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 467 - Vício 468 - Vício 469 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 469 - Vício 470 - Vício 471 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 472 - Vício 473 - Vício 474 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

475 - Vício 476 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 477 - Vício 478 - Vício 479 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 479 - Vício 480 - Vício 481 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 482 - Vício 483 - Vício 484 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

485 - Vício 486 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 487 - Vício 488 - Vício 489 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 489 - Vício 490 - Vício 491 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 492 - Vício 493 - Vício 494 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

495 - Vício 496 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 497 - Vício 498 - Vício 499 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 499 - Vício 500 - Vício 501 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 502 - Vício 503 - Vício 504 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

505 - Vício 506 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 507 - Vício 508 - Vício 509 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 509 - Vício 510 - Vício 511 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 512 - Vício 513 - Vício 514 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

515 - Vício 516 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 517 - Vício 518 - Vício 519 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 519 - Vício 520 - Vício 521 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 522 - Vício 523 - Vício 524 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

525 - Vício 526 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 527 - Vício 528 - Vício 529 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 529 - Vício 530 - Vício 531 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 532 - Vício 533 - Vício 534 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

535 - Vício 536 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 537 - Vício 538 - Vício 539 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 539 - Vício 540 - Vício 541 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 542 - Vício 543 - Vício 544 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

545 - Vício 546 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 547 - Vício 548 - Vício 549 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 549 - Vício 550 - Vício 551 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 552 - Vício 553 - Vício 554 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

555 - Vício 556 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 557 - Vício 558 - Vício 559 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 559 - Vício 560 - Vício 561 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 562 - Vício 563 - Vício 564 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

565 - Vício 566 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 567 - Vício 568 - Vício 569 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 569 - Vício 570 - Vício 571 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 572 - Vício 573 - Vício 574 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

575 - Vício 576 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 577 - Vício 578 - Vício 579 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 579 - Vício 580 - Vício 581 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 582 - Vício 583 - Vício 584 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

585 - Vício 586 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 587 - Vício 588 - Vício 589 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 589 - Vício 590 - Vício 591 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 592 - Vício 593 - Vício 594 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

595 - Vício 596 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 597 - Vício 598 - Vício 599 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 599 - Vício 600 - Vício 601 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 602 - Vício 603 - Vício 604 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

605 - Vício 606 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 607 - Vício 608 - Vício 609 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 609 - Vício 610 - Vício 611 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 612 - Vício 613 - Vício 614 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

615 - Vício 616 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 617 - Vício 618 - Vício 619 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 619 - Vício 620 - Vício 621 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 622 - Vício 623 - Vício 624 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

625 - Vício 626 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 627 - Vício 628 - Vício 629 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 629 - Vício 630 - Vício 631 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 632 - Vício 633 - Vício 634 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

635 - Vício 636 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 637 - Vício 638 - Vício 639 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 639 - Vício 640 - Vício 641 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 642 - Vício 643 - Vício 644 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

645 - Vício 646 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 647 - Vício 648 - Vício 649 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 649 - Vício 650 - Vício 651 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 652 - Vício 653 - Vício 654 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

655 - Vício 656 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 657 - Vício 658 - Vício 659 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 659 - Vício 660 - Vício 661 - Se o vício for diferente, informar o nome completo 662 - Vício 663 - Vício 664 - Se o vício for diferente, informar o nome completo

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: **BRAVO I**

EQUIPE:

See Shirley / and Grice

Paciente: Jose Hemilly Feoures da Silva Idade: 21 Sexo: Fem

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: rua Maria Medel d. meireles Bairro Asa Branca

Nº 8636	DATA 26/05/19	HORA J/R: 15:20	BASE VIA: 1	1 págs
---------	---------------	-----------------	-------------	--------

Médico (a) Regulador (a):	Dr. Anderson	HORA J/10:	15:28	BASE (X) VIA ()	() RÁDIO
				15:49	CELULAR

MOTIVO INICIAL	Colarado moto x carro	DATA	15/10	HORA	15:17	CELULAR	
----------------	-----------------------	------	-------	------	-------	---------	--

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

OCCORRÊNCIA CONSTATADA			
☒ Acidente de trânsito	☐ Urgência psiquiátrica	☐ Queimadura	☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento	☐ Tentativa de suicídio	☐ Choque elétrico	☐ Transferência
☐ Agressão física – FAF	☐ Envenenamento	☐ Queda	☐ Exame complementar
☐ Agressão física – FAB	☐ Afogamento	☐ Urgência clínica	☐ Outros

ACIDENTE DE TRÁNSITO

FORMULÁRIO DE TRANSPORTADO				
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☒ Automóvel	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Motocicleta	☐ Animal
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Outro	☐ Ônibus	☐ Outro
☐ Ignorado	☐ Bicicleta		☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AEREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro: _____	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia	☐ Bradicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

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"	Glasgow
Início	15:45	130x80	102	25	100	—	—	—
Fim	16:00	130x80	102	25	100	—	—	—

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
- Dor - Hematoma - Contusão - Escoriação - Laceração - Luxação - Fratura fechada - Fratura exposta - Amputação - Evisceração - Afundamento de crânio - Ferimento penetrante - Tórax instável - Enfisema subcutâneo - Ferida aspirativa - Empalamento - Outros	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta RESPOSTA MOTORA 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza a dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

Ritmo Sinusal	[] FV	[] Neurológica	[] Metabólica	[] Diabetes	[] Alergias
Taquicardia Sinusal	[] TV	[] Respiratória	[] Infecciosa	[] Cardiopatia	[] Outros
Flutter Atrial	[] AESP	[] Cardiovascular	<i>X Fran</i>	[] HAS	
Fibrilação atrial	[] Assístolia	[] Digestiva		[] Medicação de uso	

AFECÇÃO CLÍNICA

GRAVIDADE COMPROVADA	☐ Ileso	☐ Pequena	☒ Média	☐ Severa	☐ Óbito
----------------------	--------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------

	HISTÓRIA PEGRESSA
--	-------------------

Ritmo Sinusal	[] FV	[] Neurológica	[] Metabólica	[] Diabetes	[] Alergias
Taquicardia Sinusal	[] TV	[] Respiratória	[] Infecciosa	[] Cardiopatia	[] Outros
Flutter Atrial	[] AESP	[] Cardiovascular	<i>K. Fran</i>	[] HAS	
Fibrilação atrial	[] Assistolia	[] Digestiva		[] Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA	☐ Ileso	☐ Pequena	☒ Média	☐ Severa	☐ Óbito
----------------------	--------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------	--------------------------------

Enrique Henrique Rodríguez

2º TEN QOCON Médico

~~CRM-RR 1803~~

CRM-RR 1803
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MEIOS
CONAHOS

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☒ SMT-TRAN

☐ Bombeiro
☒ Outros: *Detran*
 28003

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☒ Hospitalização
☐ Não se encontrava no local

SAMU 192-BV
CONFIDENTIAL

☐ CANCELAMENTO
☒ RECUSA DE ATENDIMENTO / ☐ HOSPITALIZAÇÃO
 Não se encontrava no local

SAMU 192-BV
 CONECT

MEIOS
 DONADOS

☐ POLÍCIA MILITAR
☐ GUARDA MUNICIPAL
☒ SAMTRAN

☐ BOMBEIRO
☒ OUTROS: *Detran*
28.003

PERTENCE 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			
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
			2ª dose de 20cm
			02 dose de 30cm
			01 dose de 8cm
			02 doses de 20cm

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de colisão moto x carro encontrada sentada no local da colisão verbalizando o acidente, queixa dor no M50 possível fratura de clavícula não queixa dor no pescoço nem na coluna cervical. Foi imobilizada de membro, fraturas do tórax não foram percebidas mais fraturas e esboços de V12 verificando os 55VV preservados. Informado ao médico regulado que encontrou os fraturas para mais avaliação.

SAMU 192-SV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 28/06/19
Stephanie
FUNDADA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010110913-X

Nr. da Autenticação FAE484CBAC590E45

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFA 1.388/13

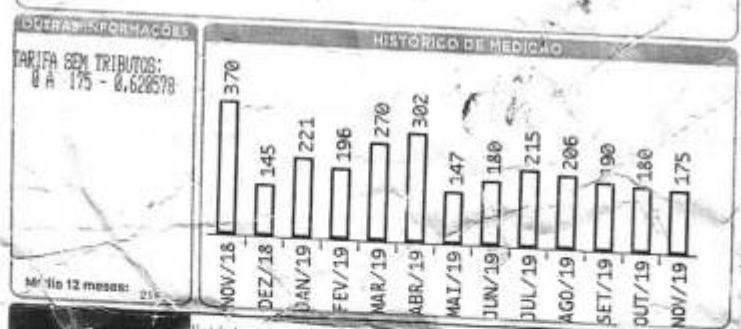
Nº da Nota Fiscal 4107614

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002 FCM*

CONTA MÊS NOVEMBRO/2019 VENCIMENTO 11/12/2019 CONSUMO (KWH) 175 TOTAL A PAGAR (R\$) 173,87
ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA
R. PEDRO PRACA 7769 - CAMBARA
CEP: 69.313-468 - BOA VISTA
CPF: 00038264889204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 7747	Atual: 25-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 7592	Anterior: 26-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 25-12-2019	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 23-11-2019	Número Medidor: TDB1611339
Consumo medido: 175	Apresentação: 25-11-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modelagem:

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
175	175 A R\$ 0,767926 =	134,38
	CORREÇÃO MONETÁRIA 09/19-00	0,01
	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	1,65
	JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00	0,37
	MULTA POR ATRASO 09/19-00	0,32
	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	4,11
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	27,33



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 332,79

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%, TARIFA DE ENERGIA: REALISTE MÉDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 080072019120 E FAÇA ORÇÃO VENCIMENTO 16.11.16.21-20

RESERVADO AO FISCO D666.0E38.7B5C.83FB.F58F.D60E.BBD9.8437	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 12,67	Base do Cálculo: 134,38
Encargos: 4,11	ICMS: 17,99%
Tributos: 25,77	PIS: 0,37%
Transmissão: 0,00	COFINS: 1,99%
	VALOR
	22,84
	0,50
	2,43
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Limite	9,24
Realizado	0,00
Conjunto	0,00
Período de apuração	09/2019
EUSD	62,33

RÔT: 5.001.12.06.033900

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0072639-7

TOTAL A PAGAR - R\$ 173,87

MÊS FATURADO 11/2019

VENCIMENTO 11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4107614 FCM*



SEQ.: 0017 UC: 0072639-7 DT. LEIT.: 25/11/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 7747 NORMAL TOTAL: 173,87 CARGA: 0
DT. VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4