



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



RR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745522177

NOME

ERLI GOMES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/AUF

119305 SESP RR

CPF

801.756.519-49

DATA NASCIMENTO

04/10/1968

FILIAÇÃO

MANOEL GOMES DA SILVA

ANA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04510899620

VALIDADE

20/09/2023

1ª HABILITAÇÃO

27/11/2008

OBSERVAÇÕES



PROIBIDO PLASTIFICAR

1745522177

Erli Gomes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO

20/09/2018

Antonio Francisco Beserra Marques

ANTONIO FRANCISCO BESERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

79507232715
RR209857340



RORAIMA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013774898056
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 00711160422 RUTRO EXERCÍCIO 2018

NOME
RODRIGO DOS SANTOS NUNES

CPF/CNPJ
037.349.132-84

PLACA
NA19750

PLACA ANT./UF
3C2HA070WWR015646

ESPECIE TIPO
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/C100 B17

ANO FAB 1998 ANO MOD 1998

CPF/POT/CV
22/005700/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
AMARELA

COTA UNICA
ISENTO*

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS
1ª *****

FADA I.P.V.A.
ISENTO*

PARCELAMENTO/COTAS
DE 12 ANOS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 107,7 IOF (R\$) 185,5 PRÊMIO TOTAL (R\$) 293,2 DATA DE PAGAMENTO 13/03/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB. SAIR DO
AMAZ. OCIO LEILÃO DETRAN-RR 05/17 LOTE 66

BOA VISTA - RR

190 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

DATA

21/03/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA AP
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RR Nº 013774898056 BILHETE DE SEGURO

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EM 21/03

VIA 01 CPF/CNPJ 037.349.132-84

PLACA NA19750

RENAVAM 00711160422

MARCA/MODELO HONDA/C100 B17

ANO FAB 1998

CAT. INF 9

Nº CHASSI 9C2HA070WWR015646

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) R\$81,29

DENATRAN (R\$) R\$9,03

CUSTO DO SEGURO R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15

IOF (R\$) R\$0,7

TOTAL A SER PAGO SEGURO R\$185,5

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAC 13/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774898056

798558

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127770/20

Vítima: ERLI GOMES DA SILVA

CPF: 801.756.519-49

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERLI GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

ERLI GOMES DA SILVA : 801.756.519-49

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: 30/04/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164015 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERLI GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 51 ANOS./EXAME DE IMAGEM-P.3
@ - P.2 - RELATÓRIO NÃO INDICA DÉFICIT FUNCIONAL.
- SINISTRO 2014/500424(11/01/2014)-INDENIZADO DEBILIDADE
FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO, APÓS PERÍCIA(16/07/2014)
./ DIAGNÓSTICO:FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA A DIREITA

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164015 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERLI GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 18/01/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 51 ANOS./EXAME DE IMAGEM-P.3
@ - P.2 - RELATÓRIO NÃO INDICA DÉFICIT FUNCIONAL.
- SINISTRO 2014/500424(11/01/2014)-INDENIZADO DEBILIDADE
FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO, APÓS PERÍCIA(16/07/2014)
./ DIAGNÓSTICO:FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA A DIREITA

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ERLI GOMES DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO:
Recurso RG: 119305 SSP/RR CPF: 803.756.519-49 ENDEREÇO: RUA/AV,
AV. TRAV. FRANCISCO SALCS VIEIRA, Nº 410
BAIRRO: PINTONDIÁ CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.316-725

VÍTIMA: ERLI GOMES DA SILVA
CPF: 803.756.519-49 DATA DO ACIDENTE: 10/01/2020
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recurso
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 invalides, 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, 11 de 03 de 2020



Erli Gomes da Silva
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalá Teixeira, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3637-4131
Email: daniel@boa Vista@cartorioaquino.com.br

Em testemunho da verdade, DSA
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 11 de março de 2020.
Consulte o(a) tabelião(a) em: [daniel.com.br](http://www.daniel.com.br)
REC.FIR.16236PTB3WNQLFY16H017

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,45 SEL. O: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

188.846
Ana Carolina Barbosa dos Santos
Escriturante Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127770/20

Vítima: ERLI GOMES DA SILVA

CPF: 801.756.519-49

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERLI GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

ERLI GOMES DA SILVA : 801.756.519-49

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: 30/04/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164015

Vítima: ERLI GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERLI GOMES 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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164015

Vítima: ERLI GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 18/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERLI GOMES 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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ERLI GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000019022-0

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: 801-756-519-49 3 - CPF da vítima: 801-756-519-49 4 - Nome completo da vítima: ERLI GOMES 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: ERLI GOMES DA SILVA 6 - CPF: 801-756-519-49
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: R-TRAVESSA FRANCISCO SALES VIEIRA 9 - Número: 410 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Pintolandia 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-316-725
15 - E-mail: maratasilva638@gmail.com 16 - Tel (DDD): 95 17 - Tel (DDD): 991194021

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, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00019022 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (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.

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.

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

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ 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(s) (vivo(s))? ☐ 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - 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 13/04/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Erli Gomes da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Raimundo Vanto Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005368/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/03/2020 12:13

Data/Hora Fim: 11/03/2020 12:30

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 18/01/2020 15:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Sílvio Leite

Logradouro: Av. São Joaquim

Complemento: Semáforo

Ponto de Referência: Cruzamento com a Rua Z 04

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (ART. Veículo
303, § 1º DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERLI GOMES DA SILVA (VÍTIMA, ENVOLVIDO, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/10/1968

Idade: 51 anos

Naturalidade: PR - Terra Roxa

Profissão: Vigilante

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ana Maria da Silva

Nome do Pai: Manoel Gomes da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 801.756.519-49

RG - Carteira de Identidade: 119305

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Travessa Francisco Sales Vieira

Nº: 410

Complemento: Casa

Bairro: Píntolândia

Telefone: (95) 99120-2215 (Celular)

Nome Civil: NILCLEBSON FERNANDES PINHEIRO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 22 anos

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Efigênia Lima

Nº: 1091

Bairro: Dr Sílvio Leite

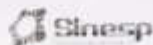
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/03/2020 12:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005368/2020-A01

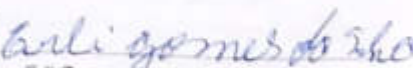
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Nilclebson Fernandes Pinheiro	Depositário, Proprietário, Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 037.349.132-84	Placa NAI-9760
Renavam 00711160422	Número do Motor HA07E-W015646
Número do Chassi 9C2HA070WWR015646	Ano/Modelo Fabricação 1998/1998
Número da Carroceria 0	Cor AMARELA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ	Modelo HONDA/C100 BIZ
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Erlí Gomes da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a),

O comunicante acima qualificado compareceu a esta unidade policial para informar que sofreu um acidente de trânsito no local acima descrito, que foi socorrido pelo samu, que foi feito um acordo verbal com o autor para ressarcimento do prejuízo da sua motocicleta e que agora o mesmo se nega a pagar o combinado. É o relato.

O comunicante que é habilitado (Nº 04510899620), compareceu nesta Delegacia para aditar/acrescentar nesse Boletim de Ocorrência para fins de Seguro DPVAT, o seguinte: Que conforme hora, data e local descritos acima transitava conduzindo a motocicleta de placa NAI-9760, devidamente descrita acima e que está em nome de RODRIGO DOS SANTOS NUNIS, pela Avenida São Joaquim, onde o Senhor NILCLEBSON que transitava na Rua Z 04, em outra motocicleta, não sabendo informar às características identificadoras, invadiu o semáforo e ocasionou a colisão. Que sofreu lesões e foi socorrido pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

 Jefferson Inacio Araujo Agente Policial Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento	ASSINATURAS  AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR	 Erlí Gomes da Silva (Comunicante / Envolvido / Vítima)
---	---	--

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



Delegado de Polícia Civil Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 11/03/2020 12:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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:

801-756-519-49

4 - Nome completo da vítima:

ERLI GOMES 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:

ERLI GOMES DA SILVA

6 - CPF:

801-756-519-49

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

R-TRAUSSA FRANCISCO SALES VIEIRA

9 - Número:

410

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Pintolandia

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-316-725

15 - E-mail:

maratasilva638@gmail.com

95

16 - Tel (DDD):

991194021

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\$1.00 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, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA: 3906

(informar o dígito se existir)

CONTA: 00019022

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

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

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ 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(s) (vivo(s))?

☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - 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 13/04/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERLI GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000019022-0

Nr. da Autenticação 99ED3BA40DF16856



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

SEU CÓDIGO
0083299-5

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto Autorizado pela SPPAZ 588/13

Nº da Nota Fiscal 4631208

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	06/03/2020	258	295,11

ARTEMIZIA DOS SANTOS PEREIRA
TV FRANCISCO SALES VIEIRA 410 - PINTOLÂNDIA
CPF: 00072010282272
CEP: 69.316-725 - BOA VISTA

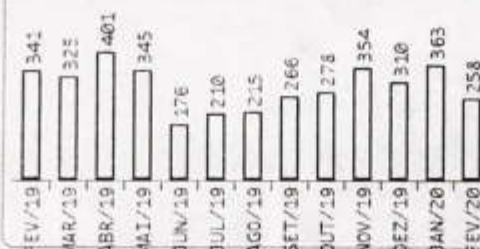
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 40621	Atual: 17/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 40563	Anterior: 20/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 7/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 14/02/2020	Número Medidor: 2823118
Consumo medido: 258	Apresentação: 17/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 258		Modalidade: M 1405253

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	258 A R\$ 0,765725 =	197,55
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 12/19-00		0,23
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 12/19-00		6,02
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00		0,63
JUROS DE MORA POR ATR 12/19-00		0,21
MULTA POR ATRASO 12/19-00		5,95
PARCELAMENTO DE DÉBITO 15/42		60,64
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00		2,97
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		20,91

OUTRAS INFORMAÇÕES

Medição 258 kWh
06/03/2020 08:17:00

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses:



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Utilizadora LUCIENE GARCIA solicitou a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome da consumidora na SPJENCA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mês/Ano Valor R\$
02/2020 363,73

LIGUE 0800/019120 E PAGA DPOA VENCIMENTO: 1 e 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 6CE3.8BF0.6DB/.1C1B.DA2F.9019.CD04.D585

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	106,64	Base de Cálculo:	ICMS: 17,00% 30,58
Encargos:	6,04		PIS: 0,41% 0,81
Tributos:	30,16		COFINS: 1,91% 3,77
Transmissão:	0,00		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			RIC			DMC	CIOR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite:	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado:	0,00			0,00			0,00	
Conjunto:	DISTRITO			Período de apuração: 12/2019			EUSD: 93,43	

ROT: 8.001.16.09.053650



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0083299-5

TOTAL A PAGAR - R\$

295,11

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

06/03/2020

Nº da Nota Fiscal 4631208

F. CAM*

83680000002 5 95110075000 3 000000000083 6 29950220008 0





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 04/2020

VENCIMENTO: 15/05/2020

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	16541842
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/03/2020	04/04/2020	29	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
03/2020	0	02/2020	0	01/2020	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020		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 10201909 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	04/2020	17	43,74	05.1970

82690000000-9 43740004001-4 00099358101-6 04202080003-5



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 0100 (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 COAF².

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 sanções 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 475.628.483 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERI Gomes da Silva
(a) no CPF sob o Nº 801.756.519 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz
ERI Gomes da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 801.756.519 / 49 de acordo
determinação da Circular Susep 445/12;
() Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Rua: 05		Número	121	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CEP
Email		nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
						(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Abril de 20
Local e Data

Raimundo Nonato Silva 



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.

Recuperação

058.491-1

200 210841		18/01/2020 16:12:21		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		26	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ERLI GOMES DA SILVA		04/10/1968		51 A 3 M 14 D		705607420111510		80175651949			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		119305		M		UNIAO		PARDA		TERRA ROXA - PR	
Mãe		ANA MARIA DA SILVA		MANOEL GOMES DA SILVA		(95) 99170-7563		Contato		Ocupação	
Endereço		TRAVESSA - FRANCISCO SALES VIEIRA - 410 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		NÃO INFORMADA							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		SAMU CAPITAL							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		ADAO			
GRANDE TRAUMA											
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	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Pct Vítima acidente trânsito MOTO + MOTO											
Exame Físico											
Dor em ombro E											
Hipótese Diagnóstica											
FX Clavicular (E)											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG	
OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA											
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308											
05 MAR 2020											
MARCOS AGUIAR											
Médico											
CRM/RR 1995											
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: / /											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não											
Destino: ☐ Família											
☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: adao											
Data Hora: 18/01/2020 16:13:11											
2001210841											



2001210841

Ortopedia UN/MON
marcha referida com
muito com queixo de ODI
em clonculo E.

Do Lumbi e cervicobas em
ombros e pernas E.

Do RN joelhos em 1/3 mldn
de clonculo E.

CDZ Tiroto + DUNE57 e oq m
neto.

Dr. Augusto Cavalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

Para o Dr. Ortopedia / Os frouros
para curativo.

Dr. Augusto Cavalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Fátima - 69200-000 - 69
A 11/03/2010

05 MAR. 2010

Cert. F. 11/03/2010
Cópia n. 11/03/2010
que foi Original
do neste Hospital



E

ERLI GOMES DA SILVA

2734

HOSPITAL CORONEL MOTA

10/03/2020

Marcos

Tam real