



CHUF: 01.032.470001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 30.095.426-3
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 08.306-410



0800 280 9520

Matrícula: 504602

Agosto/2019

Dados do Cliente:

CLEANEZA MARGUES DO NASCIMENTO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA BONITA, NUM. 673 - BAIRRO DO
SOL BOA VISTA RR 69016-016

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.099.0060.000	11	2726	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0
201903 10-0
201902 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5442 / 2005 G.M.					
PROTEGIDA	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
100	100	100	100	100	100
200	200	200	200	200	200
300	300	300	300	300	300

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 07/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO: 15/09/2019

TOTAL A PAGAR

48,51

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
504602	08/2019	15/09/2019	48,51

826500000000-3 48510004001 6 00050460201-2 08201910003-9



IMPRESSO EM: 05/08/2019 10:52:32

Via do Cliente

Via da CAERR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - SP

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de Imposto de Renda pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543	Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276	Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267	Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267	Apresentação:	23/07/2019
	FCAM		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	11F0800955 M 14/1301	1.1.1.1		23,53

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,764602 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA 10 05/19-00 0,83
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE INPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição
06/2019	148,63	Parcela anterior da conta de energia elétrica a vencer em 01/07/2019. Valor devido por atraso de 15 dias em 01/07/2019. Valor devido em 01/07/2019. Valor devido em 01/07/2019.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO 1.6.11.16.21.26

RESERVADO AO FISCO DE 75. C105.6B3A. 03DA.50B9. E3LB.4B69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0070349-4

TOTAL A PAGAR - R\$

237,56

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

06/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003301566 FCAM

836200000002 1 37560075000 0 0000000000 0 3 34940/19008 2



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT. LEIT.: 23/07/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT. VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Anderson do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.506.442 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Rayssa Nascimento Belo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. CCS</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Bairro Mariana</u>	Cidade <u>Bom Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-050</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>959133-3855</u>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Bom Vista, 29 de agosto de 2019
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, Claudilene Feitosa Carvalho
RG nº 3091422, data de expedição 18/10/16
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 881.931.012-00
com domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de
Roraima, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Lajezeira, nº 103,
complemento Lame Mourão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Roussse do Nascimento Belo, cujo o condutor era
Claudilene Feitosa Carvalho
Veículo: Motorcycle Modelo: CG 125 TITAN ES Ano: 2002/2003
Placa: WAK4106 Classi: 9C25C30203R114722
Data do Acidente: 09/10/18

Local e Data: Bom Vista/RR, 28/8/19

 CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO

Claudilene Feitosa Carvalho

Assinatura do Declarante

 CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO

Claudilene Feitosa Carvalho

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Dantas, 404 - Boa Vista - RR

 **DANIEL AQUINO**

137.773.5466/0871853
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de CLAUDILENE FEITOSA CARVALHO

Em testemunho da verdade, RPV
De que dou fé, Bom Vista/RR, 28 de agosto de 2019
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidades.pertugall.com.br

REC/FIR188296041198UCVDSZP26 / REC/FIR18829606JNPCAAPYFN2ZL27 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos ISS: R\$ 1,10 SELO: R\$ 3,00 Total: R\$ 9,00

137.773

137.773

137.773

GENTE SEGURODORA 844

Joe Cappello Jr. **DEPUTY, 4th - Doug Vento -**

1245 Urgência/Emergência

99695 Urgência/Emergência

100113 Internação

101031 Externo

107070 Ambulatoria

107120 Externo

119104 Externo

119062 Ambulatoria

14/01/2018

19/10/2018

20/10/2018

23/10/2018

09/11/2018

08/11/2018

14/12/2018

14/12/2018

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Saxo:

ד

Normes:

RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Also:

MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

1191

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

PRONTUÁRIO

191

157



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Sexo:

Data de Nascimento: / /

Endereço:

Bairro:

Bloco: Leito:

ALTA HOSPITALAR

() Médica

() A pedido

() Evasão

Data da Alta: / /

Médico:

Hora:

ÓBITO

Data do Óbito:

Hora:

Alestando foi preenchido: () Sim () Não

Caso de Polícia: () Sim () Não

Entregue a Família: () Sim () Não

TRANSFERÊNCIA

Transferido de:

Transferido para:

REMOÇÃO

Removido de:

Removido para:

Data da Emissão: / /

Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável

ANG. DE ANISTROS - DE MAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cangaíba, 400 - Boa Vista - RJ



99695

Senha: UE0087

Urgência
Acidente
Idade: 9 Anos / 10 Meses / 15 Dias

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 1191 Data Nascimento: 04/12/2008
Nome do Paciente: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO
Sexo: FEMININO
Endereço: RUA ESTRELA BONITA Naturalidade: BOA VISTA
Bairro: RAIAR DO SOL
CEP: 69316019 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991204180
Nome da Mãe: MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA/ CNS: 898002738535951

Número: 673

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 99695 Data Atendimento: 19/10/2018 11:50:09 Data Classificação: 19/10/2018 11:50
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: PRIMEIRA CONSULTA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO
Observação: *ALCEGA'S*
Peso: 0 KG Temp.: 0 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
19/10/2018 11:50
VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - BR

ANAMNESE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

*11508 -> ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CARRO MOTO) HA NÍVEL HOMEN
VEN TRAZIDA PELA SAU, EM PENSA RIGIDA, INIBIDA.
Y NGA desmola/contos
Lm ANALISE CHOCOSAL CINGBOWIS
LAC - RCB 2150 REF POR EM PLATA (D) COM ESCALOPES
ON ROSTO... SEM SPINORA MOTO ATUAL. SAU GET
DIPKAM 16 (E) 81 CASA, OLHO SAU GESS*

EXAMES SOLICITADOS:

DRX -> GEL SAU GESS

CONDIÇÃO

[Signature]

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

Paciente: Rayssa Do Nascimento Belo	Sexo: Feminino	Nasc: 04/12/2008	Idade: 10 ANO
Solicitação: 10009528 Número interno:	Solicitante: ANA PAULA THOME SILVA CRM-RR 1408		
Origem: HCSA	Sector: Bloco F	Leito: Leito 01	
Data de Emissão: 25/10/2018 17:43	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 1000952801

DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE

Material: OBSERVACIONAL

Métodologia: M35 - Tempo De Duke

TEMPO DE SANGRIA

Resultado

0'45" Min

Referência

1.0 - 4.0 Min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M39 - Lee-white

RETRAÇÃO DO COAGULO

Resultado

5'45" Min

Referência

4.0 - 10.0 Min

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M31 - Indeterminada

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

13 seg

Referência

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.13

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

43 seg

25.0 - 39.0 seg

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

78.6 %

70.0 - 100.0 %

Notes

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



(Signature)

Dra. Lourença Lourenço de
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 272

Responsável Técnico: Wallace Bruno Ferreira Garcia - Responsável Técnico - CRF - RR 211

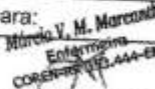
Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/10/2018 18:16

(*) Resultado

Página 1 de 1



 HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO		NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA		 Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nº do Prontuário: 1191		Nome do Paciente: KAYSSA DO NUMUNENTORSELO			
Sexo: F	Data de Nascimento: 04/12/2005		Endereço: Rua Titrebo Bonita 673		
Bairro: VILA DO SOL		Bloco: F	Leito: 13		
ALTA HOSPITALAR					
☒ Médica		☐ A pedido			
☐ Evasão					
Data da Alta: 20/10/18		Médico: [assinatura]	Hora: 12:50		
ÓBITO					
Data do Óbito:		Hora:			
Atestado foi preenchido: ☐ Sim ☐ Não		Caso de Polícia: ☐ Sim ☐ Não		Entregue a Família: ☐ Sim ☐ Não	
TRANSFERÊNCIA					
Transferido de:		Transferido para:			
REMOÇÃO					
Removido de:		Removido para:			
Data da Emissão: 20/10/18		 Mônica V. M. Marcondes Enfermeira COREN-RJ 012.444-610			
		Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável			



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

NOTIFICAÇÃO DE SAÍDA



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Prontuário:	1191	Nome do Paciente:	RAYSSA DO NASCIMENTO		
Sexo:	F	Data de Nascimento:	04/12/2008	Endereço:	Rua Cidelo Bonita 673
Bairro:	PAVÃO DO SOL	Bloco:	F	Leito:	13

ALTA HOSPITALAR

☒ Médica	() A pedido	() Evasão			
Data da Alta:	20/10/18	Médico:	M. M. M.	Hora:	12:50

ÓBITO

Data do Óbito:		Hora:			
Atestado foi preenchido:	() Sim () Não	Caso de Polícea:	() Sim () Não	Entregue a Família:	() Sim () Não

TRANSFERÊNCIA

Transferido de:		Transferido para:	
-----------------	--	-------------------	--

REMOÇÃO

Removido de:		Removido para:	
--------------	--	----------------	--

Data da Emissão	29/10/18	Assinatura da(o) Enfermeira(o) Responsável	Miranda M. Marinho Enfermeira 353444-ENV
-----------------	----------	--	--



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 00000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CNS:

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Idade:

9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO13



Serviço Social

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☒ Visita ao Leito | ☐ Mediação de Conflitos | ☒ Acolhimento | ☐ Autorização |
| ☒ Escuta Qualificada | ☐ Viabilização | ☐ Visita Domiciliar | ☐ Relatório Situacional |
| ☒ Contato Familiar | ☒ Orientação | ☐ Visita Inst. | ☐ Busca Ativa |
| ☐ Contato Institucional | ☐ Articulação entre setores internos | ☐ Conserv. de Corpo | ☐ Reunião Multidisciplinar |
| ☐ Estudo de Caso | ☐ Encaminhamento | ☐ Registro Social | ☐ Declaração |
| ☐ Outras Demandas | ☐ Contra Referência | ☒ Entrevista Social | ☐ Palestra |
| | | ☐ Agendamento | ☐ Certidão de Nascimento |

Observações:

GENITORA RECEBE ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO REFERENTE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE.

Boa Vista - RR QUARTA-FEIRA, 24 DE OUTUBRO DE 2016

Assinatura do Responsável

TANIA MARIA C. LIMA DE ARAUJO SILVA

Assinatura e Carimbo

CRESS: 3801

AM/RR



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 000000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Data Nascimento: 04/12/2008 Idade: 9

Unidade de Internação e Leito: BLOCO F-LEITO13

CNS:

898002738535951



Ocupação do Pai e Local de Trabalho? NÃO SABE INFORMAR

Ocupação da Mãe e Local de Trabalho? DIARISTA

Possui outra fonte de renda? Qual? NÃO

Possui agregado(s) em casa? NÃO PARENTESCO:

Número de filhos: 3 filhos - 7 anos, 4 anos que reside com o genitor e a criança em tela

Residência: cedida TIPO DE MORADIA: ALVENARIA

QTD cômodos: 5

TIPO DE ABASTECIMENTO DA ÁGUA? REDE PÚBLICA

ESCOAMENTO SANITÁRIO? FOSSA SÉPTICA

SITUAÇÃO HABITACIONAL: BAIRRO

Recebe algum programa de transferência de renda: BOLSA FAMÍLIA R\$

294,00

RENDAS FAMILIAR:

NÚMERO DE FILHOS:

NASCIDO VIVOS:

PERDAS FETAIS/ABORTOS:

IGNORADO:

TIPO DE GRAVIDEZ:

ÚNICA:

DUPLA:

TRIPLA A MAIS:

IGNORADO:

TIPO DE PARTO:

VAGINAL:

CESÁREO:

IGNORADO:

* PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

V - CONDUÇÃO PROFISSIONAL/ ACOMPANHAMENTO:

GENITORA RECEBE ACOlhIMENTO E ORIENTAÇÃO REFERENTE AS NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE.

QUARTA-FEIRA, 24 DE OUTUBRO DE 2018

TANIA MARIA C. LIMA DE ARAUJO SILVA

CRESS: 3801

ASSINATURA

AM/RR



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atend: Paciente:

00100113 00000119 RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CNS:

898002738535951

Data Nascimento:

04/12/2008

Idade:

9

Unidade de Internação e Leito:

BLOCO F-LEITO13



FICHA SOCIAL

I - IDENTIFICAÇÃO GERAL

DATA DO ACOLHIMENTO: 24/10/2018

DIAGNÓSTICO: ORTOPEdia - ACIDENTE DE TRANSITO MOTO X CARRO

LEITO: BLOCO F-LEITO13

II - DADOS DO PACIENTE

NOME: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

DATA DE NASCIMENTO: 04/12/2008

IDADE: 9 Anos 10 Meses 20 Dias

SEXO: FEMININO

PESO AO NASCER:

EXCLUSIVO PARA MENORES DE 1 ANO

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURALIDADE: BOA VISTA

PAI: LEONARDO DA SILVA BELO

IDADE: 27

ESCOLARIDADE:

MÃE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

IDADE: 28

ESCOLARIDADE: Médio -Completo

ENDEREÇO: RUA ESTRELA BONITA,Nº 673 - CASA 8 RAIAR DO SOL

PONTO DE REF.:

CIDADE: BOA VISTA

TELEFONE: 99120- 4180 MÃE/ 99132-3609 PAI

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

PARENTESCO: MÃE

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: SIM

ATUALIZADO: NÃO

POSSUI REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO: SIM

APRESENTA ALGUMA DEFICIENCIA: NÃO

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUMBENEFICIO, QUAL?

AZ ACOMPANHAMENTO NA REDE, QUAL?

ESTUDA: SIM

ANO: 3º

TURNO: VESPETINO

ESCOLA: MUNICIPAL OLÁDIO BATISTA DA SILVA

CARTÃO SUS: 898 0027 3853 5951

É VINCULADO A UBS, QUAL?

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR OUTRAS VEZES? NÃO

PAIS SEPARADOS? SIM

EM PROCESSO DE TFD? NÃO

III - PACIENTE EM TRÂNSITO

☐ SIM ☒ NÃO

LOCAL DE ORIGEM?

INDÍGENA?

SE SIM, QUAL ETNIA?

POSSO FAMILIARES OU AMIGOS DOMICILIADOS EM BOA VISTA?

NOME:

PARENTESCO:

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

IV - SITUAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO O SUSTENTO DA FAMÍLIA? GENITORA





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe: *Sim*

- Nome do procedimento realizado. *TTO Cirurgico de tipo de ferimento*
traumático transesquelético

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:
☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?
☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?
não se aplica
☐ SIM ☒ NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura : *Isabel Filizzola*

Isabel Filizzola
ENFERMEIRA
CURFV-RR-6074



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

Data - 19/10/2018

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

Pront. 1494

idade 9a 10m

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

1- Identificação do paciente:	Rayssa do Nascimento Belo
2- Local da Cirurgia a ser feita:	MID
3- Procedimento a ser realizado:	Tracção Transequelética
4- Consentimento informado realizado:	() SIM (X) NÃO
5- Checagem do Equipamento Anestésico:	(X) SIM () NÃO
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando:	(X) SIM () NÃO
7- O Paciente tem Alguma Alergia?	() SIM (X) NÃO
- Sim, alergia a quê?	
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração?	() SIM (X) NÃO
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas?	(X) SIM () NÃO
10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)?	() SIM (X) NÃO
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição?	(X) SIM () NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:	
- Cirurgião: Dr. Fomito	Cirurgião Auxiliar: R. Dr. Marcus
- Anestesista: Dr. Lúcio	Instrumentador: Dr. Lúcio
- Enfermeiro (a):	Dr. Lúcio
- Técnicos de Enfermagem:	Dr. Lúcio
2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião (X) SIM () NÃO	
Há passos críticos na cirurgia () SIM (X) NÃO	
3- Qual sua duração estimada?	(X) 1 Hora () 2 Horas () 3 Horas () Outras
4- Há possíveis perdas sanguíneas?	() SIM () NÃO
5- Revisão do Anestesista:	
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente?	() SIM () NÃO
6- Revisão da Enfermagem:	
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico?	(X) SIM () NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?	() SIM (X) NÃO
7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?	() SIM (X) NÃO
8- Exames de Imagem estão disponíveis?	(X) SIM () NÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe: *Sim*

- Nome do procedimento realizado: *TTO Cirurgico Fratura Femur*

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:
☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?
☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?
☐ SIM ☒ NÃO *nao se aplica*

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Isabel Filizzola
ENFERMEIRA
CJRFN-RR 56704

Assinatura : *Isabel Filizzola*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

Data 26/10/2018

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

Pont 3391
idade 9 anos.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Rafessa do Nascimento Belo
- 2- Local da Cirurgia a ser feita: _____
- 3- Procedimento a ser realizado: TTO Cirurgico de Amnion (B)
- 4- Consentimento informado realizado: () SIM (X) NÃO
- 5- Checagem do Equipamento Anestésico: (X) SIM () NÃO
- 6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando: (X) SIM () NÃO
- 7- O Paciente tem Alguma Alergia? () SIM (X) NÃO
- Sim, alergia a quê? _____
- 8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? () SIM (X) NÃO
- 9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? (X) SIM () NÃO
- 10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)? () SIM (X) NÃO
- 11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? (X) SIM () NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: D. Gonçalves Cirurgião Auxiliar: Dr. Marcus B. W. R.
- Anestesista: Dr. J. J. J. Instrumentador: Dr. J. J. J.
- Enfermeiro (a): Dr. J. J. J.
- Técnicos de Enfermagem: Dr. J. J. J.
- 2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião (X) SIM () NÃO
Há passos críticos na cirurgia () SIM (X) NÃO
- 3- Qual sua duração estimada? (X) 1 Hora () 2 Horas () 3 Horas () Outras
- 4- Há possíveis perdas sanguíneas? () SIM (X) NÃO
- 5- Revisão do Anestesista:
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? () SIM (X) NÃO
- 6- Revisão da Enfermagem:
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? (X) SIM () NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () SIM (X) NÃO
- 7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
(X) SIM () NÃO
- 8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM () NÃO



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital da Criança Santo Antonio
FICHA DE PRÉ-ANESTESIA

IDENTIFICAÇÃO					
NOME: <u>Rafaela do Nascimento Belo</u>		IDADE: <u>9</u> Anos		Meses	
SEXO: <u>F</u>		COR: <u>Bela</u>		REGISTRO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur</u>					
CIRURGIA PROPOSTA:			CIRURGIÃO:		
ANESTESIA PROPOSTA: <u>Geral</u>			DATA: <u>/</u> <u>/</u>		
ANAMNESE					
SIM	NÃO		SIM	NÃO	
	☒	1-Está ou esteve resfriado nas últimas 2 semanas?		☒	8-Teve Hepatite? Malária? Febre Amarela? Dengue?
	☒	2-Está ou esteve com alguma doença nas últimas 2 semanas?		☒	9-Toma Algum medicamento? Qual?
☒		3-Tem alergia a algum medicamento ou substância? <u>Paracetamol</u>		☒	10-A mãe teve alguma complicação durante a gravidez? (Hipertensão, diabetes, outra).
	☒	4- Sangra mais quando se fere ou tem sangramento espontâneo? (gengiva, nariz).		☒	11-Alguma complicação ao nascimento? (demora a chorar, aspiração pulmonar, foi para UTI).
	☒	5-Já apresentou convulsão? Crise/ano, data da última crise, fator desencadeante.		☒	12-Nasceu prematuro? Informe: idade gestacional, peso ao nascer, tempo de assistência na UTI, atual idade pós-conceitual.
	☒	6- Tem alguma doença crônica? (diabetes/HAS/Hemofilia/doença neuromuscular ou outras).	☒		13- Já foi anestesiado antes? Alguma complicação durante anestesia? <u>Complicação</u>
	☒	7- Tem alguma doença no coração, pulmão, rins ou fígado?		☒	14-Algum problema com anestesia com parentes diretos?
Nº <u> </u> Comentários dos dados positivos			Dados Vitais		
			Peso Atual: <u>30</u> Peso ao nascer:		
			FC: FR: Temp:		
			Eupnéico ☒ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐		
			Anictérico ☒ Ictérico ☐ Corado ☒		
			Descorado ☐ Hidratado ☒		
			Desidrat. ☐ Acianótico ☒ Cianót ☐		
Data	Exames Complementares		Cabeça / Pescoço		
	Ht: <u>29,8</u> Hb: <u>10,1</u> Plq: <u>315.000</u>		<u>s/ ost.</u>		
	Glic: <u>UR 29,93</u> Cr: <u>0,67</u>		Tórax/Abdome		
	Na: K: Ca:		<u>s/ ost.</u>		
	TC: <u>4'25"</u> TS: <u>2'50"</u> TT:		SNC/Coluna /MMII		
	TAP: <u>55%</u> RNI: <u>142,1</u> TTPA: <u>50"</u>		<u>s/ ost.</u>		
	Rx se tórax:				
	ECG:				
	ECO:				
	Aval. Clínica: <u>Obstet. Resultado do</u>				
	Outros: <u>ecolograma</u>				
Estado Físico ASA <u>I</u>			Data: <u>25/10/18</u> Anestesista: <u>Ana Paula Thomaz</u> <u>MDA Anestesiologista</u> <u>CRM 1408</u>		



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

26/10/18



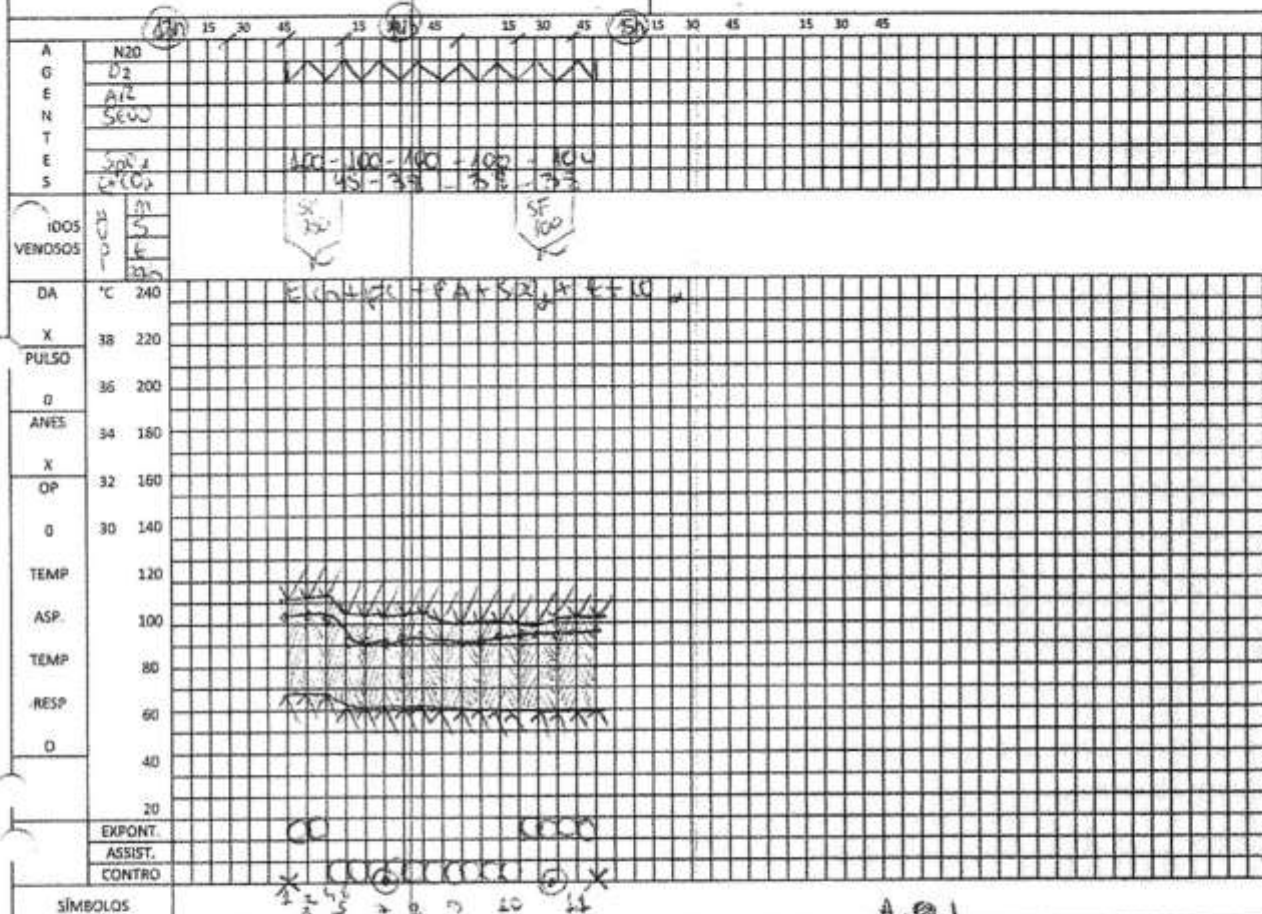
PREFEITURA
BOA VISTA
Tributar a Cidadania

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

sem medicação

Nome: Rayssa do Nascimento Belo
Oa P=

Prontuário



SÍMBOLOS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

A. B. C.

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanyl	100 mcg	Anestesia Geral Vênosa + Intubação	1. Fentanyl 100 mcg (intubação)
B. Propofol	100 mg	Intubação	2. Propofol 100 mg
C.		Intubação	3. Ca + SGO na máscara facial
D.		Intubação	4. TOT + VAC
E.		Intubação	5. Propofol 100 mg
F.		Intubação	6. O ₂ + AIZ (FIO ₂ = 0,4) + SGO 3%
G.		Intubação	7. Oximetria 4mg
GLICOSE		Intubação	8. Amoxicilina 4mg
INDICE G.I.	350 mm	Intubação	9. Lidocaina 1mg
SANGUE		Intubação	10. Lidocaina 0,1mg
		Intubação	11. Aparelho VAS - Extubação
TOTAL	350 ml	13:40h a 14:50h = 01h 10 min	12. Segue a SAPH
OPERAÇÃO	Tórax esquerdo em fêmur direito.		13. Siringa - Equilíbrio - Sódio - Depressão
ANESTESISTAS	Dr. Jeaniffer Cruz	COD CIRURGIÃO	Hemorragia - Antídoto - Boli
	Dr. Jeaniffer Cruz	Dr. Jonathan / Marcos	Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito
	Dr. Jeaniffer Cruz		Taquicardia - Choque
			PERDA SANGÜÍNEA

Dr. Jeaniffer Cruz
Anestesiologista
CRM/RJ 1427 ROE-211

DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA



19/10/18 - Emergência

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Levomepromid 0.5mg
Propofol 14h
13h 14h 15h

Nome: Rayssa do Nascimento Selo

Prontuário 9a, 130kg

A G E N T E S	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
		2											
LIQ. V. VENOSOS	AUX. V. P	8h 200	8h 200	8h 200									
DA	°C	240											
X	38	220											
PULSO	36	200											
O	34	180											
ANES	X	32	160										
OP	O	30	140										
TEMP	120												
ASP.	100												
TEMP	80												
	60												
	40												
	20												
EXPONT.													
ASSIST.													
CONTRO													

SÍMBOLOS		DOSES TÉCNICAS		ANOTAÇÕES	
AGENTES	A	Barbiturato 0.5. 10mg	• Indução anestésica hiperbárica	x Monitoragem: SpO2/ECG/	
B			• 10mg Paracetamol 12-14h	Pain	
C			• 10mg Propofol 2-4h	1) O2, 100% 2) Humid. sob CN	
D			• 10mg Propofol	3) Preppic e Antiespasmódico de rotina	
E			• 10mg Propofol	4) 10mg Propofol 10-15mg	
F			• 10mg Propofol	5) 10mg Propofol 10-15mg	
G			• 10mg Propofol	6) 10mg Propofol 10-15mg	
GLUCOSE				7) 10mg Propofol 10-15mg	
NOÇO				8) 10mg Propofol 10-15mg	
SANGUE				9) 10mg Propofol 10-15mg	
SA				10) 10mg Propofol 10-15mg	
TOTAL					
OPERAÇÃO					
ANESTESISTAS					

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - PB



D



71.7 %



61.6 %

11/02/2019 17:23:10

11/02/2019 17:23:10

Patient

RAISSA DO NASCIMENTO

DN 136718

Photo

HOSP. DA CRIANCA SANTO ANTONIO

FONE: 099-35381313 TR

Laudo Médico

Royssse do Nascimento Belo, vítima de acidente automobilístico, sendo socorrido no Hospital de Crianças Santo Antônio, onde foi constatado fratura do fêmur direito. Foi tratada com fixador externo. Após alta médica, periciando vem apresentando marcha claudicante à direita, dor a mobilidade passiva e ativa em articulações fêmor, dingo, Coxo-femural direito e joelho direito.

Periciando com sequelas permanentes comprometendo membro inferior direito.

Boa Vista, 02/09/2019




Dr. Francisco F. Farias
Matricula: 043002887
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Tabelião

José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataide Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-121** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **108-F**, sob o Nº. **73229**, está Registrado o assento de **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **quatro de dezembro de dois mil e oito às 08:30**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em **Boa Vista-RR**, filho(a) de **LEONARDO DA SILVA BELO** e **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, avós paternos: **José Francisco Belo** e **Hilda da Silva**, e avós maternos: **Francisco Oliveira** e **Cleangela Marques do Nascimento**.

O registro foi efetuado no dia **5 de dezembro de 2008**

Foi declarante: **A mãe**

Observação: **2ª Via**

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 27 de maio de 2009


Oficial

QUALQUER EMENDA OU RASURA
TORNARÁ NULA ESTA CERTIDÃO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCULO CAUZ

Polegar Direito

Maria Andreleide do N. Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE MINISTROS - DPMAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Duarte, 404 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 301566-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/03/2016

NOME MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

RELACAO

FRANCISCO OLIVEIRA

CLEANGELA MARQUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 07/01/1990

CERT. GERAL CERTO NASC 91008 FLS 149 LIV A-138

1 OF BOA VISTA-RR

988.506.442-72 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IGC

2 VIA

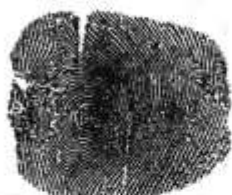
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

CPF

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Fingerprintista da Polícia Civil
Criminal do ICD

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

ÁREA DE SINISTROS - DP/MT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312740/19

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

CPF: 988.506.442-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA : 988.506.442-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RAYSSA DO NASCIMENTO BELO : 988.506.442-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190524289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 16,18.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. FRANCISCO F. FARIAS - CRM 365. PG. 19.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190524289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO **Data do acidente:** 19/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 16,18.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. FRANCISCO F. FARIAS - CRM 365. PG. 19.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maria Andreleme do Nascimento
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Serviços Gerais RG: 301566-1
CPF: 988.506.442-72 ENDEREÇO: Rua Estrela Bonita N.673
BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Boa Vista
CEP: 69336-036

VÍTIMA: Rayssa do Nascimento Belo
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 09/30/2018
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Goncalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Procurador
Nº DO RG: 239733 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 33.30.2016
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: R. CC 33 294 Laura Moreira

PODERES:

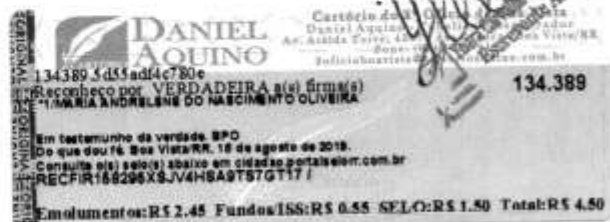
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 35 de agosto de 2019.



Maria Andreleme do N. Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190524289

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **0000015753-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190524289

Vítima: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Data do Acidente: 19/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Rayssa do Nascimento Belo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Rayssa do Nascimento Belo

6 - CPF:

7 - Profissão:

estudante

8 - Endereço:

R. Estrela Bonita

9 - Número:

673

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Paraisópolis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-816

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

959333-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Maria Andreleme do Nascimento

18 - CPF do Representante Legal:

988.506.442-72

19 - Profissão do Representante Legal:

Serviços gerais

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

00035753

AGÊNCIA:

00000000

CONTA:

00000000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 29.08.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Rayssa do Nascimento Belo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Rayssa do Nascimento Belo

6 - CPF:

7 - Profissão:

estudante

8 - Endereço:

R. Estrela Bonita

9 - Número:

673

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Paraisópolis

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-816

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

959333-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Maria Andreleme do Nascimento

18 - CPF do Representante Legal:

988.506.442-72

19 - Profissão do Representante Legal:

Serviços gerais

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3905

CONTA:

00035753

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

10 SET 2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista 29.08.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10 SET 2019



GENTE SEGURADA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041592/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/10/2018 07:45 Data/Hora Fim: 20/10/2018 07:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SEIE J Nº 809772 Data: 19/10/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/10/2018 13:06

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: R. VEREADOR WALDEMAR GOMES

Bairro: Pintolândia

Complemento: ESQUINA R. ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO

Ponto de Referência: CRUZAMENTO DE VIAS

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROP PM SERIE J Nº 809772 (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: DIONATAN GOMES DE ALCANTARA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 36

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4134613

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 690.164.962-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. VEREADOR WALDEMAR GOMES

Nº: 2077

Complemento: CASA

Bairro: PINTOLANDIA

Telefone: (95) 99162-2938 (Celular)

Nome Civil: CLAUDILENE FEITOSA CARVALHO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 30

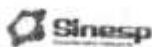
Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 881.931.012-00

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 05/09/2019 12:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041592/2018

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R. CAJAZEIRA
Complemento: CASA
Bairro: Laura Moreira

Nº: 103

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR(a) DELEGADO(a). Informo que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de trânsito, ao chegarmos ao local fomos informados pelos envolvidos que; o item 01 Srº **DIONANTAN** conduzia o **V1 TOYOTA/COROLLA DE COR PRATA DE PLACAS NOM1995** na Rua VEREADOR WALDEMAR GOMES sentido Rua SOLON RODRIGUES PESSOA quando ao chegar no cruzamento com a Rua ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO foi abalroado na lateral esquerda pelo **V2 HONDA/CG 125 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAK4106** que era conduzido pela item 02 Srº **CLAUDILENE** que tinha como passageira a criança **RAYSSA (item 03)** e trafegava na RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAÚJO sentido BAIRRO/CENTRO. Que após o abalroamento entre os veículos, o V1 colidiu no muro da ESCOLA ESTADUAL MARIA DE LOURDES NEVES, vindo a danificar o muro.

Os itens acima relacionados foram atendidos no local pelo SAMU e removidos ao PSE/HGR para atendimento médico especializado. Sendo que a condutora e a passageira com suspeita de fratura pelo corpo. A perícia IC-PCRR foi acionada e realizada pela equipe do PERITO JACI CAETANO. Que os veículos estavam com o licenciamento em atrasos e foram notificados porém foram liberados no local devido a falta de meios (guincho indisponível). Sendo que o V1 ficou na responsabilidade do Srº **RODRIGO FERREIRA DOS SANTOS, RG:4285670 SSP/RR CNH:07136489269**. E O V2 ficou na responsabilidade do Srº **FRANCISCO FEITOZA FERREIRA, RG:102795 SSP/RR CNH:03333250799**. Que a Srº **CLAUDILENE** não possui CNH/PPD e foi notificada e não estar sendo apresentada nesta delegacia devido ter sido removido ao PSE para atendimento médicos. Apresento este relatório para providências.

Era o que tinha a relatar

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho
Agente de Polícia
Matrícula 042000410
Responsável pelo Atendimento

Rop Pm Serie J Nº 809772
(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil Fernando Edson Gregório Gomes
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 05/09/2019 12:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - NR do sinistro ou AS: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Raissa do Nascimento Belo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012

5 - Nome completo: Raissa do Nascimento Belo 6 - CPF: _____

7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: 1 R. Estrela Rorito 9 - Número: 1673 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Princesa do Sol 12 - Cidade: Bea Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.346-816

15 - E-mail: _____ 16 - Celular: 99915-3965

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Monica Landelma do Nascimento

18 - CPF do Representante Legal: 988.506.442-72 15 - Profissão do Representante Legal: Serviço Social

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SPN RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DE INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (para depósito de valores de indenização) ☐ CONTA CORRENTE (para depósito de valores)

☐ Bradesco (292) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3903 CONTA: 00036463 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o tipo de agência) (Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de agência) (Informe o tipo de conta)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso devido, a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total, do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de nenhum médico ou profissional habilitado a emitir laudo de incapacidade permanente por invalidez, em nome da vítima ou de seu representante legal, para fins de cobertura de indenização.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pela minha assinatura, solicito a preservação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, bem como a preservação desta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação da ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima for: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Divorciado ☐ Separado

25 - Grupo Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tenha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____

30 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós/vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e não apresentarem responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não assinado)

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedida: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedida: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida: _____

38 - 39 | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 40 | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bea Vista 22.02.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Monica Landelma do Nascimento

43 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (se houver): Raissa do Nascimento

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gomes de Sá

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

USO AUTORIZADO

TESTE ÚNICO



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO

SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

Wagner Mendes Coelho

Inteiro

José Coelho de Souza Neto

Substituto

Av. Ataíde Teive, nº 2.304 - Bairro Liberdade - Telefone: (095) 625 5808
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que no Livro Nº. **A-121** de Registro de Nascimento, às Folhas Nº. **108-F**, sob o Nº. **73229**, está Registrado o assento de **RAYSSA DO NASCIMENTO BELO**, do sexo **F**, nascido(a) no dia **quatro de dezembro de dois mil e oito às 08:30**, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista-RR, filho(a) de **LEONARDO DA SILVA BELO** e **MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, avós paternos: **José Francisco Belo** e **Hilda da Silva**, e avós maternos: **Francisco Oliveira** e **Cleangela Marques do Nascimento**.

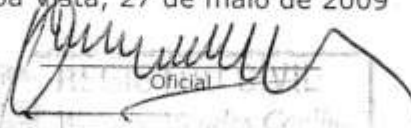
O registro foi efetuado no dia **5 de dezembro de 2008**

Foi declarante: **A mãe**

Observação: 2ª Via

O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 27 de maio de 2009


Oficial

QUALQUER EMENDA OU RASURA
TORNARÁ NULA ESTA CERTIDÃO.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR



99695
NOME Nisto

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 1191 Data Nascimento: 04/12/2008
Nome do Paciente: RAYSSA DO NASCIMENTO BELO

Sexo: FEMININO

Endereço: RUA ESTRELA BONITA

Bairro: RAIAR DO SOL

CEP: 69316019

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Nome da Mãe: MARIA ADRIELE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Naturalidade: BOA VISTA

Cidade: BOA VISTA

Telefone: 991204180

CNS: 898002738535951

Número: 673

Idade: 9 Anos / 10 Meses / 15 Dias

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável:

Identidade:

Parentesco:

CPF:

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 99695

Data Atendimento: 19/10/2018 11:50:09

Data Classificação:

Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA

Local de Procedência: DOMICILIO

Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Tipo: PRIMEIRA CONSULTA

Observação: 0 ALERGAS

Peso: 0 KG

Temp.: 0

Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

ANAMNESE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

MSK -> ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CARROX MOTO) HA APROX 40min
Vem trazida pelo SAU, em condição RIGIDA, inerte.
sem lesões óbvias/contusões
em análise Chaveiro GINECOLOGIA
LAC - RCT 250 REF POR EM PENA 0 COM ESCORREGOS
em ROSTO... SEM SANGUE MUITO ATIVO. SAU GET
DIPNÓIA 16 (6)
BI CASA, OLHO SAU GESS

EXAMES SOLICITADOS:

ORX -> GNL SAU GESS

CONDLTA

Francisco Gomes Neto
Superintendente Pediatria
CRM-RN 2013

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
19/10/2018 11:50
VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RN

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANDRELENE DO NASCIMENTO OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000015753-8

Nr. da Autenticação C6AD05CD69A8916B



CHUF: 01.032.470001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 30.095.426-3
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 08.306-410



0800 280 9520

Matrícula: 504602

Agosto/2019

Dados do Cliente:

CLEANEZA MARGUES DO NASCIMENTO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA BONITA, NUM. 673 - BAIRRO DO
SOL BOA VISTA RR 69016-016

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.099.0060.000	11	2726	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0
201903 10-0
201902 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5442 / 2005 G.M.					
PROTEGIDA	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
100	100	100	100	100	100
200	200	200	200	200	200
300	300	300	300	300	300

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 07/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO: 15/09/2019

TOTAL A PAGAR

48,51

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
504602	08/2019	15/09/2019	48,51

826500000000 3 48510004001 6 00050460201- 2 08201910003- 9



IMPRESSO EM: 05/08/2019 10:52:32

Via do Cliente

Via da CAERR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - SP