



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES

Nº Sinistro: 3180145546
Vítima: GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180145546**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13431043

Pag. 01151/01152 - carta_16 - INVALIDEZ

00020576



PROCURAÇÃO

Eu, Gessica Priscila Brasil Alves, brasileiro (a), Saltina, Recpcionista, portador (a) do RG nº 311094-3, inscrito (a) no CPF sob o nº 00.19456536, residente e domiciliado (a) na Rua Recife, nº 033, Bairro Nova cidade, Boa Vista-RR, CEP 69316-240, telefone nº (95) 99157-8557, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para propor ação judicial de cobrança de Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 20 de Fevereiro de 2018.

Gessica Priscila Brasil Alves
OUTORGANTE

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTeira DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

212.76302.82-9

3531127 0040 RR

Gessica Priscila Brasil Alves

ASSINADORA DO TITULAR





0012

GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES

FILIAÇÃO.....: -

LAISE DE NAZARE BRASIL ALVES

NASCIMENTO.....: 10/05/1992 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 3116743 SESP RR 23/09/2008

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 001.145.652-36 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 08/05/2013

Luiz Carlos de Souza
Superintendente Prorrogado de Trabalho e Emprego - Boa Vista
do Estado de Roraima


ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

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

09 MAR 2018


GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



PREFEITURA BOA VISTA
Trabalhar e Cuidar das Pessoas

FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: **Bravo II** EQUIPE: *MMMD + WALLYSON*



SAMU 192

Paciente: *Gessica Ribol Gabriel RVO* Idade: *25* Sexo: *Fem.*
 Nacionalidade: *Brasileira* Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
 Endereço: *Rua Gaby com do puma em Komen, bairro SVD Monte*

Nº *21070* DATA: *29/02/2019* HORA J/9: *06:52* BASE () VIA () **ABAND**
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: *F. Wallyson* HORA J/10: *07:00*

MOTIVO: SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

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

AVILIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

<p>AUTOMÓVEL</p> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<p>AUTOMÓVEL</p> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<p>VIOLÊNCIA</p> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio
<p>PEDESTRE</p> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/> CALÇADA	<p>MOTOCICLETA / BICICLETA</p> <input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto	<p>VIOLÊNCIA</p> <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Outros: _____
OUTROS		
<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____		

AVILIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVILIAÇÃO INICIAL

<p>VIAS AÉREAS</p> <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>VENTILAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<p>CIRCULAÇÃO</p> <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<p>AVAL. NEUROLÓGICA</p> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DMV
--	--	---	---

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	A.P.A.G.A.R
Início <i>06:52</i>	<i>130x80</i>	<i>78</i>	<i>21</i>	<i>82%</i>	<i>36,5</i>	<i>4,4</i>	<i>02/3/5</i>	
Fim								

AVILIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																												
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS																																													
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor <i>mole</i> <input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %	1º											2º											3º										
	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																																							
1º																																																	
2º																																																	
3º																																																	

AVILIAÇÃO CARDIACA

 Ritmo Sinusal
 Taquicardia
 Bradicardia
 Fluter

AFECÇÃO CLÍNICA

 Respiratória
 Neurológica
 Psiquiátrica
 Metabólica
 Cardiovascular
 Aborto

HISTÓRIA PREGRESSA

 Digestiva
 Infecçiosa
 Obstétrica
 Pediátrica
 Outra

GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA
----------------------	--	--

INCIDENTE

 Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local:

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

 Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros:

RCP

 Iniciada as: _____
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs:

OBSERVAÇÕES

A before da mulher fizesse o atendimento municipal (Danielle) ministrado publico de cont...

DESTINO

 Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

DESTINO

 Pol. Cosme e Silva - PCCS
 Hosp. Santo Antônio - HCSA
 HMNSN
 Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
 Hosp. Lotte Iris - HLI
 Outros

Assinado digitalmente por *Dr. Elaine Carvalho Sousa*
 CRM/RN 10000

JUNTE COM O ORIGINAL
 EM: 26/02/18
Stephanie

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

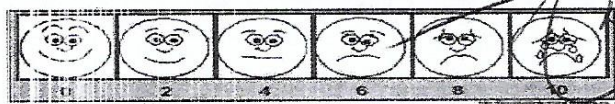
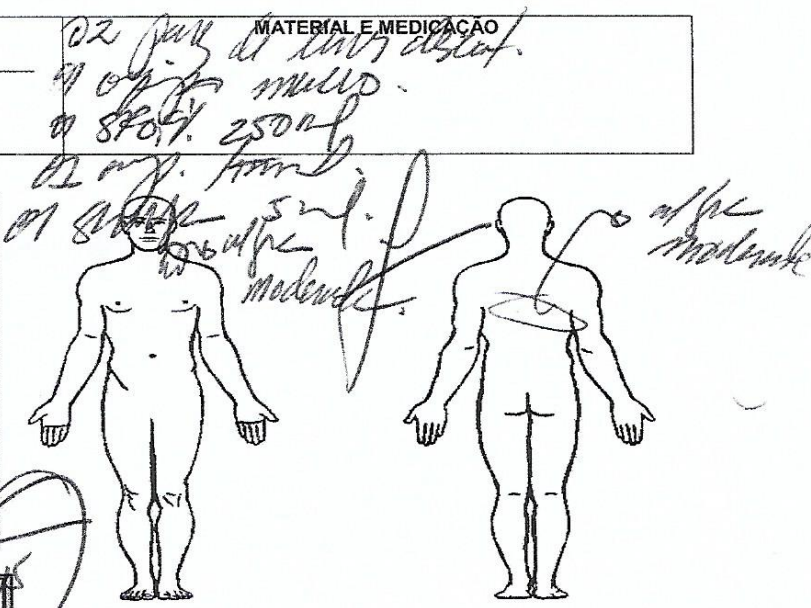
GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

09 MAR 2018

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

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	02 jarq de curativos 01 opj de med. 01 spot. 250mg 01 inj. furo. 01 soro 5ml.	
Fenda de líquido:	BCF:		
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão		

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
3. Resposta Verbal (V)	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

02 jarq de curativos de mãos encobertas, com curativos
 adequados, em pontos de dor, sem resposta a curativos
 adequados em região cervical, torácica e região dos
 membros inferiores, com curativos em região dos membros
 superiores e inferiores de membros superiores e inferiores para
 a unidade de cuidado

Márcio Glebe da Silva Pereira
 REC Enfermagem
 Nº 314.545

CONFERIR COM O ORIGINAL
 REC. EM 26/02/18
 Stephanie

428195



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003729/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/01/2018 09:21 Data/Hora Fim: 25/01/2018 09:32
Origem: Polícia Judiciária Data: 25/01/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/12/2017 06:50

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: AV. GLAYCON DE PAIVA

Bairro: São Vicente

Tipo do Local: Via Pública



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

ENVOLVIDO(S)

Nome: GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Nasc: 10/05/1992
Profissão: Recepcionista
Nome da Mãe: Laise de Nazare Brasil, Alves

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RECIFE Nº: 633
Bairro: NOVA CIDADE
Telefone: (95) 99157-8557 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAY2908	Número do Chassi 9C6KE1940F0036144
Ano/Modelo Fabricação 2015/2014	Cor BRANCA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED	Modelo YAMAHA/YBR125 FACTOR ED
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gessica Priscila Brasil Alves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de sua propriedade, trafegava sentido Bairro/Centro, quando veio a sentir tontura e cair da motocicleta; QUE a comunicante foi conduzida ao HGR pela equipe do SAMU; QUE devido ao acidente a comunicante teve FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003729/2018

relato. OBS: A COMUNICANTE NÃO É HABILITADA

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento



Gessica Priscila Brasil Alves
(Comunicante)

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



29/12/2017

... Guia de Atendimento 02 ...



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

Log not emi
HG
 Hospital Geral de Roraima

1700886840 29/12/2017 07:45:02 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 1

Paciente **GESSICA PRISCILA BRASIL ALVES** Data Nascimento **10/05/1992** Idade **25 A 7 M 19 D** CNS **703002809274877** CPF **00114565236** Prontuário
 Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **3116743** Órgão Emissor **SSP RR** Data Emissão **23/09/2008** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **LAISE DE NAZARE BRASIL ALVES** Pai **NC** Contato **(95) 99157-8557**
 Endereço **RUA - RECIFE - 633 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

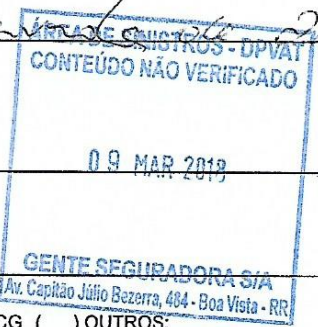
Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **URGÊNCIA** Autorização **SAMU CAPITAL** Sis Prenatal **URGÊNCIA**
 Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend.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

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
paciente retorna de acidente de moto com trauma em dorso, gravemente ferido
 Exame Físico **note**

Hipótese Diagnóstica **trauma**
 SADT - Exames Complementares **com protetor**
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:



PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

Tranquilizante, analgésico, anti-inflamatório, SAMU fez exames



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

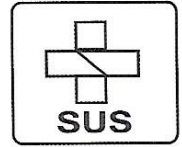
óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Assinatura do Médico**
Carina Carvalho Sousa
Dr. Eduardo Assis
 CRM/RR

Impresso por: liza.marie
 Data Hora: 29/12/2017 07:45:49
 1700886840



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA**



REFERÊNCIA CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____ MUNICÍPIO: _____

PACIENTE: Genívia Briscila Brasil Alves CARTÃO SUS: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

IDADE: 26 SEXO: M F OCUPAÇÃO: _____

D.N.: ____/____/____ CPF: _____ FONE: _____

MOTIVO da referência (justificar com clareza o encaminhamento). gestante 26 anos,
52 P S C O A O, fratura da clavícula (E) há 02 meses,
calcificação desalinhada, queixa dor intermitente,
diminuição de força em membro superior (E). Solicito

Resultados dos Exames: avaliação

Hipótese Diagnóstica: _____ CID: _____

Jocilene Cruz Machado 15/06/2018
MED. G. Assinatura e Carimbo Data
CRM-RR-1770 Médico

AGENDAMENTO

Encaminhamento a especialidade: obstetra / PMS / CRSM

Consulta Marcada para Unidade: _____ Município: _____

Para o Dr. _____ às _____ horas do dia ____/____/____

Caro colega, a informação dos dados relevantes a unidade de origem é de fundamental importância e não pode ser omitida. por favor, preencha a contra referência abaixo, destaque e devolva ao paciente.

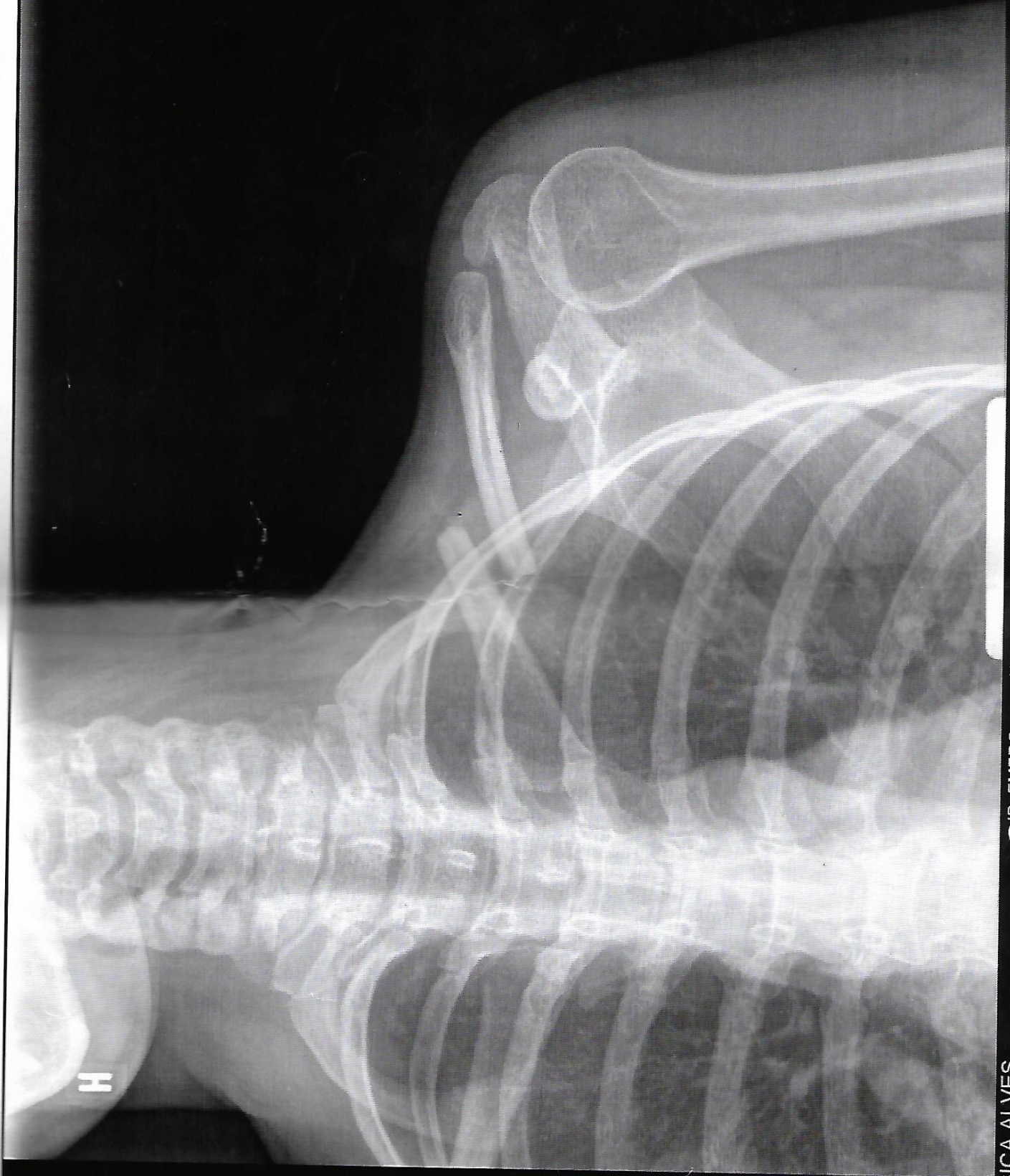
FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____ Prontoário: _____

Nome do Paciente: _____ idade: _____ Sexo: M F

Orientação para acompanhamento nas UBS:

Data: ____/____/____



Nome: GESSICA ALVES
HIMINSN

ID: EMERG
25/01/2018 08:25:10

Nasc:

80,8 %
Rec. MIRANDA



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SHU CODIGO
0103165-1

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal 000003694
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 369/13

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	01/02/2018	232	464,41

CICERO BARRÓS NOGUEIRA
R. RECIFE 633 NOVA CIDADE
CPF: 00030359580349
CEP: 69.316-248 - BOA VISTA
ROT: 15.001.23.02.326500

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
	kWh	kVarh		
Atual:	15318		Atual:	07/12/2017
Anterior:	1,000		Anterior:	05/02/2018
Constante de Multiplicação:	232	FCAM	Próxima Leitura:	05/01/2018
Consumo Medido:	232		Emissão:	29
Consumo Faturado:	NORMAL		Apresentação:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Residencial Classe/Subclasse: E1 Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

DE	HISTÓRICO kWh	CONSUMO	RELEVÂNCIA DE ENERGIA	RELEVÂNCIA DE ENERGIA
NOV/17	235	232 A R\$ 0,567704 =	131,72	131,72
OUT/17	235			163,28
SET/17	90			0,40
AGO/17	103			4,26
JUL/17	176			4,91
JUN/17	172			1,61
MAI/17	246			13,39
ABR/17	219			49,54
MAR/17	220			18,48
				20,26

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 232 - 0,456770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
12/2017 215,63 energia elétrica a partir de 20/01/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 171,37 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

732F.0FC9.7621.DD6F.388C.A328.325D.A362

RESERVADO AO FISCO 39,76		IMPOSTOS/TRIBUTOS 131,72	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	22,39
Energia:	2,64	Alíquota ICMS:	0,59
Transmissão:	25,74	Valor do ICMS:	2,76
Encargos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11
0,00			0,00			0,00

DISTRITO 11/2017 37,52

ROT: 15 001 23 02 326500

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Geisica Priscila Brasil Alves, brasileiro
(a), Solteira, Recepcionista, portador (a) do RG nº
311674-3, inscrito (a) no GPF sob o nº 00114565236, residente e
domiciliado (a) na Rua Recife, nº 633, Bairro
Nova cidade, Boa Vista-RR, CEP 69 316-248, telefone
nº (95) 99157-8557, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 20 de Fevereiro de 2018.

Geisica Priscila Brasil Alves
DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº **013746311186**

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 011 COD. RENAVAN: 011/5079162 RNTRC: EXERCÍCIO: 2017

Nome: **GESSICA MARCELA BRASIL ALVES**

PLACA: **MA1290B**

PLACA ANT./UF: CHASSI: **926K0120000036144**

ESPECIE VEH: **PAS/MOTOCICLETAS/NSU 500/110** COMBUSTIVEL: **GASOLINA**

MARCA/MODELO: **YAMAHA/YBR125 FALTOUR ED** ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP/POT/CIL: **21/0124CC/** CATEGORIA: **PARTICU** COR PREDOMINANTE: **BRANCA**

I P V A	COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG/COTAS
	XPAGU#	XPAGU#	1ª *****
	FAIXA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
	** PAGO DATA UNICA **		3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 12/09/2017

OBSERVAÇÕES:
**SEM RESERVA DE DUMINIU E PROIR SAIR AMAZ
OCIDENTAL**

Antonio Francisco Beserra Marques
BOA VISTA-RR DATA: 18/10/2017
DETRAN-RR
Interno

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Júlio Beserra, 404 - Boa Vista - RR