



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Priscilla Leitão C Mendonça PROFISSÃO: Aux. administrativo,
ESTADO CIVIL: Solteira, FONE: _____,
E-MAIL: Priscillacutinho_99@hotmail.com RG: 213.823
SSP- RR e CPF: 736.969.002-49, RESIDENTE Á
RUA: Capella N° 1160,
BAIRRO: Cidade Satélite pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 21 de Janeiro de 2019.

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

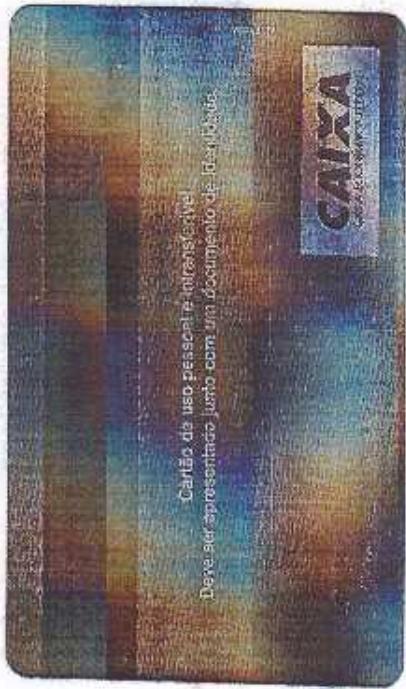
OUTORGANTE: Priscilla Iquigina Castilho Mendonça
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Auxiliar administrativo
RG N° 213.823 SSP/RR CPF: 736.969.002-49
ENDEREÇO: Rua: Capela, 1160, cidade satélite

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 21 de Fevereiro de 2019.



24 JAN. 2019



JULHO/2018 01/08/2018 210 103,47

SELMA REGINA CASTILHO DE OLIVEIRA
R. CAPELLA 1160 BL B10 AP 204 CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL CRUVIANA
CEP: 69.317-492 - BOA VISTA ROT: 32.001.24.27.024700

DATA DE LEITURA	VALOR	DATA DE LEITURA	VALOR
Anal.	2998	Anal.	12/07/2018
Anterior:	2788		12/06/2018
	1.000		14/03/2018
	210		11/07/2018
	210	FCAM	12/07/2018

NORMAL 30

RESID.BX.RENDA BI TDB16118970 1420002 1.4.1.2 182

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO	VALOR
JUN/18 290	CONSUMO	30 A R\$ 0,196018 = 5,88
MAI/18 221		70 A R\$ 0,336033 = 23,52
ABR/18 180		110 A R\$ 0,584055 = 55,44
MAR/18 179	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA - ILUMINAÇÃO PÚBLICA	34,45
FEV/18 174		18,63
JAN/18 167		
DEZ/17 182		
NOV/17 166		
OUT/17 155		
SET/17 154		

TRIPAS SEM TRIBUTOS:
3A 3B - 0,157618
3A 106 - 0,228192
1B A 210 - 0,402291

MENSAGENS IMPORTANTES RELACIONADAS AO VENCIMENTO:

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2018, em função das contas atrasadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SIEON, informando ainda existência de penas e vencimentos de trabalhadores. O valor de R\$ 103,47 (Valor Histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODEM SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPONENTE	VALOR	COMPONENTE	VALOR
Distribuição:	25,60	Base do ICMS:	84,84
Energy:	40,93	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	14,42
Encargos:	1,70	Valor do PIC:	0,38
Total:	16,61	Valor do ICMS:	1,81

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

0,00 0,00 0,00

FLORESTA 05/2018 34,88

ROT: 32.001.24.27.024700

SEU CODIGO 0113184-2 TOTAL AFEGAR-RS 103,47

Eletrobras

07/2018 01/08/2018

001076541 FCAM

83630000001 7 03470075000 2 00000000113 1 18420718008 6



24 JAN. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Francilla Luizina Castilho Mendonça
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Contadora
IDENTIDADE:	213823
ENDEREÇO:	Rua Capela, residencial curitiba, bairro São José

OUTORGADO

NOME:	Ilein Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Proprietária
IDENTIDADE:	144.807.559-00
ENDEREÇO:	R. Antônio P. Galvão 1032

24 JAN. 2019

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CÓNSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista de Novo Rio

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041846/2018-A02

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RONDÔNIA
Bairro: DOS ESTADOS
Telefone: (95) 98801-5090 (Celular)
Nº: 759

Nome Civil: PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONÇA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade 35
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 213823
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 736.969.002-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANA NERI
Bairro: CANARINHO
Nº: 108

Nome Civil: FRANCIERLE VENTURA ALEXANDRE (REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade 30
Profissão: Mecânico
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3723873
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.472.614-73

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RONDÔNIA
Bairro: DOS ESTADOS
Nº: 759

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 790.406.912-15	Placa NAV1400
Renavam 00941108244	Número do Motor BNX164756
Número do Chassi 9BWKA05Z984082947	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo VW/FOX 1.0
Modelo VW/FOX 1.0	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 08/05/2008	Situação do Veículo ARRENDAMENTO

Nome Envolvido

Priscilla Luigina Castilho Mendonça

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NAP2225

Número do Chassi *****53282

Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Cor Vermelha

Delegado de Polícia Civil: Rodrigo da Oliveira Gomides

Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha

Data de Impressão: 11/01/2019 12:35

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041846/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2019 12:32 Data/Hora Fim: 11/01/2019 12:35
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809801 Data: 23/10/2018
Delegado de Policia: Rodrigo de Oliveira Gomides

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/10/2018 19:20

Bairro: São Francisco

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA ALFERES PAULO SALDANHA COM RUA RONDÔNIA

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

Veículo

1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FERNANDO CORDEIRO LEDO - P M (COMUNICANTE)

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: PMRR - CIPTUR

Nome Civil: RAINIER RANDY CASTILHO DE MENDONÇA (REPRESENTANTE LEGAL)

Sexo: Masculino

Idade

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 213821

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 888.853.642-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SOCRATES PEIXOTO

Nº: 97

Bairro: JARDIM FLORESTA

Telefone: (95) 99162-3810 (Celular)

Nome Civil: PAULA FRANCINETE VENTURA ALEXANDRE (ENVOLVIDO)

Sexo: Feminino

Idad

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2946215

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 045.128.404-60

Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gomides

Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha

Data de Impressão: 11/01/2019 12:35

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de

PPe - Procedimentos Policiais Ele





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041846/2018-A02

UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FORD/ECOSPORT FSL 1.6	Modelo FORD/ECOSPORT FSL 1.6
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvidos
Paula Francinete Ventura Alexandre	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (A), O ROP/PM Nº 809801 SÉRIE "I", INFORMA QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPS PARA AVERIGUAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, AO CHEGAR NO LOCAL FORAM INFORMADOS PELOS RESPONSÁVEIS PELOS VEÍCULOS SR. FRANCERLE E SR. RAINER, QUE INFORMARAM QUE O ITEM 01, SRA. PAULA FRANCINETE TRANSITAVA NA RUA ALFERES PAULO SALDANHA, SENTIDO AV. SANTOS DUMONT, CONDUZINDO O VEÍCULO V1, FORD ECOSPORTE, QUANDO CHEGOU NO ENDEREÇO CITADO VEIO A COLIDIR COM O VEÍCULO V2, VW/FOX, DE PROPRIEDADE DE OSWALDO BOTINELLY NETO E CONDUZIDO PELO ITEM 02, SRA. PRISCILLA LUIGINA, QUE SEGUIA NA RUA SOUZA JUNIOR, SENTIDO À RUA ANTONIO A. MARTINS. NO LOCAL HAVIA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL DE "PARE". O SAMU FOI ACIONADO POR POPULARES E LEVOU OS ITEM 01 E 02 PARA O PSE/HGR COM ESCORIAÇÕES APARENTEMENTE LEVES. NA CHEGADA DA GUARNIÇÃO OS ITEM 01 E 02 JÁ HAVIAM SIDO REMOVIDOS AO PSE. NÃO HOUVE ACIONAMENTO DA PERÍCIA. OS VEÍCULOS FORAM ENTREGUES AO SR. FRANCERLE IRMÃO DA CONDUTORA SRA. PAULA FRANCINETE E AO SR. RAINIER IRMÃO DA SRA. PRISCILLA LUIGINA. ESSE É O RELATO.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

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

24 JAN. 2019



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
			BLOCO A	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			Data: 29.10.18	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Priscilla Regina Castilho de Mendonça</i>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>36858-8</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>01/08/1983</i>	
9 - SEXO <i>Feminino</i>			10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Selma Regina Castilho de Oliveira</i>	
11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p><i>Acidente auto + surto protetor do veículo com ferimento cervical direito</i></p> <p><i>GRASCHOW 15º PTO</i></p> <p><i>Leu déficit neurológicos</i></p>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			<p><i>Africa</i></p> <p><i>29.10.2018</i></p>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMO DOS EXAMES REALIZADOS)			<p><i>CT CERÂVICO: CONVUSÃO TEMPORAL PÓSTERIOR DIREITO</i></p>	
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			<p><i>CONVUSÃO CERÂVICO AVAR TCE</i></p> <p><i>CID 10 PRINCIPAL: SIC6-9</i></p>	
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			<i>CRM-RR 1407</i>	
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
<i>NCZ</i>			<i>chirurgico</i>	
28 - DOCUMENTO			29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS			<i>2011549873451000</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<i>DR Fábio Faria</i>			<i>29/10/18</i>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			<i>Dra. Fabrício F. de Almeida</i>	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			36 - CNPJ DA SEGURODORA	
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			38 - CNPJ EMPRESA	
() PREGADO			() EMPREGADOR () AUTÔNOMO	
40 - CNAE DA EMPRESA			41 - CSOR	
42 - PRECADO			() DECOMPRIDADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			AUTORIZAÇÃO	
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - DOCUMENTO			46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS			<input checked="" type="checkbox"/> CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<i>29/10/18</i>			<i>0303040092</i>	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			<i>5068</i>	
			<i>V499</i>	

116 - 1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		23/out/2018	DN	01/ago/1983	
PACIENTE	PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONÇA				
DIAGNÓSTICO	TCE LEVE + CONTUSAO TEMPORAL DIREITA				
ALERGIAS	N.D.N.	LEITO	GT	DATA	24/out/2018
IDADE	35 anos				HORÁRIO
ITEM					
1	DIETA LEVE				
2	SF0,9% 1000ML EV 12/12 H				
3	FENITOINA 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H				
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				
5	TILATIL 20MG EV 12/12 H				
6	Tramadol 50mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA				
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H				
9	TRAMADOI. 50MG VO 1 COMP 6/6 H NA FALTA DO ITEM 6				
10	PARACETAMOL 40 GOTAS VO 6/6 H INTERCALADO COM DIPIRONA				
11	CABECEIRA ELEVADA 45°				
12	PA / P / T 6/6 H				
13	CG				
14	NTR				
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
20					

24 JAN. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR TC DE CRANIO: CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

	PA	FC	FR	TEMP	SPO2	diurese	
8H 9h	96x62	90	27	-	100%	-	Regulado para leito
12 H							
18 H	100x60	75				+	
24 H 0	96x65	77		35.9			BLA/116-1 11:10
				36.2			
11:32:	110.56	107	22	35.6	100%		Regulação Interna

33:45 24/10/2018 - pt chega ao bloco, orientada
verbalizando, Tais as medicações já chegarão
e que os cintos - 

Maria da Fátima R. Barreto
Téc. de Enfermagem
COREM-RR 437581 TF

Pacientes higienizados,
Trocado franco e longo.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1 ^a Classificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input checked="" type="checkbox"/> Azul Ass.: Rosália Gomes da Silva Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho Aux. Serv. Saúde <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.: 25.10.1 Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:			
1801026127	23/10/2018 19:11:46	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	3
Paciente PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONCA Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Mãe SELMA REGINA CASTILHO DE OLIVEIRA Endereço RUA - RUA ANA NERI - 108 - CANARINHO - BOA VISTA - RR		Data Nascimento 01/08/1983 Sexo F Estado Civil SOLTEIRO(APARDA) Raça/Cor Naturalidade Pai NI Contato Ocupação	Idade 35 A 2 M 22 D CNS CPF 73696900249 Nacionalidade BRASILEIRA	Prontuário	
Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO Setor GRANDE TRAUMA Queixa Principal		N° da Carteira Profissional do Atend. Caráter do Atendimento URGÊNCIA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Validade Autorização Procedência Procedimento Sol.	Sis Prenatal Temp. Peso Pressão	
				Registrado por: KAREN.GARCIA	
			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Anamnese de Enfermagem <i>Alergia</i> Anamnese (HORA DA CONSULTA - : h)			GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15	
Exame Físico <i>REG. VOTE, SAT, expac, estav.</i> <i>AP/AC. NDN ; ABD. LIDN</i>					
Hipótese Diagnóstica <i>Trauma contundente em cono vs. cono.</i>					
			TCE (HIP)		
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS		
PRESCRIÇÃO <i>(1) Dipirona 4g (ex)</i> <i>(2) Hidrocodone 20mg (ex)</i> <i>(3) Sustana + amoxicilina</i> <i>(4) Plastazote</i>				APRAZAMENTO <i>ACE 23.10.18</i> <i>Glucos 15.10.18</i> <i>CRANIO CONVULSAO</i> <i>CEREBRAL HEMORAGIA</i> <i>DIREITA</i> <i>COI. INGENAL</i> <i>J. FEN. 40.10.18</i>	
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>A. Neurocirurgia</i>			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:	OBSERVAÇAO 3. <i>André E. de Almeida</i> <i>Dr. Fábio E. de Almeida</i> <i>Neurocirurgião</i> <i>CRM-RR 1407</i> <i>CNS: 20154981375000</i>	
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família			<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável Impresso por: karen.garcia Data Hora: 23/10/2018 19:22:20		Carimbo e Assinatura do Médico  Lucas Duarte Médico CRM-RR 1787			
		 1801026127			

116-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA					HGRR Hospital Geral de Roraima
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	23/out/2018	DN	01/ago/1983		
PACIENTE	PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONÇA				
DIAGNÓSTICO	TCE LEVE + CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA				
ALERGIAS					
IDADE	N.D.N.	LEITO	G+	DATA	26/out/2018
ITEM	35 anos				HORÁRIO
1	DIETA LEVE				SND
2	SF 0,9% 1000ML EV 12/12 H				12 10 14
3	ENITOXINA 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 H	on VO			12 10 14
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				12 10 14
5	ELATIL 20MG EV 12/12 H				12 10 14
6	Tramadol 50mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA				12 10 14
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				12 10 14
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H				12 10 14
9	TRAMADOL 50MG VO 1 COMP 6/6 H NA FALTA DO ITEM 6	5N-12 10 14			12 10 14
10	PARACETAMOL 40 GOTAS VO 6/6 H INTERCALADO COM DIPIRONA				12 10 14
11	CABECEIRA ELEVADA 45°				12 10 14
12	PA PTT 6/6 H				12 10 14
13	CC				Atenção
14					Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: PACIENTE EM GLASGOW 15, PIER TC DE CRANIO CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA					
6 H	PA	FC	FR	TEMP	
12 H	108x73	82	16	36,2°C	
18 H	102x75	94	87	36,2	
24 H	113x75	82	-	-	

12:00h. Período ssuu, adm. Stens 9 e 10. Stens 2, 21, 5, não adm. pélissem acesso, a mesma recusa a realização de acesso. médico ciente e enfermeira.

116-9

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

HGR
Hospital Geral
de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE	23/out/2018	DN	01/ago/1983	
DIAGNÓSTICO	PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONÇA			
ALERGIAS	TCE LEVE + CONTUSAO TEMPORAL DIREITA			
IDADE	N.D.N.	LEITO	GT	
ÍTEM	35 anos		DATA	27/out/2018
1	DIETA LEVE			HORÁRIO
2	SF0,9% 1000ML EV 12/12 H			07:00 24:
3	FENITOINA 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H			07:00 22:00
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H			07:00 22:00
5	TILATIL 20MG EV 12/12 H			07:00 22:00
6	Tramadol 50mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA			07:00 22:00
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H			07:00 22:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8 H			07:00 22:00
9	TRAMADOL 50MG VO 1 COMP 6/6 H NA FALTA DO ITEM 6			07:00 22:00
10	PARACETAMOL 40 GOTAS VO 6/6 H INTERCALADO COM DIPIRONA			07:00 22:00
11	CABECEIRA ELEVADA 45°			07:00 22:00
12	PA/P/T 6/6 H			Mantendo Pacina Nutrição
13	CG			
14				
15				
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70			
20	DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR. TC DE CRANIO: CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA				
6 H	PA 110x68	FC 87	FR 16	TEMP 35°C
12 H	98x66	76		35.3°C
18 H	97x65	87		35.9°C
24 H	113x76	91	28	36.1°C



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

736.969.002-49 Prescilla Lexington Castilho Mendonça

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Profissão: Contadora

Bairro:

Cidade: Belo Horizonte

E-mail:

1107992@hotmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

bancos

Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8121

3

CONTA: 17694

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência;
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não me presta serviços para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não me presta com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grav de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aposentadoria, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Imaculada de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.517-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário Rhiscilla Imaculada Castilho Mendonça, inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.969.002-491, do sinistro de DPVAT cobertura Residencial, da Vítima Rhiscilla Imaculada Castilho Mendonça, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da comprovação 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
Bairro	Estado	CEP
<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	<u>1832</u>	
<u>Bieritis</u>	<u>RR</u>	<u>69.300-209</u>
<u>E-mail: ETOIRRE6@hotmail.com</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
		<u>(95)99154-2128</u>

Boa Vista - RR, 27 de 01 de 2019
Local e Data

Assinatura de Declaração

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062725

Vitima: PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONCA

Data do Acidente: 23/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONCA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuizos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=10.125%2C...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo

Valor Nominal R\$ 10.125,00

Indexador e metodologia de cálculo IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.

Período da correção 23/10/2018 a 1/3/2019

Taxa de juros (%) 1 % a.m. compostos

Período dos juros 23/10/2018 a 12/3/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	129 dias	1,008401
Percentual correspondente	129 dias	0,840075 %
Valor corrigido para 1/3/2019	(=)	R\$ 10.210,06
Juros(140 dias-4,75299%)	(+)	R\$ 485,28
Sub Total	(=)	R\$ 10.695,34
Valor total	(=)	R\$ 10.695,34

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	10.125,00
Data inicial	23/10/2018
Data final	1/3/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
23/10/2018	1/11/2018	0,1680 (%)	10.142,01
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	10.161,28
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	10.145,03
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	10.175,46
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	10.210,06

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(140 dias-4,75299%)	(+)	R\$ 485,28
Sub Total	(=)	R\$ 10.695,34
Valor total	(=)	R\$ 10.695,34

[Retornar](#) [Imprimir](#)