

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2923446820201130180905**

### Processo 0828211-69.2020.8.23.0010 - (29 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9996 - Acidente de Trânsito

**Nível de Sigilo:** Público

| Informações Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Informações Adicionais | Partes                                                           | Movimentações                                    | Apensamentos (0)                | Vínculos (0) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|
| <b>Realces</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| <b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência<br><b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| <b>Filtros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| <b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor<br><b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/><br><b>Descrição:</b> <input type="text"/>      |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| 9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| 500 por pág. <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| Seq.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Data                   | Evento                                                           | Movimentado Por                                  |                                 |              |
| <input type="checkbox"/> 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 30/11/2020 18:09:05    | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>                         | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br>Procurador           |                                 |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        | 9.1 Arquivo: Petição                                             | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                   | ‡ 2766518CONTESTACAO01.pdf      | Público      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        | 9.2 Arquivo: DOCS                                                | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                   | ‡ 2766518CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        | 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER                                | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                   | ‡ KITSEGURADORALIDER.pdf        | Público      |
| <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| (Pelo advogado/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO) em 23/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| Para advogados/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020)                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                  |                                                  |                                 |              |
| <input type="checkbox"/> 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11/11/2020 12:56:56    | <b>DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO</b> | Arielly Né de Almeida<br>Analista Judiciária     |                                 |              |
| <input type="checkbox"/> 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 05/11/2020 20:35:30    | <b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>                  | DANIEL DAMASCENO AMORIM<br>DOUGLAS<br>Magistrado |                                 |              |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 01/11/2020 16:41:59    | <b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>                                        | SISTEMA CNJ                                      |                                 |              |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 01/11/2020 16:41:59    | <b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b>                      | SISTEMA CNJ                                      |                                 |              |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 01/11/2020 16:41:59    | Registro de Distribuição                                         | SISTEMA CNJ                                      |                                 |              |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 01/11/2020 16:41:59    | <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b>                                   | SISTEMA CNJ                                      |                                 |              |
| <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 01/11/2020 16:41:58    | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>                             | VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO<br>Advogado          |                                 |              |



---

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Nº Sinistro: **3180339927**

Vitima: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339927**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13144364



---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Nº Sinistro: **3180339927**  
Vitima: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**  
Data do Acidente: **15/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339927**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00581/00582 - carta\_04 - INVALIDEZ



00070291

Carta nº 13274206

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ SME DDT2F85L8XR3AXK



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

002.489.412-59

Nome completo da vítima

Kelvin da Silva Calixto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                                          |                                        |                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Nome completo<br>Kelvin da Silva Calixto | CPF titular da conta<br>002.489.412-59 | Profissão<br>Estudante           |
| Endereço<br>Rua: macuru                  | Número<br>159                          | Complemento                      |
| Bairro<br>nosso lar Apaixonada           | Cidade<br>Bon Vista                    | Estado<br>Roraima                |
| Email                                    | CEP<br>09.300-310                      | Telefone (DDD)<br>195199112-8775 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ÍTAU (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
Nº: 0053 DV: 066-026 NRO: 7  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA  
Nº: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Bo Vista, 12 de junho de 2018  
Local e Data

Kelvin da Silva Calixto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24 JUL 2018  
Sabrina

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cap. Júlio Bezerra, 188 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/04/2018 06:43 Data/Hora Fim: 15/04/2018 06:59  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808572 Data: 15/04/2018  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 15/04/2018 02:24

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Nossa Senhora  
Logradouro: RUA MACUXI COM A RUA JOÃO XXIII

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                         | Meio(s) Empregado(s) |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome: MELQUIS COSTA PORTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Idade: 39  
Profissão: Policial Militar  
Estado Civil: Sem Informação  
Raça/Cor: Sem Informação  
Nome da Mãe: Sem Informação  
Documento(s)

24 JUL 2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 25  
Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

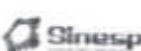
Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA MACUXI  
Bairro: APARECIDA

Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 44  
Profissão: Motorista de Caminhão  
Estado Civil: Casado(a)  
Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

DAT  
Confere com original  
Data: 16/05/2018  
Assinatura  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Deleitário da Polícia Civil  
Mat. 0420083



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger  
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira  
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA TENENTE CICERO  
Bairro: APARECIDA

Nº: 450

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Grupo Veículo                       | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Placa NAX7160                       | Número do Chassi 30396        |
| Ano/Modelo Fabricação 2010/2009     | Cor ROXA                      |
| UF Veículo Roraima                  | Município Veículo Boa Vista   |
| Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E | Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E |
| Veículo Adulterado? Não             | Quantidade 1 Unidade          |

Situação Envolvido

| Nome Envolvido             | Envolvimentos |
|----------------------------|---------------|
| Gleydson da Silva Nogueira | Proprietário  |

### RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO A GUARNIÇÃO DA PM VEM INFORMAR, QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO; QUE NO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO ONDE SE ENCONTRAVA OS ITENS 01, GLEYDSON E O ITEM 02, KELVI; QUE FORAM INFORMADOS PELO ITEM 01, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, NA RUA MACUXI, SENTIDO BAIRRO 31 DE MARÇO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO ACIMA CITADO, FOI COLIDIÓ POR UMA PICAPE GM S 10, QUE NÃO SOUVE INFORMAR A COR E NEM A PLACA, QUE TRAFEGAVA NA RUA JOÃO XXIII, SENTIDO BAIRRO/CENTRO, QUE APÓS A COLISÃO O CONDUTOR DA GM/S10 FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AOS ITENS 01 E 02; QUE A PERICIA NÃO FOI ACIONADA POR TER SIDO VIOLADO O LOCAL; QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 01, FOI NOTIFICADA E RECOLHIDA AO PÁTIO DO CRD; QUE OS ITEM 01 E 02 FORAM ATENDIDOS PELO SAMU E CONDUZIDOS AO PSE; QUE OS ITENS 01 E 02 APARENTAVAM TER INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA. É O RELATO.

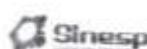
### ASSINATURAS

Luiz Eduardo de Oliveira Cruz  
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertivas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dou origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DAT  
Confere com original  
Data: 16/05/2018  
Givanildo da Silva Vieira  
Assinatura  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerário de Polícia Civil  
Mat. 042000908



SÉRIE J

# PMRR - CIPTUR

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº  
808572

|                       |                           |                  |                             |                   |                  |                 |                |
|-----------------------|---------------------------|------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Vtr<br>107            | SUOp<br>CIPTUR            | Data<br>15/04/18 | S/Seletor<br>LESTE          | H/Transm<br>02:24 | H/Ini<br>02:24   | H/Fim<br>02:41  | H/Fim<br>04:30 |
| Cód. Oc.<br>1001/1003 | Cód. Prov.<br>13005/13999 |                  | Cód. Ser. Prest.<br>XXXXXXX |                   | Km/Ini.<br>33453 | Km/Fim<br>33491 |                |

### LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: RUA MACUXI C/ RUA JOÃO XXIII Bairro: APARECIDA Ref.: CRUZAMENTO

### PESSOAS RELACIONADAS

1 MOTOQUEIRO Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA Idade: 44 A E.Civil: CASADO

Endereço: RUA TENENTE CICERO, 450 APARECIDA

Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH NÃO POTAVA Profissão: CAMIONEIRO

2 GARUPA Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO Idade: 25 E.Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA MACUXI, 159 APARECIDA

Edt. R.G NÃO PORTAVA CNH XXXXXXXXXXXX Profissão: ESTUDANTE

3 Nome: Idade: E.Civil:

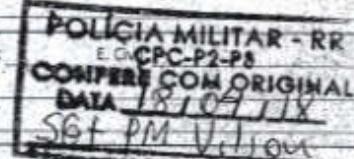
Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão:

4 Nome: Idade: E.Civil:

Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão:



### VEÍCULOS E DANOS

Y1 - YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160 - DANOS- PARCIALMENTE DESTRUIDA.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S); NÃO HOUVE CONDUZIDOS E/OU APREENDIDOS.

ASSINATURA CARGO APC LOCAL C.I.O.P

### HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via C.I.O.P para atender um acidente de trânsito no endereço acima citado. No local foi constatado o sinistro onde se encontrava os ITENS 01 e 02. Fomos informados pelo ITEM 01 que ele conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160, na Rua Macuxi sentido Bairro 31 de Março, quando ao chegar no cruzamento acima citado foi colidido por uma picape GM S10 que não soube informar a cor e nem a placa, que trafegava na Rua João XXIII sentido Bairro/Centro. Que após a colisão o condutor da GM S10 fugiu do local sem prestar socorro aos ITENS 01 e 02; Que a perícia não foi acionada por ter sido violado o local; Que a motocicleta do ITEM 01 foi notificada e recolhida ao pátio do CRD; Os ITENS 01 e 02 foram atendidos pelo SAMU e conduzidos para o PSE pelos os mesmos; Que os ITENS 01 e 02 apresentavam ter ingerido bebida alcoólica.

Era o que tinha relatar.

MELQUIAS COSTA PORTO

40.319-9

SGT/PM

CIPTUR

Nº

Posto/Graduação

SUOp

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Kelvin da Silva Calixto*

CPF da Vítima

*002.489.412-59*

Data do Acidente

*15/04/18*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

*Boa Vista, 12 de Junho de 2018*

Local e Data

GENTE SEGURADORA S/A  
Cidade Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

*Kelvin da Silva Calixto*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE ATENDIMENTO



|                                                                                                                                            |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Unidade: <b>SBN</b>                                                                                                                        | Equipe: <b>Carlinhos/Célio/Netalino</b> |
| Paciente: <b>Thelvion de Souza Calisto</b>                                                                                                 | Idade: <b>26</b> Sexo: <b>M</b>         |
| Endereço: <b>Rua João XXIII Aparecida via Pública</b>                                                                                      |                                         |
| Nº <b>6539</b>                                                                                                                             | DATA <b>15/11/18</b>                    |
| Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: <b>Alysson</b>                                                                                        | HORA: <b>02:22</b><br><b>02:35</b>      |
| MOTIVO: <b>SOCORRO</b> <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO _____ |                                         |

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no local do acidente)

|                                        |                                                                         |                                                                                             |                                            |                                                                                                          |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AUTOMÓVEL</b>                       |                                                                         | <b>MOTO:</b> _____                                                                          | <b>VIOLÊNCIA</b>                           | <b>OUTROS</b>                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Cinto         | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO               | <input type="checkbox"/> Condutor                                                           | <input type="checkbox"/> FAB               | <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto |
| <input type="checkbox"/> Vítima        | <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada | <input type="checkbox"/> Carona                                                             | <input type="checkbox"/> PAF               | <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. _____                                                      |
| <input type="checkbox"/> Air Bag       | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO               | <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> Espacamento _____ | <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica                                                              |
| <input type="checkbox"/> Motorista     |                                                                         | <input type="checkbox"/> queda                                                              |                                            | <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____                                                         |
| <input type="checkbox"/> Passageiro    | <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro    | <input type="checkbox"/> Atropelamento                                                      |                                            | <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____                                                        |
| <input type="checkbox"/> Capotamento   |                                                                         | <input type="checkbox"/> Colisão <b>carro</b>                                               |                                            | <input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento |                                                                         |                                                                                             |                                            |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Colisão       |                                                                         |                                                                                             |                                            |                                                                                                          |

|                                            |  |                                           |                          |                                       |                                                                     |                                                    |                          |
|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Vias Aéreas</b>                         |  | <b>Ventilação</b>                         | <b>AVALIAÇÃO INICIAL</b> | <b>AVALIAÇÃO DE SINISTROS - DPVAT</b> | <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>                                      | <b>Circulação</b>                                  | <b>Aval. Neurológica</b> |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia          |  | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído   |                          |                                       | <input type="checkbox"/> Bradicárdico                               | <input type="checkbox"/> SAVDN                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Bradipneia        |  | <input type="checkbox"/> M.V. Ausente     |                          |                                       | <input type="checkbox"/> Taquicárdico                               | <input type="checkbox"/> Miose                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Taquipneia        |  | <input type="checkbox"/> Hipoflúpianismo  |                          |                                       | <input type="checkbox"/> Arritmico                                  | <input type="checkbox"/> Midriase                  |                          |
| <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa     |  | <input type="checkbox"/> Maciez           |                          |                                       | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2 <sup>o</sup> | <input type="checkbox"/> Anisocoria                |                          |
| <input type="checkbox"/> Obstruída         |  | <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa |                          |                                       | <input type="checkbox"/> Ausente                                    | <input type="checkbox"/> Otorréia                  |                          |
| <input type="checkbox"/> Apnéia            |  | <b>5/4</b>                                |                          |                                       | <b>5/4</b>                                                          | <input type="checkbox"/> Otorragia                 |                          |
| <input type="checkbox"/> Outro: <b>SIA</b> |  |                                           |                          |                                       |                                                                     | <input type="checkbox"/> Rinorrágia                |                          |
|                                            |  |                                           |                          |                                       |                                                                     | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado |                          |
|                                            |  |                                           |                          |                                       |                                                                     | <input type="checkbox"/> DNV                       |                          |

24 JUL 2018

|                                |                 |                |                |                            |               |                 |               |              |
|--------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| <b>SINAIS VITais E ESCORES</b> |                 |                |                |                            |               |                 |               |              |
| <b>Horas</b>                   | <b>P.A mmHg</b> | <b>F.C bpm</b> | <b>F.R bpm</b> | <b>Sat O<sub>2</sub> %</b> | <b>Aux °C</b> | <b>Glicemia</b> | <b>Trauma</b> | <b>APGAR</b> |
| Inicio                         |                 |                |                |                            |               |                 |               |              |
| Fim                            |                 |                |                |                            |               |                 |               |              |

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

|                                    |                                      |                                           |                                              |                                          |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Pele</b>                        | <b>Cabeça</b>                        | <b>Face</b>                               | <b>Pescoço</b>                               | <b>Torax</b>                             | <b>Abdome</b>                        |
| <input type="checkbox"/> Corada    | <input type="checkbox"/> Contusão    |                                           |                                              | <input type="checkbox"/> Escoriações     | <input type="checkbox"/> Escoriações |
| <input type="checkbox"/> Quentura  | <input type="checkbox"/> Escoriações |                                           |                                              | <input type="checkbox"/> Lacerações      | <input type="checkbox"/> Lacerações  |
| <input type="checkbox"/> Pálida    | <input type="checkbox"/> Lacerção    | <input type="checkbox"/> Contusão         | <input type="checkbox"/> Escoriações         | <input type="checkbox"/> Tórax instável  | <input type="checkbox"/> Distendido  |
| <input type="checkbox"/> Fria      | <input type="checkbox"/> Hematoma    | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Lacerações          | <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal | <input type="checkbox"/> Em túbua    |
| <input type="checkbox"/> Úmida     | <input type="checkbox"/> Afundamento | <input type="checkbox"/> Lacerções        | <input type="checkbox"/> Hematoma            | <input type="checkbox"/> Tamponamento    | <input type="checkbox"/> Doloroso    |
| <input type="checkbox"/> Seca      | <input type="checkbox"/> Fer.        | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia  |                                          | <input type="checkbox"/> Evisceração |
| <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Penetrante  |                                           | <input type="checkbox"/> Enfesse Sub-Cutâneo |                                          |                                      |

|                                        |                                   |                                            |
|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Pelve</b>                           | <b>Coluna Dorsal</b>              | <b>Membros</b>                             |
| <input type="checkbox"/> Contusão      | <input type="checkbox"/> Contusão | <input type="checkbox"/> Fratura <b>ra</b> |
| <input type="checkbox"/> Escoriações   | <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Amputação         |
| <input type="checkbox"/> Dor           | <input type="checkbox"/> Dor      |                                            |
| <input type="checkbox"/> Instabilidade |                                   |                                            |

|                                        |                                                 |                                         |                                     |                                                |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>AVALIAÇÃO CARDIACA</b>              |                                                 | <b>AFFEÇÃO CLÍNICA</b>                  | <b>HISTÓRIA PREGRESSA</b>           |                                                |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> Fibrilação atria       | <input type="checkbox"/> Respiratória   | <input type="checkbox"/> Digestiva  | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia   | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular | <input type="checkbox"/> Neurológica    | <input type="checkbox"/> Infeciosa  | <input type="checkbox"/> Cardiopatia           |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia   | <input type="checkbox"/> Assistolia             | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica   | <input type="checkbox"/> Obstétrica | <input type="checkbox"/> HAS                   |
| <input type="checkbox"/> Fibrilar      |                                                 | <input type="checkbox"/> Metabólica     | <input type="checkbox"/> Pediátrica | <input type="checkbox"/> Medicamentação de uso |
|                                        |                                                 | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Outra      |                                                |
|                                        |                                                 | <input type="checkbox"/> Aborto         |                                     |                                                |

|                             |                                 |                                  |                                        |                                |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>GRAVIDADE COMPROVADA</b> | <input type="checkbox"/> ILESO  | <input type="checkbox"/> PEQUENA | <input type="checkbox"/> MÉDIA         | <input type="checkbox"/> OUTRO |
|                             | <input type="checkbox"/> SEVERA | <input type="checkbox"/> MORTE   | <input type="checkbox"/> INDETERMINADA |                                |

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

|                                                     |                                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>INCIDENTE</b>                                    | <b>MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b>          |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento               | <input type="checkbox"/> Polícia Militar  |
| <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento      | <input type="checkbox"/> Guarda Municipal |
| <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local | <input type="checkbox"/> SMTRAN           |
| <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização   | <input type="checkbox"/> Bombeiro         |
| <input type="checkbox"/> Trote                      | <input type="checkbox"/> Outros:          |
| <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:         |                                           |

**CONFERE COM O ORIGINAL**

**EM 11/05/18**

**Stephanie**

|                                             |                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>RCP</b>                                  | <b>DADOS PESSOAIS DA VITIMA</b>            |
| <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ | <input type="checkbox"/> Término as: _____ |
| <input type="checkbox"/> RCP com sucesso    |                                            |
| <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso    |                                            |
| <input type="checkbox"/> Obs: _____         |                                            |

Atendido no local  
 Trauma HGR  
 Pronto Atendimento  
 Coronel Mota

Cosme e Silva  
 HCSA  
 Maternidade  
 Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

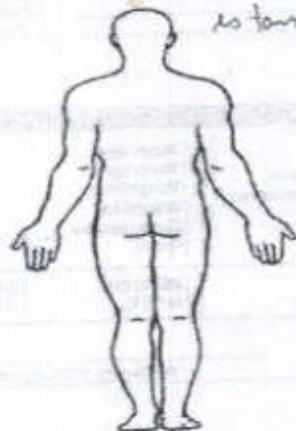
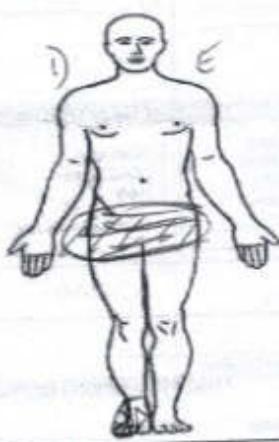
|                           |                         |                                                                         |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| DESTINO<br>DO<br>PACIENTE | Descrição:              |                                                                         |
|                           | Nome do Receptor:       | GENTE SEGURADORA S/A<br>(Av. Cidade Júlio Bittar, 484 - Boa Vista - RR) |
|                           | Função do Receptor:     |                                                                         |
| TERMO<br>DE<br>RECUS<br>A | Assinatura do Receptor: |                                                                         |
|                           | Assinatura do Paciente: | RG: _____                                                               |

Lesão no pé x cano. Encontro paciente caído em via pública, sem sente, no lado de sua tia. Testemunhas relatam perda de consciência e que se desmaiou de fôlego.  
Avaliado após da bravo. Paciente apresenta um estorso lesão no pé (parte da perna) e muita dor na região da pelve (possível trauma na pelve?).

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW |                         |        | ESCORE DO TRAUMA                    |                         |                  |
|---------------------------|-------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------|------------------|
| Adulto                    | Menores de 5 anos       | Escala | Freqüência Respiratória (min / min) | Prévia Sintoma (sempre) | ESCORE DO TRAUMA |
| Abre espontaneamente      | Abre espontaneamente    | 4      | 10 - 24                             | 4                       |                  |
| Com estímulos auditivos   | Com estímulos auditivos | 3      | 25 - 35                             | 3                       |                  |
| Com estímulos dolorosos   | Com estímulos dolorosos | 2      | ≥ 36                                | 2                       |                  |
| Não abre os olhos         | Não abre os olhos       | 1      | 01 - 09                             | 1                       |                  |
|                           | Bruxismo                | 5      | 0                                   | 0                       |                  |
| Orientado                 | Choro irritado          | 4      | > 90                                | 4                       |                  |
| Confuso                   | Choro a dor             | 3      | 70 - 69                             | 3                       |                  |
| Palavras inapropriadas    | Gemido a dor            | 2      | 60 - 59                             | 2                       |                  |
| Sons ou gemidos           | Nenhuma                 | 1      | 01 - 49                             | 1                       |                  |
| Nenhuma                   | Movimentos espontâneos  | 6      | 0                                   | 0                       |                  |
| Obedece solicitações      | Retirar ao toque        | 5      | 14 a 15                             | 5                       |                  |
| Localiza a dor            | Retirar a dor           | 4      | 11 a 13                             | 4                       |                  |
| Flexão normal             | Flexão normal           | 3      | 8 a 10                              | 3                       |                  |
| Flexão anormal            | Flexão anormal          | 2      | 5 a 7                               | 2                       |                  |
| Extensão a dor            | Nenhuma                 | 1      | 3 a 4                               | 1                       |                  |
| Nenhuma                   |                         |        |                                     |                         |                  |

ESCALA DE GLASGOW

colado colar amarrado sobre mancha rígida. Reduzido motivo + immobilizações do pé. Paciente levado para os cuidados da Bravos para que a SAMU pudesse atender o paciente em estado grave que também estava no local.



Dr. Célio Wanderley Jr.  
MÉDICO  
CRM-RR 1580

LONFERE COM O ORIGINAL  
EM 11/05/18  
Stephanie

GESTANTE

MATERIAL E MEDICAÇÃO

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
 Com cartão  Sem cartão

**CAER**  
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA

CNPJ: 06.225.407/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.800.114-4  
RUA NELVIN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-610

ATENDIMENTO  
CAER  
0800 280 9520  
www.caer.com.br

Matrícula: 93289 | Janeiro/2018

| Cliente:<br>ANTONIA SERIO DA SILVA                            |                                  | Endereço do Imóvel:<br>RUA MACAU 153 - NOSSA SENHORA APARECIDA<br>BOA VISTA RR 69306-318 |                           |          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|
| Inscrição<br>001.006.123.0362.000                             | Rota<br>19                       | Seq.Rota<br>665                                                                          | Econômica<br>RESIDENCIAL  |          |
| Hidrômetro<br>Y12S469633                                      | Data de Instalação<br>19/10/2012 | Situação Água<br>LIGADO                                                                  | Situação Esgoto<br>LIGADO |          |
| ANTERIOR                                                      | ATUAL                            | CONSUMO (m³)                                                                             | NUM DE DIAS               |          |
| LEITURA FAT.                                                  | 2108                             | 2135                                                                                     | 27                        | 32       |
| LEITURA INF.                                                  |                                  |                                                                                          |                           |          |
| DT. LEITURA                                                   | 12/12/2017                       | 13/01/2018                                                                               |                           |          |
| ÚLTIMOS CONSUMOS                                              |                                  |                                                                                          |                           |          |
| 20/12                                                         | 64-0                             | Informações das Áreas de Atendimento da Companhia                                        |                           |          |
| 20/11                                                         | 55-0                             | Informações das Áreas de Atendimento da Companhia                                        |                           |          |
| 20/10                                                         | 54-1                             | Decreto Federal nº 5.544 - 2009-G.M.                                                     |                           |          |
| 20/09                                                         | 54-3                             | ANTRIAS                                                                                  | CLORO                     | TURBIDEZ |
| 20/08                                                         | 25-9                             | EXCITABE                                                                                 | 168                       | 168      |
| 20/07                                                         | 27-6                             | ANALISABE                                                                                | 219                       | 219      |
| MÉDIA                                                         | 37                               | CONFIRMABE                                                                               | 219                       | 219      |
| DESCRIÇÃO                                                     | CONSUMO                          | TOTAL (R\$)                                                                              |                           |          |
| AQUA                                                          |                                  |                                                                                          |                           |          |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                      |                                  |                                                                                          |                           |          |
| CONSUMO DE ÁGUA                                               | 27 M3                            | 84,87                                                                                    |                           |          |
| ESGOTO                                                        | 80,0 % DO VALOR DE ÁGUA          | 67,89                                                                                    |                           |          |
| TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2017                            |                                  | 5,51                                                                                     |                           |          |
| MULTA P/ IMPONTE/ALIDADE 09/2017 10/2017                      |                                  | 7,35                                                                                     |                           |          |
| JUROS DE MORA 09/2017 10/2017                                 |                                  | 5,61                                                                                     |                           |          |
| VENCIMENTO:                                                   | 15/02/2018                       | TOTAL A PAGAR                                                                            | 171,23                    |          |
| AVISO: EM 31/12/2017 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO |                                  |                                                                                          |                           |          |

Via do Cliente

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Presidente Jânio Quadros, 414 - Boa Vista - RR

Jânia Helena  
(95) 99139-8405  
3224-4579



Nº da Conta: 0220918873  
Mês de referência: 01/2018  
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018  
Data de emissão: 07/01/2018

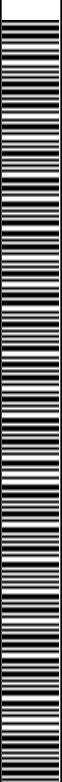
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO  
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347  
SAO FRANCISCO  
69305-270 BOA VISTA - RR

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*3486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957  
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR  
IE: 240108035  
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62  
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento  
21/01/2018





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Tânia Helena L. de melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kelvin da Silva Calixto inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.499.412 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Kelvin da Silva Calixto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

| Endereço                          |                         | Número                          | Complemento                   |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <u>R: Antônio Augusto martins</u> |                         | <u>347</u>                      |                               |
| <u>Bairro São Francisco</u>       | <u>Cidade Boa Vista</u> | <u>R/</u>                       | <u>69.305-270</u>             |
| <u>Email</u>                      |                         | <u>Telefone comercial (DDD)</u> | <u>Telefone celular (DDD)</u> |
|                                   |                         | <u>(95)3226-6579</u>            | <u>(95)99139-8405</u>         |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Boa Vista, 10 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Ceará 700 Centro, 484 - Boa Vista - RR

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alessandra Pereira Tomé,  
RG nº 117.922, data de expedição 06/10/2001  
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 593.401.422-68, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Tenente Jereu, nº 450,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Kelvin da Silva Palikto cujo o condutor era  
Gleydson da silva Nogueira  
Veículo: matr. eletrônico  
Modelo: yamaha Factor YBR 125  
Ano: 2010/2009  
Placa: U4X-7160  
Chassi: 9C6KE1210140030396  
Data do Acidente: 15/04/2018  
Local e Data: Rua: João 23 c/ Rua Manoeli, Bairro: Jparecida

  
Alessandra Pereira Tomé  
Assinatura do Declarante



NOTA: Certifico que o presente documento  
apresentado neste Cartório na data  
indicada no carimbo eletrônico de  
reconhecimento. Dou fé.



...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSF

AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800936449 15/04/2018 05:40:01

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

14

|                             |                 |               |              |      |              |             |               |            |
|-----------------------------|-----------------|---------------|--------------|------|--------------|-------------|---------------|------------|
| Paciente                    | Data Nascimento | Idade         | CNS          | CPF  | NOTURNO 19-  | 14          |               |            |
| KELVIN DA SILVA CALISTO     | 20/09/1981      | 36 A 6 M 25 D |              | 07   | 07           | Pronunciado |               |            |
| Tipo Doc                    | Documento       | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor    | Naturalidade  |            |
| Mdg.                        |                 |               |              | M    | SOLTEIRO(A)  | PARDA       |               |            |
| VICINEIDE VERICIMO DA SILVA |                 |               |              | Pat  |              |             | Nacionalidade | BRASILEIRA |
| Endereço                    |                 |               |              | Nº   |              |             | Contato       |            |

RUA - MACUXI - 59 - APARECIDA - BOA VISTA - RR

Ocupação

Vicente  
Silva

|                       |                              |                        |                   |             |                 |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| Classe de Risco       | Plano Convênio               | Nº da Carteira         | Válida            | Autorização | Sis. Pronatal   |
| Motivo do Atendimento | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |                        |                   |             |                 |
| ACIDENTE DE MOTO      | Caráter do Atendimento       | Profissional do Atend. | Procedência       | Temp.       | Peso            |
| Sefor                 | URGÊNCIA                     |                        |                   |             | Pressão         |
| GRANDE TRAUMA         | Tipo de Chegada              | SAMU CAPITAL           | Procedimento Sol. |             |                 |
| Quelxa Principal      |                              |                        |                   |             | Registrado por: |
|                       |                              |                        |                   |             | SILAS,SILVA     |

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfomagem

GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA)

Exame Físico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Hipótese Diagnóstica

24 JUL 2018

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X

ULTRA-SON

JGENTE SEGURADORA SIA

URINA

ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

D - Cefalotina 2 gr/dia  
D - Dipirona 1000 mg dia 5 doses  
Sulfato

Conduta

Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revisão  
 Transferência para:

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação

Data e Hora da Saida/Alta:

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família

1103 - Atendimento Médico  
Bairros Centro e Vila  
Médico Cirurgião  
Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: silas.silva  
Data Hora: 15/04/2018 05:41:33



1800936449

AMARELO BLOCO E

...| Guia do Atendimento 02 |...

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSPE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**

H G

Carimbo e Assinatura do M.

Impresso por: realision  
Data/Hora: 30/04/2018 10:21:28

11

20262467  
  
KELVIN DA SILVA CALIXTO  
MAS 27A 30/04/2018 10:45:18  
PR Recepcionado

12:00 h...

\* Cirurgia geral

Há 16 dias paciente sofreu acidente automobilístico ( carro x moto). Paciente relata que sofreu contusão média após acidente, não realizou procedimento de sutura em pé  $\textcircled{1}$  na região da dorso e plantar. Há 16 dias faz uso de cipaxina 616 h e ibuprofeno. Relata que durante esse período fez exames no prazo 31 de março e equipe de enfermagem encontrou pt analisado <sup>no uso</sup> normalmente devido a excesso de humor. Paciente saiu de saída de exames <sup>no uso</sup> normalmente devido a excesso de humor.

Há 3 dias paciente saída de exames <sup>no uso</sup> normalmente devido a excesso de humor.

Existe a febre, g. venoso fétida e edema.

Faz urinário em casa e uso ólio de azeite de amendoim estranhos (papel e pedras).

Há 3 dias paciente saída de urso.

Existe a febre, g. venoso fétida e edema.

Faz urinário em casa e uso ólio de azeite de amendoim estranhos (papel e pedras).

Os exame finos: BCO, humor exantemado, urinário, urinário, normoclorado, hidratado

AC: BCO e BNF SIS

AR: M+ histerosalpingo, SCA

ABD: Ø

ÁREA DE ASSINATURAS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Caxias Júlio Bezerra, 114 - Boa Vista - RP

Ext: pé  $\textcircled{1}$  edemaciado, ferida com excesso de borda funda aberta com excesso de pequenos corpos estranhos, saída de venoso excesso fétida. Fornei pontos de sutura

cd: - Sugiro internação hospitalar para cuidados do clínico;

- Solicitar parecer de cirurgia geral  
mencionar de desbridamento em CC,

SIG Dr. Leandro

Ano futebol

Marcelo Santos  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-FRR 1816

Sistema de  
Único de  
Saúde Saúda

1 AUDOPASSA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

10 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE JURÍDICO

1492

4 - CNES

11 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

1492

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Belmiro da Silva

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - NÚMERO IDENTIFICATÓRIO DE SAÚDE (NIS)

10 - NOME DA MAE OU DO RESPONSÁVEL

Vicente de Oliveira da Silva

2 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/91

11 - FONE DE CONTATO

91 919111281719

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)

Avane Pd.

14 - COD. IGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt. com história de acidente de  
moto há 16 dias, agora com febre  
com. nocturna e febre febril. no pé d.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 - DATA DA INSTÂNCIA DA INTERNAÇÃO

Classico.

24 JUL 2018

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES, RENTRADA, UTADONA SIA  
L. César Júlio Esquena 434 - Boa Vista - RR

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fenda Infectada. Pé d.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CRG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

1 - CNIS

4 - CPF

10 0111161118

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Yany Leon 3010410

31 - LURA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA EXPRESA DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Leon Góes  
CRM 3962/RR

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO

37 - EMPRESA

38 - VINCULO COM A EMPRESA

39 - ENREGISTRO

40 - CHAMADA EMERGÊNCIA

41 - DIA DA REGISTRAÇÃO

42 - DIA DO REGISTRO

43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

44 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

45 - N.º DOCUMENTO (CRG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

46 - N.º DOCUMENTO (CRG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

52 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

53 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

54 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

56 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

57 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

58 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

60 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITADOR

61 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

62 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO NO CONSELHO

070308-0078  
L080

Até 4-5







Hospital Geral de Roraima  
Serviço Integrado de Cirurgia



03/05/18

Letra

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Nome: Kelvin da Silveira Idade: 26

Endereço: Boa Vista - RR Natural: Boa Vista

Principais: Debidamento de pé Evolução:

Diagnóstico: Férimento infectado plantar D

Paciente com história de acidente de moto há +20 dias posteriormente atendimento médico foi realizado procedimento de sutura em pé D. Durante esse período foi feito curativo na FBS sendo encaminhado novamente ao HGP devido a dor de menor + edema associado a febre.

HAB: Meca HAS, DT.

Medicamentos em uso

Mao una medicacao

HSB:  SIM  NÃO

HAB:  SIM  NÃO

Alergia Medicamentosa:  SIM  NÃO

Quais:

Relata que fuma e bebe 1 vez por semana.  
+ 1 maço.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capital 1000 Barreto 401 - Boa Vista - RR

As Exames:

X: Lote, RRE, TAA, exames, exames, hidratação.

CRM-HR 1883  
Marta Medeiros  
Medicina Residência  
Cirurgia Geral





|                                                                                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| SUS Sistema Único de Saúde                                                                                                                                        |  | Ministério da Saúde |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |                                 |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                                                         |  |                     |  | 2 - CNES                                                       |  |                                 |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                                                                   |  |                     |  | 4 - CNES                                                       |  |                                 |  |
| 4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                     |  |                     |  | 5 - NOME DO PACIENTE                                           |  | 6 - N° DO PRONTO-CAIXA          |  |
| Kelvin Vila Silva Caixto                                                                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  | 9 - SEXO                        |  |
| + 02 810 6118 1147 1660                                                                                                                                           |  |                     |  | 20/09/91                                                       |  | M                               |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                |  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRHO) |  |
| Vicimelos Verissima Vila Silva                                                                                                                                    |  |                     |  | 9599 11281775                                                  |  | R. Maruxi 159 Aparecida         |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                      |  |                     |  | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  | 15 - UF                         |  |
| Bv                                                                                                                                                                |  |                     |  | RJ                                                             |  | 16 - CEP                        |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| <p>Paciente com lesões infectadas em MI com áreas de necrose (esternas) e si mais de integridade</p> <p>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 24 JUN 2018                                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| <p>Mais dade de tlo cirúrgico.</p> <p>Gramme cloro</p>                                                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                               |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| <p>lesões com áreas de necrose</p> <p>desbridamento cirúrgico</p>                                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 21 - CID-10 PRINCIPAL 22 - CID-10 SECUNDÁRIO 23 - CID-10 CÓD. ASSOCIADOS                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 28 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 1 - JCRN 2 - CPF 0201912618814510                                                                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 04/05/2018                                                                                                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - JURÔNOMIA 4 - DESEMPREGO 5 - APOSENTADO 6 - NÃO SEGURO                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR                                                                                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 1 - CNS 2 - CPF 04150400335                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |
| R02                                                                                                                                                               |  |                     |  |                                                                |  |                                 |  |



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

### EVOLUÇÃO

DATA  
HORA

3

Relato da Sua Enfermeira

5

Paciente no leito, BEG, espuma, afurado  
Sopro xixoxo, fundo pulmonar preservado

CD: Mantida

Cirurgia vai aberta amanhã 04/08 à tarde

04

Paciente encontrando-se na clínica

05

estável, com intercorrências nos últimos 24h.

18

paciente deve ser levado ao ORTOPEDICO

CD: esportivo clínico

Realiza desbridamento da lesão e é feita a  
tardia no C.C.

Dra. Hellen Almeida Costa  
Médica  
CRM-RR 1889

Dra. Fernanda Bezerra  
Médica  
CRM-RR 1888

ÁREA DE SEGUIMENTO - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENITE SEGUROADORA S/A  
Av. Cecília Meireles, 114 - Boa Vista - RR

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

## EVOLUÇÃO

18 Kelvin da Silveira Sialista, 06 anos  
Cirurgião: dr. Antônio Delmio

MEIA DE SIISSERS - PIVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

1º auxiliar: dr. Karina Kendra

2º auxiliar: dr. Hugo Rê

3º auxiliar: médica m. Kately R.

GERENTE SEGURANÇA/SA  
Av. Ceará, 1000 - Centro - RR - CEP 69010-000

Anestesista: dr. Ana Paula

tipo de intervenção: desbridamento cirúrgico em pé (D).

### Boletim Operatório

- 1.) paciente em D.O.A sob anestesia geral
- 2.) sussego + antisépsia + campos estériles
- 3.) paciente fixado duas em dorso, tigo em região plantar da fáscia medial do pé direito com áreas de necrose.
- 4.) Retirada de tecido desvitalizado necrótico e atípico com apêndice de tecido de granulação.
- 5.) limpeza de tecido + curativo de histeria a.
- 6.) Realizado curativo exclusivo com Kollagene.

Med. / Dr. Dalmio  
07/07/2018  
07/07/2018

Dr. Karina Kendra M. Ribeiro  
Médica Cirúrgica Geral  
07/07/2018  
ASSINATURA:





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEIJA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                       |                            |                  |              |                               |
|-----------------------|----------------------------|------------------|--------------|-------------------------------|
| DE DO PACIENTE        | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA         |                               |
| Elvin da Silva 871670 |                            |                  | 04 / 05 / 18 |                               |
| CIRURGIA              |                            |                  |              |                               |
| TIPO                  | TEMPO DE DURAÇÃO           |                  |              |                               |
|                       | INICIO                     | FIM              | TEMPO TOTAL  |                               |
|                       | 15:58                      | 16:06            |              |                               |
| EQUIPE MÉDICA         |                            |                  |              |                               |
| URGÊNCIA<br>AUXILIAR  | ANESTESISTA:               |                  |              |                               |
|                       | RES. ANESTESIA:            |                  |              |                               |
|                       | INSTRUMENTADOR             |                  |              |                               |
| AUXILIAR              | CIRCULANTE                 | Ricardo + Eliane |              |                               |
|                       | TEMPO DE DURAÇÃO:          |                  |              |                               |
|                       |                            |                  |              | VALOR                         |
| PO DE ANESTESIA:      | MATERIAIS                  | VALOR            | QUANT        | MEDICAMENTOS                  |
| ANT.                  | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |                  | 1            | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 |
|                       | PACOTES GAZE               |                  |              | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO  |
|                       | LUVA ESTERIL 7.0           |                  |              | FRASCOS- SORO GLICOSADO       |
|                       | LUVA ESTERIL 7.5           |                  |              | FIO VICRYL N°                 |
|                       | LUVA ESTERIL 8.0           |                  |              | FIO MONONYLON N°              |
|                       | LUVA ESTERIL 8.5           |                  |              | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°     |
|                       | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS     |                  |              | FIO ALGODÃO COM AGULHA N°     |
|                       | LÂMINA BISTURIN° 15        |                  |              | FIO CATGUT SIMPLES N°         |
|                       | DRENO DE SUÇÃO N°          |                  |              | FIO CATGUT CROMADO N°         |
|                       | DRENO DE TORAX N°          |                  |              | FIO PROLENE N°                |
|                       | DRENO DE PENROSE N°        |                  |              | FIO SEDA N°                   |
|                       | SERINGA 01ML               |                  | 1            | SURGICEL Abertura de erupção  |
|                       | SERINGA 03ML               |                  |              | CERA P/ OSSO                  |
|                       | SERINGA 05 ML              |                  |              | KIT CATARATAN°                |
|                       | SERINGA 10ML               |                  |              | GHOROAM Fibrose               |
|                       | SERINGA 20ML               |                  |              | FITA CARDIACA                 |
|                       | doxazolidine ± 150 mg      |                  |              | OUTROS:                       |

|                                                                                 |                                                      |                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                                      | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            | VALOR     |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE<br>Rebeca                           | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |           |
| FUNCIONARIO/CALCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA<br>Toméane                        | TAXA DE SALA                          | SUB-TOTAL |
|                                                                                 | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | TAXA DE ANESTESIA                     |           |
|                                                                                 |                                                      | SOMA                                  |           |
|                                                                                 |                                                      | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |           |

24 JUL 2018

|                                                            |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA</b>       |                    |
| <b>SETOR: BLOCO E</b>                                      | <b>ENFERMARIA:</b> |
| 502                                                        |                    |
| + LEITO: 05<br>DN: _____<br>DIBER: _____<br>DIBE: 04/05/18 |                    |

|                                                                                               |                                |                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|--|
|                                                                                               |                                | SINISTROS - DPVAT<br>NÃO VERIFICADO                      |  |
|                                                                                               |                                | JUL 2018                                                 |  |
| <b>Médico (A) Dr. Plácido Prisella Mesquita</b><br><b>Residente (A) Dr. Plácido Fernandes</b> |                                | <b>SEGURADORA S/A</b><br><b>Av. 214 - Boa Vista - RJ</b> |  |
| <b>ESQUEMA DE INSULINA REGULAR</b>                                                            |                                |                                                          |  |
| Até 200: 0                                                                                    | 301 - 350: 06 UI               | 351 - 400: 08 UI                                         |  |
| 201 - 250: 02 UI                                                                              |                                |                                                          |  |
| 251 - 300: 04 UI                                                                              | > 401: 10 UI (humar/Plastosol) |                                                          |  |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL                                             |                                |                                                          |  |

| NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto |                                                            | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------|---------|
| DATA/HORA                                 | HD: Ferimento infectado em pé direito                      |            |         |
| 07/05/2018                                |                                                            |            |         |
|                                           | 1. Dieta oral livre                                        |            |         |
|                                           | 2. SF 0,9% 500ml EV ACM                                    |            |         |
| D8                                        | 3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h                                |            |         |
|                                           | 4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h             |            |         |
|                                           | 5. Dipirona 1g EV 6/6h                                     |            |         |
|                                           | 6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)                              |            |         |
|                                           | 7. Captopril 25mg VO se PAS>160 e/ou PAD>110               |            |         |
|                                           | 8. Ramitidina 50 mg EV 8/8h SN                             |            |         |
|                                           | 9. Dextro 12/12h                                           |            |         |
|                                           | 10. Curativo diário com colagenase <i>2m</i> <i>p.e. ④</i> |            |         |
|                                           | 11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado           |            |         |
|                                           | 12. SSVV + CCGG                                            |            |         |

18: 16 h realizando S.N.V. Téj. jarrón de 08:05 18  
18: 16 h realizando S.N.V. Téj. jarrón de 10:25 h paciente se subió al sofá no levantarse.   
Plancha regularizada media en la cama.   
Láden de enfermera en la cama.   
Medicado C. P. M. 1000 mg. de S. 1250 mg.   
Efecto de 3000 mg.   
Efecto de 3000 mg.





**REGISTRO**  
PREScrição MÉDICA - SERVICO DE CLÍNICA MÉDICA

SENIOR: BLOCO E ENFERMARIA: LETO: 05 DS: DI/HGR: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

502

HD: Ferimento infectado em pé direito

**DATA/HORA** PRESCRIÇÃO HORÁRIO

09/05/2018 11:00

30/05/2018

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

1. Sf 0,9% 500ml EV ACM

ACM

AS 200:00 301 - 350: 06:51

2. 0 13. Cetiraxona 1g EV 12/12h

13

201 - 250: 02: U1 351 - 400: 08: U1

3. Metforminazol 500mg EV 8/8h cu 400mg VO 8/8h

18

16 24 08 25 - 300: 04: U1 > 401: 10: U1 (metforminazol)

4. Diltiazem 1g EV 6/6h

18

12 300: 12: U1

5. Fluticasone 100ug EV 8/8hs (SNT)

300

300: 12: U1

6. Fluticasone 50ug EV 8/8hs (SNT)

500

500: 12: U1

7. Ratiopharm SOT 10mg EV 8/8hs (SNT)

300

300: 12: U1

8. Cetorizina 25mg VO se 7/5: 160ml cu PAF 1/10

12

300: 12: U1

9. Dantrolene 120mg EV 12/12h

300

300: 12: U1

10. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

11. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

12. SSWV - CCGG 6/6h

300

300: 12: U1

13. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

14. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

15. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

16. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

17. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

18. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

19. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

20. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

21. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

22. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

23. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

24. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

25. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

26. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

27. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

28. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

29. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

30. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

31. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

32. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

33. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

34. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

35. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

36. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

37. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

38. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

39. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

40. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

41. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

42. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

43. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

44. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

45. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

46. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

47. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

48. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

49. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

50. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

51. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

52. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

53. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

54. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

55. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

56. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

57. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

58. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

59. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

60. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

61. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

62. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

63. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

64. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

65. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

66. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

67. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

68. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

69. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

70. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

71. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

72. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

73. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

74. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

75. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

76. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

77. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

78. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300

300: 12: U1

79. Insulina R ou CII 50% segundão esquema aciado

300

300: 12: U1

80. Cetiraxona 1g EV 12/12h cu colagenase em pé D

300



**PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA**

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: DIRETRIZ: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kevin da Silva Celinto

Hab. Ferimento infecção em pé direito

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIO**

**ESQUEMA DE INSULINA REGULAR**

|            |                                                 |       |                  |                                 |
|------------|-------------------------------------------------|-------|------------------|---------------------------------|
| 10/05/2018 | 1. Dieta grátilive                              | 3 sub | Até 200: 0       | 301 - 350: 06 U1                |
| 01/2       | 2. SF 0,9% 500ml EV ACM                         | 3 sub | 201 - 250: 02 U1 | 351 - 400: 08 U1                |
| 01/2       | 3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h                     | 3 sub | 251 - 300: 04 U1 | > 401: 10 U1 (chamada rotulada) |
| 01/2       | 4. Metformina 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h    | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 5. Dipirona 1g EV 6/6h                          | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 6. Plastil 10 mg EV 8/8hs (SN)                  | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 7. Rad. Gástrica 50 mg EV 8/8h SN               | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 8. Captopril 25mg VO se PAS>160 ou: FAD>110     | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 9. Danilo 12/12h                                | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 10. Insulina R ou GH 50% segundão esquema acima | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 11. Uso de glicose com coagulose com né D       | 3 sub |                  |                                 |
| 01/2       | 12. SSVN - CGG 6/6h                             | 3 sub |                  |                                 |

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita  
Residente: Dr. Plácido Fernandes

**HERE**

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**SINAIS VITais**

|         |                  |                  |                  |     |
|---------|------------------|------------------|------------------|-----|
| Horário | 05h              | 11h              | 17h              | 23h |
| PA      | 110/60           | 113/68           | 116/64           |     |
| FC      | 100              | 24               | 73               |     |
| Tax     | 36 <sup>80</sup> | 34 <sup>60</sup> | 36 <sup>80</sup> |     |
| FR      |                  |                  |                  |     |

**EVOLUÇÃO**

**DIÁRES**

24/05/2018 Paciente não se realizou teste de Entomologia  
Maria Zélia R. Realiou teste de Entomologia  
CRM-RR 183563  
In 155

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

DR. PLÁCIDO FERNANDES  
CRM-RR 1824  
Médico Resid. Clínica Metrópolis

Dra. Priscila Mesquita  
Clínica Metrópolis  
CRM-RR 1766



Estática [A] - 20

RUSSELL

## Identificação

16

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

idade: 26 anos

24 JUL 2018

Data interpretação: 30/04/18

GENTE SEGURADORA S/A

Diagnóstico: Descolamento de sutura com infecção de ferida

Nos, é importante lembrar que ao momento com funções fisiológicas preservadas.

卷之三

- Sono: escopiação: orientação, sono estudo geral, capnóico, hidratação, tornacoração, apneústica, aleitamento, acianótico.
  - AR: murmurário presente bilateral, sem ruídos adventícios
  - AC: RCR, 2T, beiradas normofonéticas, sem sopro
  - Abdome: tara, facilmente depressível, ruídos bárbaros: 4/8 a 128. Indolor, sem massas ou secreções celíacas palpáveis
  - Extremidades: BPP, TAC <3seg, anterópolares livres, sem edema. Verida em pé direito com base unida, bordas afiadas, recida de gomelhação evidente sem secreção.
  - Conduita: Paciente recém nascido hospitalizado em 03 dias de vida com ICMA, com suspeita sulfônica.

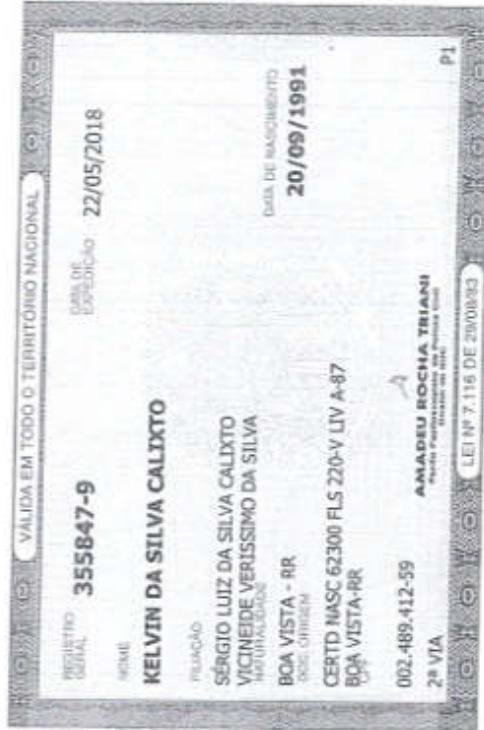
Rev. Minas P.R., 11 de Maio de 2013

De Blasieva Formenlijst CCM-NL-3826

Digitized by the Internet Archive in 2011 with funding from Columbia University

L. - Edito Fernandes  
CRM-RR 1824  
Medico Dentista Msc  
Medico Odontologico

Dr. Pedro Henrique Mesquita  
1786





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DETRAN - RR**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**  
**Nº 8065121673**

|                                                                  |                    |             |            |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|------------|
| PLACA                                                            | 01 172298721       | DATA        | 01/01/2019 |
| ANDRÉ CESAR PEREIRA SARATIVA                                     | AV SABA EUNHA      | 331, CARANA | BOA VISTA  |
| RR 169313618                                                     | 86722286225        | NRX7160     |            |
| LIRAMOTO LIRA MOTORES LTDA                                       |                    |             |            |
| PAGAMENTO                                                        | 206KE1210A00030396 | VALOR       | 3.500,00   |
| PAS/MOTOCICLETA                                                  | CATEGORIA          | GSBOLINA    |            |
| YAMAHA/FACTOUR                                                   | ANO/FABR           | 2009        | ANO/MOD    |
| 002P/012400                                                      | PLACA              | ADXA        |            |
| OBSERVAÇÕES                                                      |                    |             |            |
| AL FID YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA<br>PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL |                    |             |            |

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:  
NOME DO COMPRADOR: *Alessandra Pimenta Tomé*  
VALIDADE: *3.500,00*

DESENHE O CÓDIGO DE BARRAS  
AV. SABA CUNHA, n. 331  
Boa Vista - RR, 28/01/2019  
7922 393 401 422-68

ASSENTO DE PROPRIEDADE  
DESENHE O CÓDIGO DE BARRAS  
PARA QUE SEU PROPRIETÁRIO PODEMOSSE IMPONHA  
A DADA DATA DE COMMUNICAR (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito  
Brasileiro - CTEB).  
b) O proprietário (ou seu representante) deve, mediante sua assinatura, declarar a  
venda (ou transferência) do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em punição (Art. 242 do CTEB).  
c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do comprador e do vendedor, exclusivamente na modalidade  
de ação.

*Alessandra Pimenta Tomé*

ASSINATURA DO COMPRADOR

TABLEMAT RESPONSABILIZAR O PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

BOA VISTA - RORAIMA (95) 324-3320

RECONHECER VERDADEIRA a(s) assinatura(s)

27/10/2014 - ANDRÉ CESAR PEREIRA SARATIVA,

27/10/2014 - ALESSANDRA PIMENTA TOME,...

Em testemunho  
30/10/2014 - Meu depoimento de 2014.

06-3-2014 - ANDRÉ CESAR PEREIRA SARATIVA,

ESCREVENTE AUTORIZADA PELA DOUTRAS: J. J. T.

Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Chassi: BC6KE1210A0030396

Situação: 1-EM CIRCULAÇÃO

#### DADOS DO VEÍCULO

Placa: NAX7160 Chassi: 9C6KE1210A0030396 Renavam: 00172210771 Remarcado: 000  
 Marca/Mod: 009613-YAMAHA/FACTOR YBR125 E  
 Município: 00301-BOA VISTA  
 Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO  
 Categoría: 01-PARTICULAR - Combustivel: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2010 / 2009  
 Cor: 13-ROXA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124  
 Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: E3C9E-030596 Nº Câmbio:  
 Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:  
 Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 27/02/2014 Taxi: NAO  
 Ano Último CRLV Emitido: 2013 Ano Último Licenciamento: 2013 - Autorizado em 13/12/2017  
 Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL  
 Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
 Número do Lacre: 0017506735RR

卷之二十一

DADOS DO PROPRIETÁRIO  
Nome: ALESSANDRA PEREIRA TOME CPF/CNPJ: 593.401.422-68  
Endereço: AV SABA CUNHA N°: 331 Bairro: CARANA  
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69313618  
Data Aquisição (kkm): 07/10/2009 Valor 0km: 6676,00  
Data Aquisição (kkm): 06/04/2014 Valor: 3500,00 N° Doc. Aquisição:

#### ANEXOS (AO ANTERIOR)

PROPRIETÁRIO ATUALIZADO CPF/CNPJ: 867.222.802-23

Nome: ANDRE CESAR PEREIRA SARAVIA

Endereço Anterior: BUA.V

**DADOS DA DOCUMENTAÇÃO**

Data CRLV: 11

### RESTRIÇÕES

---

#### OT BENEFICIO TRIBUTARIO

01-BONNEY 1910 1922  
SISTEMA SABU-AMAZ OCIDENTAL N° Restrição:

Observações: PROIB SAIR ANTES OCIDENTAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
24 JUL 2018

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180339927      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KELVIN DA SILVA CALIXTO      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ DIREITO EVOLUINDO COM FERIMENTO INFECTADO PLANTAR

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              |                                                      |           | Total                 |
|                             |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180339927  
**Vítima:** KELVIN DA SILVA CALIXTO

**Cidade:** Boa Vista  
**Data do acidente:** 15/04/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

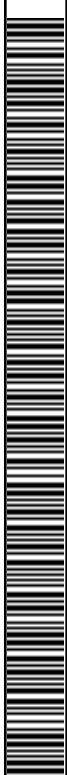
**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A

### 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|                             |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>0 %</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

24 JUL 2018

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Kelvin da Silva Calixto  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Jovem  
GENTE SEGURADORA SP Profissão: Estudante  
Av. Capitão Júlio Bittencourt, 414 - Boa Vista  
Identidade: 355 847-9 CPF: 002.489.412-59  
Endereço: R: Macuxi Bairro: Caparecida  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

### OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada  
Profissão: Funcionária  
Identidade: 488049 CPF: 421.026.372-49  
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: Loi Francisco  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

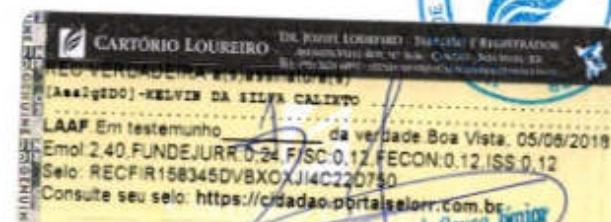
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 26 de Abril de 2018.

Kelvin da Silva Calixto  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



Dr. Edil Severino de Souza Júnior  
Tabelião Substituto  
Cartório Loureiro