



**TIMÓTEO NUNES - ADVOCACIA**  
Rua: José Magalhaes, Nº 151-H, Bairro: Centro, CEP. 69.301-360  
Telefones: (95) 3624-4207 / (95) 99971-4138  
Boa Vista-RR / Brasil

### PROCURAÇÃO

**Outorgante: CLARISSA SANTOS DE SOUZA**, brasileira, casada, doméstica, com RG n: 257546 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 855.760.342-87, residente e domiciliada na Rua Cidade Cascavel, nº 401, Bairro Equatorial, CEP 69.317-328, E-mail: tm.nunes77@gmail.com, telefone: 99133-6375/ 98408-9085. / 99133-8306

**Outorgados: Bel. TIMÓTEO MARTINS NUNES**, brasileiro, casado, Advogado, OAB/RR sob nº503, com endereço na Rua José Magalhães, Nº 151-H – CENTRO – Boa Vista-RR, Tel. 3624-4207, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal, Juizado Especial, junto à delegacia de policia, com poderes da cláusula “**ad juditia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer assim como, transigir, receber, inclusive receber alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista-RR, 29 de janeiro de 2019.

Clarissa Santos de Souza

**CLARISSA SANTOS DE SOUZA**

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**Outorgante: CLARISSA SANTOS DE SOUZA**, brasileira, casada, doméstica, com RG n: 257546 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 855.760.342-87, residente e domiciliada na Rua Cidade Cascavel, nº 401, Bairro Equatorial, CEP 69.317-328, E-mail: tm.nunes77@gmail.com, telefone: 99133-6375/ 98408-9085.

DECLARO, para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista-RR, 29 de janeiro de 2019.

Clarissa Santos de Souza

**CLARISSA SANTOS DE SOUZA**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

|                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |        |
| REGISTRO GERAL                       | 257546 |
| NOME                                 |        |
| CLARISSA SANTOS DE SOUZA             |        |
| FILIAÇÃO                             |        |
| MÁRIA LUCIA SANTOS DE SOUZA          |        |
| NATURALIDADE                         |        |
| BONFIM - RR                          |        |
| DOC. ORIGINAL                        |        |
| CERTO NASC 35749 FLS 268V LIV A.58   |        |
| CPF                                  |        |
| 855.760.342-87                       |        |
| 2 VIA                                |        |
| MADEIRA RIBEIRA TRILIANE             |        |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/80             |        |
| DATA DE NASCIMENTO                   |        |
| 04/03/1981                           |        |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                    |        |
| 05/11/2015                           |        |

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| ESTADO DE RORAIMA                         |  |
| SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA |  |
| INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILIO CRUZ     |  |
| Polegar Direito                           |  |
| ASSINATURA DO TITULAR                     |  |
| Clarissa Santos de Souza                  |  |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                    |  |

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO: **SEU CÓDIGO 0099698-0**

Nº da Fatura Fornecedor: 001587257

A Fatura Fornecedor, Emissão e Entrega: 09/10/2018  
Data Limite 10/11/2018

| CONTA MÊS    | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | VALOR A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OCTUBRO/2018 | 01/11/2018 | 149           | 117,44              |

CLARISSA SANTOS DE SOUZA  
R. CIDADE CASCAVEL 401 EQUATORIAL  
CPF: 00085576034287  
CEP: 69.317-328 - BOA VISTA  
ROT: 30.001.21.08.231800

| DADOS DA LEITURA         | kWh   | kVArh | DATAS DA LEITURA |            |
|--------------------------|-------|-------|------------------|------------|
| Atual                    | 3755  |       | Atual            | 10/10/2018 |
| Anterior                 | 3606  |       | Anterior         | 10/09/2018 |
| Diferença de M. Anterior | 1,000 |       | Diferença Fatura | 09/11/2018 |
| Consumo Médio            | 149   |       | Consumo          | 09/10/2018 |
| Consumo Faturado         | 149   | FCAM  | Apresentação     | 10/10/2018 |

Consumo em Consumo: NORMAL  
Consumo em Consumo: 30

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | RESIDENCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                   | BI  | 16TDB01835M | 1402406 | 1.1.1.2 | 131 |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|---------|---------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| HISTÓRICO kWh                | Set/18                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 143 | AGO/18      | 126     | JUL/18  | 137 | JUN/18 | 142 | MAI/18 | 131 | ABR/18 | 124 | MAR/18 | 124 | FEV/18 | 122 | JAN/18 | 116 | DEZ/17 | 128 |
| Descrição da Conta           | CONSUMO 149 A R\$ 0,569048 = 84,78<br>CORRECAO MONETARIA DA 07/18-00 0,09<br>CORRECAO MONETARIA IGPM (3X) 1,11<br>MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 2,79<br>JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 0,40<br>MULTA POR ATRASO (3X) 4,64<br>JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 1,67<br>ILUMINACAO PUBLICA 18,96 |     |             |         |         |     |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |        |     |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 149 - 0,456770

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**  
CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P  
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabens! Até o dia 09/10/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO A NEN 99A9.4997.DD79.275C.49AE.C48A.A7A8.0553

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |                 |        |
|---------------------------|-------------------------|-----------------|--------|
| Distribuição              | 25,53                   | Base de Cálculo | 84,78  |
| Energia                   | 40,84                   | Alíquota ICMS   | 17,00% |
| Transmissão               | 0,00                    | Valor do ICMS   | 14,41  |
| Encargos                  | 1,70                    | Valor do PIS    | 0,40   |
| Intervios                 | 16,71                   | Valor do COFINS | 1,90   |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

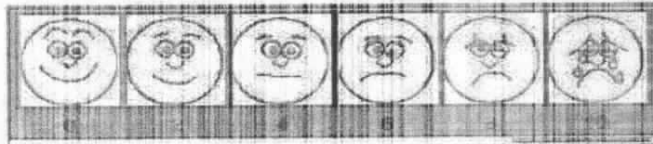
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FICHA DE ATENDIMENTO<br><b>BOA VISTA<br/>BRAVO III</b> | Nº <b>2429</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        | EQUIPE: <i>Dr. Josue / Odileis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paciente: <i>Jonice Santos Souza</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | Idade: <i>38</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sexo: <i>fem</i>                                                                    |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nacionalidade: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endereço: <i>Rua Princesa Isabel</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | Bairro: <i>Camobi</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº <i>22465</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DATA <i>05/12/18</i>                                   | HORA J/9: <i>16:20</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BASE: <i>A</i> VIA ( ) ( ) RÁDIO                                                    |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>Drº Paulo</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | HORA J/10: <i>16:29</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CELULAR <i>M</i>                                                                    |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO <i>J/9 - 16:55 J/10 - 17:05</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AUTOMÓVEL</b><br>[ ] Capotamento<br>[ ] Atropelamento<br>[ ] Colisão AUTO x _____<br>[ ] Motorista<br>[ ] Passageiro Banco dianteiro<br>[ ] Passageiro Banco traseiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | <b>AUTOMÓVEL</b><br>[ ] Uso do cinto<br>[ ] Vítila projetada<br>[ ] Vítila encarcerada<br>[ ] Air Bag Acionado<br><b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b><br>[X] Colisão MOTO X <i>Carro</i><br>[ ] Queda de moto<br>[ ] Atropelamento<br>[ ] Queda de Bicicleta<br>[ ] Piloto<br>[ ] Com capacete<br>[ ] Sem capacete<br>[ ] Garupa |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PEDESTRE</b><br>[ ] Atropelamento<br>[ ] VIA [ ] CALÇADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | <b>VIOLÊNCIA</b><br>[ ] FAB<br>[ ] FAF<br>[ ] Espancimento<br>[ ] Violência Doméstica<br>[ ] Violência Sexual<br>[ ] Tentativa de suicídio<br>[ ] Outro: _____                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        | <b>OUTROS</b><br>[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto<br>[ ] Queda, Altura aprox.<br>[ ] Acidente Doméstico<br>[ ] Queimadura Agente<br>[ ] Afogamento<br>[ ] Agressão p/ animal<br>[ ] Outros: _____                                                                                                                  |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>VIAS AÉREAS</b><br>[X] Livre<br>[ ] Obstrução Parcial<br>[ ] Obstrução Total<br>[ ] Corpo estranho<br>[ ] Edema de Glote<br>[ ] Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        | <b>VENTILAÇÃO</b><br>[X] Apnéia<br>[ ] Dispnéia<br>[ ] Bradpnéia<br>[ ] Taquipnéia<br>[ ] Roncos<br>[ ] Sibilos<br>[ ] Respiração paradoxal                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        | <b>CIRCULAÇÃO</b><br>[ ] Bradicárdico<br>[ ] Taquicárdico<br>[ ] Arritmico<br>[ ] Enchimento capilar acima de 2"<br>[ ] Ausente<br>[ ] Cianose central<br>[ ] Cianose de extremidade                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        | <b>AVAL. NEUROLÓGICA</b><br>[X] AVDN<br>[ ] Miose<br>[ ] Midriase<br>[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E<br>[ ] Aparentemente Alcoolizado<br>[ ] DNV                                                                                                                                                                                 |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | P.A mm/hg                                              | F.C Bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | F.R Mpm                                                                             | Sat O <sub>2</sub> %                                                                                                     | T. Axilar °C | Glicemia                                                                                                                  | Esc. visual "DOR" | APAGAR                                                                                                                                  |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Início <i>16:35</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>130 x 80</i>                                        | <i>87</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>22</i>                                                                           | <i>98%</i>                                                                                                               |              |                                                                                                                           | <i>DOR</i>        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fim <i>16:46</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <i>130 x 90</i>                                        | <i>91</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>-</i>                                                                            | <i>98</i>                                                                                                                |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pele</b><br>[X] Corada<br>[ ] Quente<br>[ ] Pálida<br>[ ] Fria<br>[ ] Úmida<br>[ ] Seca<br>[ ] Cianótica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | <b>Cabeça</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriação<br>[ ] Laceração<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Afundamento<br>[ ] Fer. penetrante                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     | <b>Face</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Ferimento ocular<br>[ ] Luxação<br>[ ] Mandíbula |              | <b>Pescoço</b><br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Desvio da traqueia<br>[ ] Enfisema sub-cutâneo |                   | <b>Tórax</b><br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Tórax Instável<br>[ ] Tamponamento<br>[ ] Ferida Aspirativa<br>[ ] Empalamento |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Abdome</b><br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Distendido<br>[ ] Enfiado<br>[ ] Doloroso<br>[ ] Evisceração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        | <b>Pelve</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Dor<br>[ ] Instabilidade                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     | <b>Coluna Dorsal</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Dor<br>[ ] Escoriações                                       |              | <b>MMSS</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Luxações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Fratura<br>[ ] Amputação          |                   | <b>MMII</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Luxações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Fratura<br>[ ] Amputação                        |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>QUEIMADURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td>CABEÇA</td><td>PESCOÇO</td><td>TÓRAX ANTERIOR</td><td>TÓRAX POSTERIOR</td><td>GENITALIA</td><td>MSD</td><td>MSE</td><td>MID</td><td>MIE</td><td>TOTAL %</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><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 %                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CABEÇA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PESCOÇO                                                | TÓRAX ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TÓRAX POSTERIOR                                                                     | GENITALIA                                                                                                                | MSD          | MSE                                                                                                                       | MID               | MIE                                                                                                                                     | TOTAL %                                                                                                                                   |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AVELIAÇÃO CARDÍACA</b><br>[ ] Ritmo Sinusal<br>[ ] Taquicardia<br>[ ] Bradicardia<br>[ ] Flutua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         | <b>AVELIAÇÃO CLÍNICA</b><br>[ ] Respiratória<br>[ ] Neurológica<br>[ ] Psiquiátrica<br>[ ] Metabólica<br>[ ] Cardiovascular<br>[ ] Aborto |         |                |                 |           |     |     |     |     | <b>HISTÓRIA PREGRESSA</b><br>[ ] Diabetes<br>[ ] Cardiopatia<br>[ ] HAS<br>[ ] Alergias<br>[ ] Outros<br>[ ] Medicação de uso |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>GRAVIDADE COMPROVADA</b><br>[ ] ILESO [ ] PEQUENA [ ] MÉDIA [ ] SEVERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         | [ ] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA                                                                                                       |         |                |                 |           |     |     |     |     |                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>INCIDENTE</b><br>[ ] Cancelamento<br>[ ] Recusa de Atendimento<br>[ ] Não se encontrava no local<br>[ ] Recusa de hospitalização<br>[ ] Trote<br>[ ] Bombeiro no local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         | <b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b><br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                                               |         |                |                 |           |     |     |     |     | <b>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b><br>[ ] Polícia Militar<br>[ ] Guarda Municipal<br>[ ] SMTRAN<br>[ ] Bombeiro<br>[ ] Outros:  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>RCP</b><br>[ ] Iniciada as: _____<br>[ ] RCP com sucesso<br>[ ] RCP sem sucesso<br>[ ] Obs.: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         | <b>28 JAN 2019</b>                                                                                                                        |         |                |                 |           |     |     |     |     | <b>SAMU 192-BV</b><br>CONFERE COM ORIGINAL<br>Em 25/10/19<br>OBSERVAÇÕES<br><i>Stephanie</i><br><i>Rubrica</i>                |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DESTINO</b><br>[ ] Atendido no local<br>[X] Trauma HGR<br>[ ] Pronto Atendimento<br>[ ] Coronel Mota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                          |              |                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                         | <b>GENTE SEGURADORA S/A</b><br>Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - PB                                                            |         |                |                 |           |     |     |     |     | <b>Pol. Cosme e Silva - PCCS</b><br>Hosp. Santo Antônio - HCSA<br>[ ] HMINSN                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  | [ ] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br>[ ] Hosp. Lúte Iris - HLI<br>[ ] Outros |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

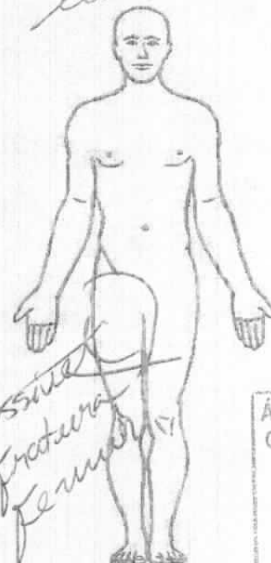
|                        |                                                                                                                                |           |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|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

|                                                                         |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| GESTANTE                                                                |                          |
| IG p/ semana: _____                                                     | Movimentos fetais: _____ |
| Perda de líquido: _____                                                 | BCF: _____               |
| <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão |                          |

| Abertura Ocular                                                                              | Classificação  | Pontos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| Oftos: abertos previamente à estimulação                                                     | Espontâneos    | 4      |
| Abertura ocular em sons de voz normal ou em voz alta                                         | Ap 30m         | 3      |
| Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos                                    | A Pressão      | 2      |
| Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência                        | Ausente        | 1      |
| Oftos fechados devido a fator local                                                          | Não Testável   | NT     |
| Resposta Verbal                                                                              |                | Pontos |
| Resposta adequada relativamente ao nome, local e data                                        | Orientada      | 5      |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente                                              | Confusa        | 4      |
| Palavras isoladas inteligíveis                                                               | Palavras       | 3      |
| Apitos gemidos                                                                               | Sons           | 2      |
| Ausência de resposta ativa, sem fatores de interferência                                     | Ausente        | 1      |
| Fator que interfere com a comunicação                                                        | Não Testável   | NT     |
| Resposta motora                                                                              |                | Pontos |
| Cumprimento de ordens com 2 ações                                                            | A ordem        | 6      |
| Elevação da mão acima do nível de clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço                 | Localizador    | 5      |
| Flexão rápida do membro superior, nível do cotovelo, padrão predominante: não anormal        | Flexão normal  | 4      |
| Flexão rápida do membro superior, nível do cotovelo, padrão predominante: claramente anormal | Flexão anormal | 3      |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo                                             | Extensão       | 2      |
| Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência        | Ausente        | 1      |
| Fator que limita resposta motora                                                             | Não testável   | NT     |



**MATERIAL E MEDICAÇÃO**  
 1- glicos 20 + SF. 500 ml + 2guf  
 1- Etilatol 40 mg + 1 dip. sup.  
 2- atadunox de 15 + 1 de 2  
 Luvas de procedimento



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Última de colisão anotox curio encontrada em decubito dorsal, loto, chorosa reflete dor intensa em MMII, SSVU preservados com possível fratura em MMII (femur) realizado pro. cedimentos conforme protocolo e controle regulares adm e medicação 2ml de dipirona + etilatol 40mg (EV) após acesso venoso e lavado ao GT HGR.

SAMU 192-RV  
 CONF. FICOM  
 ORIGINAL  
 Em 25/01/19  
 Stephanie  
 Rubrica

Assinatura e carimbo do profissional  
 José Silva de Arruda  
 Téc. em Enfermagem  
 RR 201665



05/12/2018

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.: ☐

Reclassificação: ☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.: ☐

Reclassificação: ☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.: ☐



|                                                             |                                                                                                                                        |                        |                 |               |              |          |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|---------------|--------------|----------|
| 1801043280                                                  | 05/12/2018 17:15:59                                                                                                                    | FICHA DE ATENDIMENTO   |                 | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 37       |
| Paciente                                                    | Data Nascimento                                                                                                                        | Idade                  | CNS             | CPF           | Prontuário   |          |
| CLARISSA SANTOS DE SOUZA                                    | 04/03/1981                                                                                                                             | 37 A 9 M 1 D           |                 | 85576034287   |              |          |
| Tipo Doc                                                    | Documento                                                                                                                              | Órgão Emissor          | Data Emissão    | Sexo          | Estado Civil | Raça/Cor |
|                                                             |                                                                                                                                        |                        |                 | F             |              | PARDA    |
| Mãe                                                         | Pai                                                                                                                                    | Contato                |                 |               |              |          |
| MARIA LUCIA SANTOS DE SOUZA                                 | NI                                                                                                                                     | (95) 99133-6375        |                 |               |              |          |
| Endereço                                                    | Ocupação                                                                                                                               |                        |                 |               |              |          |
| RUA - CIDADE DE CASCAVEL - SN - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR |                                                                                                                                        |                        |                 |               |              |          |
| Class. de Risco                                             | Plano Convênio                                                                                                                         | Nº da Carteira         | Validade        | Autorização   | Sis Prenatal |          |
|                                                             | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                                                                           |                        |                 |               |              |          |
| Motivo do Atendimento                                       | Caráter do Atendimento                                                                                                                 | Profissional do Atend. | Procedência     | Temp.         | Peso         | Pressão  |
| ACIDENTE DE MOTO                                            | URGÊNCIA                                                                                                                               |                        |                 |               |              |          |
| Sector                                                      | Tipo de Chegada                                                                                                                        | Procedimento Sol.      | Registrado por: |               |              |          |
| GRANDE TRAUMA                                               | SAMU CAPITAL                                                                                                                           |                        | ANTONIA.SOARES  |               |              |          |
| Queixa Principal                                            | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                 |               |              |          |

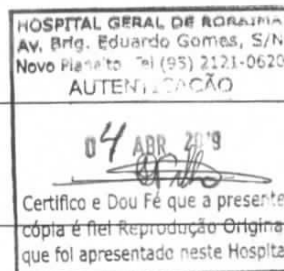
Anamnese de Enfermagem

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)

Acidente de moto  
colisão frontal.

Exame Físico



Hipótese Diagnóstica

Fratura fêmur

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Medicados no SAMU!

*[Handwritten signatures and notes in the observation column]*

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação

Admissão Ontem

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares  
Data Hora: 05/12/2018 17:16:37

© 2018  
HOSPITAL - Roraima em Tecnologia  
Obr - Hospital de Roraima  
Roraima, 12 de Maio de 2018

Marcia Freire  
Médico  
CRM/RB 1613



1801043280

501317



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001473/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2019 09:58 Data/Hora Fim: 21/01/2019 10:18  
Origem: Polícia Judiciária Data: 21/01/2019  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 05/12/2018 16:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Avenida Princesa Isabel

Bairro: Caimbé

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLARISSA SANTOS DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1981  
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Maria Lucia Santos de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 855.760.342-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Cidade Cascavel  
Complemento: Casa  
Bairro: Equatorial  
Telefone: (95) 99133-6375 (Celular)

Nº: 401



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                                |                                                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo</b> Veículo                           | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta                                  |
| <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 855.760.342-87 | <b>Placa</b> NUK5607                                                  |
| <b>Renavam</b> 01162046764                     | <b>Número do Motor</b> KD10E0J009611                                  |
| <b>Número do Chassi</b> 9C2KD1000JR009610      | <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2018                                |
| <b>Cor</b> BRANCA                              | <b>UF Veículo</b> Roraima                                             |
| <b>Município Veículo</b> Boa Vista             | <b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR 160 BROS                                |
| <b>Modelo</b> HONDA/NXR 160 BROS               | <b>Veículo Adulterado?</b> Não                                        |
| <b>Quantidade</b> 1 Unidade                    | <b>Situação</b> Envolvido                                             |
| <b>Última Atualização Denatran</b> 23/08/2018  | <b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA |



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 21/01/2019 10:19  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001473/2019

| Nome Envolvido           | Envolvimentos |
|--------------------------|---------------|
| Clarissa Santos de Souza | Proprietário  |

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também já descrita acima. Que estava parada atrás de um ônibus, aguardando o embarque de passageiros no mesmo. Que foi colidida na traseira por um veículo (SABENDO APENAS INFORMAR TRATAR-SE DE UMA CAMINHONETE DE COR BRANCA). Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. Que no local não teve atendimento policial. Que o condutor do veículo ocasionador permaneceu no local até o seu resgate. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 04200090  
Jefferson Inácio Araújo  
Responsável pelo Atendimento



Clarissa Santos de Souza  
Clarissa Santos de Souza  
(Comunicante / Vítima)

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190079488  
Vítima: CLARISSA SANTOS DE SOUZA  
Data do Acidente: 05/12/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLARISSA SANTOS DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 01669/01670 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060835



Carta nº 13914580





44,0 %

CLARISSA SANTOS SOUZA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

44,1 %

5/12/2018 17:51:47