



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.317B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR.1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR.340B

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Alessandro Bezerra Santos, brasileiro(a),
menor impúbere, neste ato representado(a) pelo seu genitor(a)
Emerson de Souza Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: _____,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 359824 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 005.348.792-33, residente e domiciliado (a) na
Rua: Felipe Xaud, nº 2448, Bairro:
Boa Branca, no município Boa Vista /RR,
telefone: 98223-1831/99142-2499 - e-mail: paulosergioem@redmail.com
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomcia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR.
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista /RR 13, de maio de 2019.

Emerson de Souza Santos

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178

Dra. Paula Rafaela Pulha de Souza
OAB/RR 3408

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Endermon De Souza Santos,
estado civil União Estável, RG nº 3598244, e CPF
nº 005.348.792-33, residente e domiciliado (a) na
Rua: Felipe Xaud, n: 2448 Bairro:
Ana Branca, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 98423-1834/991422479.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista - RR, 13 de Maio de 2019.

Endermon de Souza Santos
DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **ENDERSON DE SOUZA SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA: **3598241 SSP RR**

CPF: **005.348.792-33** DATA NASCIMENTO: **20/07/1994**

FUNÇÃO: **EDMILSON DOS SANTOS SILVA MARIA DO DESTAHO SOUZA DOS REIS**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **PERMISSÃO** CAT. HABIL: **2E**

IPRESSOR: **06613770271** VALIDADE: **05/05/2017** 1ª HABILITAÇÃO: **05/05/2016**

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1239478864

OBSERVAÇÕES

ENDERSON DE SOUZA SANTOS
CORREÇÃO DO PORTADOR

LOCAL: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSÃO: **06/05/2016**

05375808425
RR208702334

ASSINATURA DO CRIADOR

DETRAN - RORAIMA

PROVIDO PLASTIFICAR
1239478864

DEUSDETE COELHO FILHO
 OFICIAL DE REGISTRO DAS PESSOAS NATURAIS
 Maria de Jesus S. Roche
 Rita de Cassia Mello Coelho
 Aurea Virginia Mello Coelho
 Carolina Mello Coelho
 Substitutos
 BOA VISTA - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ALESSANDRO BEZERRA SANTOS

MATRÍCULA
096758 01 55 2013 1 00397 058 0168461 01

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO):
 MINTE E OITO DE OUTUBRO DE DOIS MIL E TREZE

DIA	MÊS	ANO
28	10	2013

HORA: 17:03
 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO: Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO: Boa Vista / RR
 LOCAL DE NASCIMENTO: Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth
 SEXO: masculino

DECLARAÇÃO: ANDERSON DE SOUZA SANTOS e SHEILA CARLOS BEZERRA.

AVÓS
 PATERNOS: EDIMILSON DOS SANTOS SILVA e MARIA DO DESTERRO SOUZA DOS REIS
 MATERNO: PEDRO CARLOS PEREIRA e FRANCISCA CARLOS BEZERRA

GÊMEO(S): NÃO
 NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S):

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO): TRINTA DE OUTUBRO DE DOIS MIL E TREZE
 NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO: 30-60476614-0

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:
 Declarante o pai.

Nome do Ofício:
 Tabelionato Deusdete Coelho - 1º Ofício
 Oficial Registrador: Deusdete Coelho Filho
 Município: Boa Vista / RR
 End.: Av. Villa Roy, 5623-E
 Cep: 69301-000 Fone: 95-36243050
 Email: tabdeus1@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fe.
 Boa Vista / RR 30 de outubro de 2013

Damiano Pereira
 Escrevente Designado



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
23381-1

000085834

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Boleto B-1
Regime especial de impressão autorizado pela DIFAZ 305/13

Nº da Nota Fiscal
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 20 de abril de 2002

SETEMBRO/2016	11/10/2016	CONSUMO	424	TOTAL A PAGAR	223,04
EDIMILSON DOS SANTOS SILVA R. FELIPE XAUD 2448 - ASA-BRANCA CPF: 00013150996830 CEP: 69.312-255 - BOA VISTA					
ROT: 5.001.12.06.022200					

DADOS DA LEITURA		KVAh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19699			Atual:	25/08/2016
Anterior:	1,000			Anterior:	25/10/2016
Constante de Multiplicação:	424			Próxima Leitura:	26/09/2016
Consumo Medido:	424	FCAM		Emissão:	26/09/2016
Consumo Faturado:	NORMAL			Apresentação:	32

Forma de Faturamento: Fator de Potência: Usos do Consumidor:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
COMERCIAL	Luzes	BI Ligação	F2007641	M IS02571	3:1:1:2	Méda 424

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO	VALOR
AGO/16	426	DEVOLUCAO RES. 395/09 07/16-	1,61-
JUL/16	318	CORRECAO MONETARIA DA 07/16-00	0,02
JUN/16	317	CORRECAO MONETARIA IG 07/16-00	1,12
MAI/16	318	MULTA POR ATRASO DE I 07/16-00	0,37
ABR/16	414	JUROS DE MORA POR ATR 07/16-00	0,07
MAR/16	375	MULTA POR ATRASO 07/16-00	2,21
FEV/16	341	JUROS DE MORA DE IMPO 07/16-00	0,66
JAN/16	495	ILUMINACAO PUBLICA	12,48
DEZ/15	497		
NOV/15	456		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 424 - R\$ 406,640

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 08/2016 182,16

Atenção: consumidor atente e suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/10/2016, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 41,52% RESOLUCAO ANEEL N 1.979 DE 27.10.15. CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENT EXERCA A CIDADANIA, NAO VENDA SEU VOTO!
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

CA44.DC07.7018.97D4.048A.595A.C3AE.CE94

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	81,67	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	35,31
Transmissão:	11,55	Valor do ICMS:	0,00
Encargos:	35,31	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Índice	DIC			FIC			OMIG		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Índice	5,67	11,34	22,69	4,35	8,71	17,42	3,29		
Realizado	2,55						6,00	0,83	
Componente	FLORESTA						Período de cobrança	07/2016	36,57

ROT: 5.001.12.06.022200

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 23381-1
TOTAL A PAGAR - R\$: 223,04

MÊS FATURADO: 09/2016
VENCIMENTO: 11/10/2016

Nº da Nota Fiscal: 000085834 FCAM

8366000002 7 23040075000 9 00000000023 2 38110916008 9





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029637/2016-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2017 13:02 Data/Hora Fim: 26/06/2017 13:21
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM SÉRIE J Nº: 805418 Data: 14/09/2016
 Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/09/2016 19:20

Local do Fato

Município: Boa Vista
 Logradouro: Rua Mestre alvaro com henrique de oliveira gomes

Bairro: Cambará

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ENDERSON DE SOUZA SANTOS (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 22
 Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 2448
 Logradouro: rua Felipe Xaud
 Bairro: Asa Branca

Nome: EDUARDO DE SOUZA SANTOS (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 18
 Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 2448
 Logradouro: rua Felipe Xaud
 Bairro: asa branca

Nome: HADDWAY BRUNO GIMAQUE DO NASCIMENTO (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 21
 Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 737
 Logradouro: rua costa rica
 Bairro: Cauamé

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa LBM7942	Número do Chassi 9BWZZZ377TT248131
Ano/Modelo Fabricação 1997/1996	Cor BRANCA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo VW/GOL PLUS MI	Modelo VW/GOL PLUS MI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029637/2016-ADZ

Nome Envolvido Haddway Bruno Gimaque do Nascimento	Envolvimentos Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa JWP2393	Número do Chassi 9BGSC08ZWWC720386
Ano/Modelo Fabricação 1998/1998	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo GM/CORSA WIND	Modelo GM/CORSA WIND
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido Anderson de Souza Santos	Envolvimentos Possuidor
---------------------------------------------------	-----------------------------------

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP PM Hoje dia 26/06/2017, compareceu a esta especializada o sr. ENDERSON DE SOUZA SANTOS, para descrever a dinâmica do acidente de trânsito. Segundo o mesmo conduzia o veículo de propriedade do sr. BENEDITO FERNANDES DE LIMA, CPF: 339 081 413-20, acima descrito pela rua Mestre Albano sentido bairro/centro, quando ao chegar em um cruzamento um veículo GOL colidiu na traseira de seu veículo. Que tinha como passageiros o seu filho ALESSANDRO BEZERRA SANTOS e seu irmão EDUARDO SOUZA SANTOS. Segundo ele o seu filho ALESSANDRO, em consequência do acidente, veio a quebrar o FÊMUR. Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS



Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar do Estado de Roraima
Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) autor(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Manicada, 1005 / Frazão e Camilhões
 Paciente: Alexandre Bezerra Santos Idade: 22 anos Sexo: M
 Endereço: Rua do Jate Alvaro - Camilhões - Boa Vista
 Nº: 16 139 DATA: 14/09/16 HORA: 18:54 18:58 19:10
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Roman

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>Carro</u>	MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão animal Outros: <u>Violência</u>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVILIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <u>e</u>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Mucos <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Avil. Neurológica GAVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>19:06</u>							<u>NAO FOI POSSIVEL AFERIR SSVV</u>	
Fim								

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Atumamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Erisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Peixe <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	

AVILIAÇÃO CARDIACA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

GRAVIDADE COMPROVADA: ILESO PEQUENA MORTE

Leidiane Nobles
 CRM-RR 1695

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros:

EM: 21 130 106
Stephanie
12:36h

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

Iniciada as: Término as:
 RCP com sucesso

CHAMADA 1687
 ALEXANDRE BEZERRA SANTOS

AVILIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro do acidente)

AVILIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

INX.
NOTIFICAD
DATA: 14/09/2016
ASS: [Signature]

Classificação de Risco Emergência		BE-Boletim de Entrada 88705	Data e Hora de Entrada 14/09/2016 19:33:26	
Prontuário 285165	Cartão SUS: 898004085579276	Data Nascimento 28/10/2013	Idade 2 anos e 10 meses	
Nome ALESSANDRO BEZERRA SANTOS.			Telefone 991966237	
Mãe SHEILA CARLOS BEZERRA	Endereço (PAI)		Responsável PAI	
Endereço rua felipe xaud N: 2448	Bairro ASA BRANCA	Cidade Boa Vista		
Altura	Peso 1,11	Frequencia	Pulso C	Temperatura 0,00
PA				

Queixa Relatada na Entrada
ACIDENTE DE TRANSITO/TRAUMA NA PERNA DIR.

reve Histórico/Observações/Dados Clínicos: ~~107:305~~ Mãe criança trazida pelo SAMU e história de colisão carro/ carro oculto em via pública a cerca de 30min. Pai não lembra, vômitos ou vômito após acidente, criança não estava no colo da mãe durante acidente permaneceu dentro do veículo e no colo do pai.
Ao exame: Pup. arredondado, colobocástico e comensal da equipe.
RP: nu ⊕ SRA Bil

Prescrição: Pbd: ~~fechada~~ Semi flexão, RHA ⊕, indolência
Ext: Perna ⊕ imobilizada e suspenso de luxação.
CD: Solicito RX TÓRAX
RX de MMFD.
Solicito avaliação neta de ymo
20:40 ortopedico prof [Signature] ac. Trauma
at A7 [Signature] obstal ⊕
197 2'' [Signature] + [Signature] ⊕ [Signature] [Signature]
O2 = tala
+ injeção

Leidi da Nobles
Médica
CRM 12602

SINISTRO 3170282352 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALESSANDRO BEZERRA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE
SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO ALESSANDRO BEZERRA SANTOS

CPF/CNPJ: 00534879233

Posição em 13-05-2019 18:00:19

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/11/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50