



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2695	18/10/2019	OUTROS	CIPTUR	
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
16:13:00	16:13:00	16:30:00	18:45:00	CIPTUR 01
KM INICIAL	KM FINAL	Código Ocorrência		Código Serviço Prestado
50362	50385	- 1003 - 1001	- 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010	
Local da Ocorrência		RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE		

PESSOAS RELACIONADAS

	1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ	Idade: 43	País: BRASIL
	RG: 126531	CPF: 446.330.172-68		
	ENDEREÇO:	Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro	País: BRASIL	
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE 1 CONDUÇÃO		
	2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA	Idade: 16	País: BRASIL
	RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79		
	ENDEREÇO:	Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada	País: BRASIL	
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE 1 CONDUÇÃO		

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teixeira/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venicio de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta forma encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.

21 JAN. 2020

POLÍCIA MILITAR - RR	
CPC-P2-P3	
CONFERE COM ORIGINAL	
DATA: 21/10/2019	
Policia	

Adailson Santos da Silveira
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Juraci L. Rodrigues 42000300

NOME POLICIAL

MATRÍCULA

Assinatura

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTR

Rua

Fones: (95)



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



1901175503 18/10/2019 16:48:39

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA	Data Nascimento: 24/09/2003	Idade: 16 A 0 M 24 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo: M	Estado Civil: PARDA	Naturalidade	Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: WALTERVANIA PEREIRA	Pai: CRISTIANO PEREIRA DA SILVA	Contato			
Endereço: RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAIS - 452 ---					
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.		Registrado por: 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 - 16:48)

*Acidente de moto
Anaplastico tecnicamente de
Ponto de estalo do pé P*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

*D Dipropona 20 EV
D Ibotil 10g EV
D AVD.*

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: *Corforodava*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Br. Eduardo Gomes, S/N Novo Progresso - RR - CEP 66060-000 A.U.: T. 000	
0 NOV 2019	
Data e Hora da Saida: Até o momento não houve saída neste Hospital	

Óbito

Antes do 1º Atendimento? (Sim) (Não) Destino: (Família)

IMC Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



21 JAN. 2020



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/10/19

O.S. _____

Matthew Alan
Perreira

Lesão em fibra B.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + fratura fibra traumática c/ deslocamento

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Regulardização do colo + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: —

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: —

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIAO: Dr. Paraíba + Dr. Elder

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11219

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DTH sos anestesiado.
- 2 - Anestesia + Antibiótico
+ colocação de campos estériles
- 3 - LMC com sol 0,9% +
clorhexidina 2%.
- 4 - Sutura da lesão em fibra
motriz. (D)
- 5 - regulardização do colo em
c/ pododactile (D)

21 JAN. 2020

Segue →

6 - curativo
7 - RPA

~~Dr. Pedro da S. Fausto~~
~~Médico Residente~~
~~Ortopedista e Traumatologista~~
~~CRA-MR 2026~~

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pioneira dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Avon Pereira 16a RJE S. Agostinho

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

		11											Nº Boa Vista - na 18/10/19					
AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
	02																	
LÍQUIDOS VENOSOS	10	50																
DA X	240																	
ULSO *	220	15.10.19																
ANES X	200	09.10.19																
OP O	180																	
TEMP	160																	
ASPIR A	140																	
RESP O	120																	
	100																	
	80																	
	60																	
	40																	
	20																	
Expon																		
Audit																		
Contro																		
SABOGOS	10	10X																
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES													
A	Propofol 200		AVT sub Venoso		Monitor, gás													
B	Nitroglicerina 2mg		injeção		Oxímetro, etc													
C																		
D																		
E	1		/		Venodilatador 18 ms D:OK													
F																		
G																		
GLUCOSE	LÍQUIDOS																	
NDCC																		
SANGUE																		
TOTAL																		
OPERAÇÃO																		
ANESTESIA	Marisa Finte										Laringo - Espasmo - Excreto Secre Depressão Respiratória - Hipoxia 'Bucking' - Vômito							
	CRM/RB - 308										Hemorragia - Anemia Bradí Tiquicardia - Choque							
	CRM/RB - 308/RR										PERDA SANGUÍNEA							
	CRM/RB - 308/RR																	

Marisa Finte
Anestesiologista Interno
CRM/RB - 308
CRM/RB - 308/RR

21 JAN. 2020

Anestesiologista

Marisa Finte
Anestesiologista
CRM/RB - 308



505

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO 1901175503	DATA 18/10/2019		
CIRURGIA					
TIPO LIMPEZA CIRÚRGICO + SUTURA MIE + REGULARIZAÇÃO DE COTO 3º PODO DACTILIO		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 18:00	FIM 18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Vitor Poracat	ANESTESISTA: Dr. Fabion / Dr. Morisio				
1º AUXILIAR Res. Marco Brunner	RES. ANESTESIA: Res. Emanuel				
2º AUXILIAR Res. Marco Resende	INSTRUMENTADOR Hilma Ramundo				
TIPO DE ANESTESIA: Rogue	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Paras m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N° Madura grena 20cm	
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGEEB cateter de 02	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
2	SERINGA 10ML			GEOFoam Eletrodes	
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico ± 20ml	
				Alcool 70% ± 300ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebecca G. Juiosa		MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
<small>ESTAR FESTE FORMULÁRIO A CONTAR LIQUIDEZ</small>					

21 JAN. 2020

21 JAN. 2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/RCG. EMISSOR/UF: 114807 SSP RR.

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

Função: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATEGORIA: AB

REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 EXPIRAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

Local: BOA VISTA - ROBAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

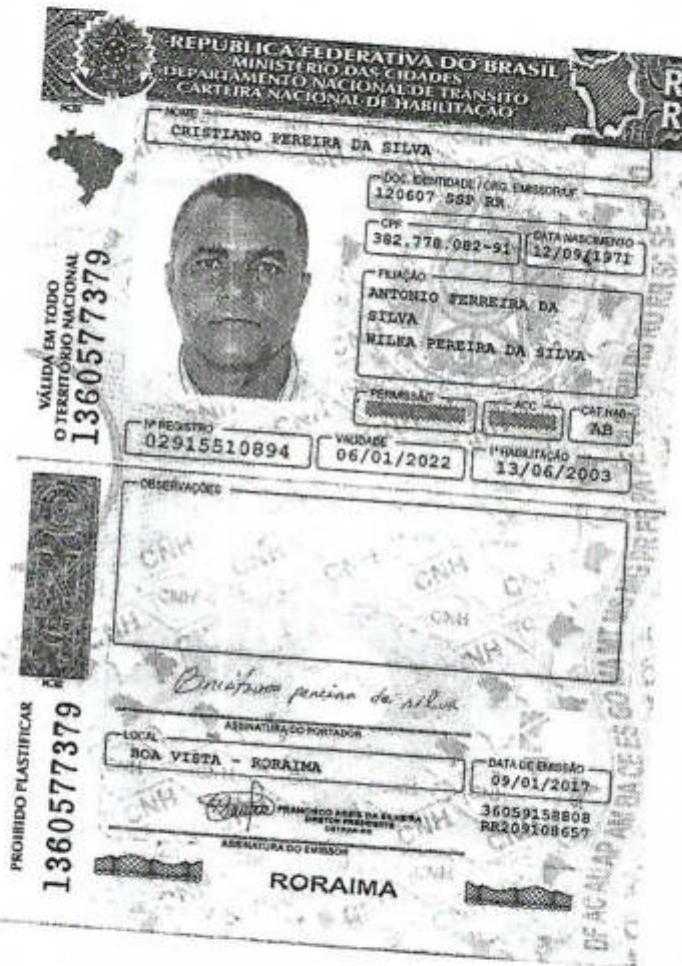
MARCELO KURTSCHE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ADMINTRAÇÃO DO CHAMOR

92485240616
RJ207968020

980151096

PROTEGIDO PLÁSTICAMENTE

VALIDADA EM TODAS AS CIDADES DO BRASIL



21 JAN. 2021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200034528 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM TIBIA PROXIMAL DIREITA.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ D., SUTURA EM TIBIA. PG. 5 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cristiano Pereira da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 320607

ENDEREÇO: Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada
OUTORGADO

NOME: Silva Graça de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 134807

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão - 1832 - Boa Vista

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidade, vítima: Matheus Kuanm Pereira da Silva

Boa Vista - RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Centro parau da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



21 JAN. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Cristiano Pereira da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 320607

ENDEREÇO: Rua: Antônio Moreira Moraes, 452, Alvorada
OUTORGADO

NOME: Silva Graça de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônoma

IDENTIDADE: 134807

ENDEREÇO: Rua: Antônio Pinheiro Galvão - 1832 - Boa Vista

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 18 / 10 / 2019, cobertura Invalidade, vítima: Matheus Kuanm Pereira da Silva

Boa Vista - RR 14.11.2019

LOCAL E DATA

Centro parau da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



21 JAN. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Número do Sinistro: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ILOIR INACIO DE SOUZA

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029318/20

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 078.808.142-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA : 078.808.142-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 078.808.142-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200034528

Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200034528 Vítima: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: $10.00\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.350,00

Recebedor: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023667-3

Tipos de Conta:

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, retorno 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
078.808.142-05 Matheus Ruam Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Matheus Ruam Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antônio Menezes Moraes
9 - Número: 452 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: IL6IIRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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: Cristiano Pereira da Silva 18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autonomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 6953

CONTA:

23667

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: Solteiro Casado (cônjugal) Divorciado Separado judicialmente Vívo 24 - Data do falecimento 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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não nasdutoro (valnascor)? 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 34 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, _____
X Matheus Ruam Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 078.808.142-05 Matheus Ruan Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Matheus Ruan Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05

7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antônio Moreira Moreas 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Alverada 12 - Cidade: Braga Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:

15 - E-mail: ILDERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98463-5060

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: Cristiano Pereira da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/vivendo Vw/avv Solteiro/Divorciado/sep/vw/avv

24 - Data do falecimento:

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO
 34
 impossível
 ler/ler da
 forma cor
 certificando
 sua assinatura

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonito - RR 17/01/2020

X Matheus Ruan Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 078.808.142-05 Matheus Ruan Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Matheus Ruan Pereira da Silva 6 - CPF: 078.808.142-05

7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Antônio Moreira Moreas 9 - Número: 452 10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Alverada 12 - Cidade: Braga Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:

15 - E-mail: ILDERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98463-5060

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: Cristiano Pereira da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 382.778.082-91 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 23667 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/vivendo Vw/avv Solteiro/Divorciado/sep/vw/avv

24 - Data do falecimento:

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 _____
 Impresário
 local da
 vítima
 Vítima
 falecida
 declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bonito - RR 17/01/2020

X Matheus Ruan Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/11/2019 10:29 Data/Hora Fim: 11/11/2019 10:51

Origem: Polícia Militar

Delegado de Policia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 18/10/2019 18:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Murilo Cidade c/ Travessa dos Macuxis

Bairro: Dr. Silvio Leite

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 43

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Praça do Centro Cívico - Tribunal de Justiça

Bairro: Centro

Nome Civil: DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 16

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Moreira de Moraes

Nº: 122

Bairro: Alvorada

Nome Civil: CRISTIANO PEREIRA DA SILVA (COMUNICANTE , REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade:CE - Fortaleza

Sexo: Masculino

Nasc: 12/09/1971

Profissão: Vigilante

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Wilka Pereira da Silva

Nome do Pai: Antonio Ferreira da Silva

Documento(s)

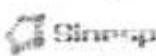
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 382.778.082-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Antônio Moreira de Moraes

Nº: 452





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99135-4795 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 24/09/2003
Profissão: Estudante Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Walterlânia Pereira dos Santos Nome do Pai: Cristiano Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.808.142-05
RG - Carteira de Identidade: 426701-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 34.812.669/0001-08	Placa NAR-0403
Renavam 01113336673	Número do Motor 4M41UCBG9517
Número do Chassi 93XXNKB8THCG29711	Ano/Modelo Fabricação 2017/2016
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo MMC/L200 TRITON GLX D
Modelo MMC/L200 TRITON GLX D	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
João Batista Leite Muniz	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 045.648.782-47	Placa NAQ-0104
Renavam 01116290518	Número do Motor KC22E0H034519
Número do Chassi 9C2KC2200HR034487	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Devon Venicio de Oliveira Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036705/2019-A01

CONFORME ROP/PM-CIPTUR 2695 :

A guarnição foi acionada para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, no local foi verificado que se tratava de acidente com vítima; QUE foi apurado no local, que o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da polícia militar/ TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataide Teive/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venicio de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa dos Macuxis no sentido bairro/Centro. A motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva; QUE no cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta foram encaminhados ao PSE/HGR por terceiros. O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o perito JACI CAETANO; QUE o cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal; OS veículos estavam regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva- CNH: 02915510894, que é parente dos ocupantes da motocicleta. QUE o condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC, e segundo o ROP, o condutor não pode ser encaminhado ate o DP, por está recebendo atendimento médico especializado.

O COMUNICANTE SENHOR CRISTIANO COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT OS DADOS DA MOTOCICLETA DE PLACA NAQ-0104, DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA E QUE ESTÁ EM NOME DE VICTOR PEREIRA DA SILVA, A QUAL SEU FILHO MATHEUS RUAN ERA PASSAGEIRO NA GARUPA DA MESMA, NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORais, O QUE FOI FEITO ACIMA. QUE NÃO DESEJOU REPRESENTAR CRIMINALMENTE, É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 04133108

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 02000908
Responsável pelo Atendimento

Cristiano Pereira da Silva

(Comunicante / Representante Legal)

"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 prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS RUAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023667-3

Autenticação:

D1C29CD5FA98CD0F23BB08EEF6661FE3062E5644F52C6EA7871255DB43C73C23

RORAIMA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual) 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal: 3985019

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71

WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA

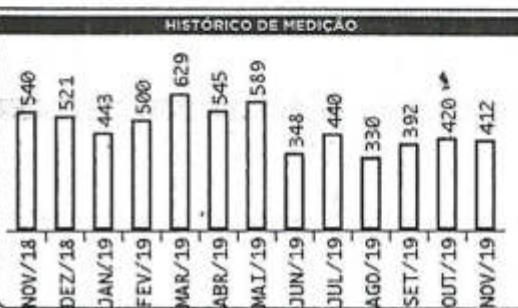
CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34640	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.1
Anterior: 34236	Anterior: 18/10/2019	Classe/Subclasse: RENDA, RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima Leitura: 07/12/2019	Ligação: HOTO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 =	7,99
	70 A R\$ 0,457078 =	31,99
	120 A R\$ 0,685623 =	82,27
	192 A R\$ 0,761797 =	146,26
SUBVENCAO BAIXA RENDA -		52,88
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12		
PARCELAMENTO DE DEBITO 3/12		155,97
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,215470
31 A 100 - 0,436937
101 A 220 - 0,655469
221 A 412 - 0,615625



Média 12 meses: 474



Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento falso desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

10/2019 467,93

**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.

LIGUE 09007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ICMS:	Aliquota:	Valor:	
Energia: 145,20	Tributos: 7,67	17,88%	45,64	
Distribuição: 145,20		5,37%	1,81	
Transmissão: 62,94	\$1,68	1,88%	1,85	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC			DMIC	DCRI
	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Realizado	0,00	0,00	0,00		
Conjunto: FLORESTA				Período de apuração: 09/2019	Espécie: 104,76

ROT: 30.001.29.11.007060



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0062273-7
TOTAL A PAGAR - R\$
449,71
MÊS FATURADO
11/2019
VENCIMENTO
01/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

FCAM*

8360000004 9 49710075000 7 00000000062 0 2737119008 5



21 JAN. 2020

RORAIMA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual) 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal: 3985019

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	412	449,71

WALTERLANIA PEREIRA DOS SANTOS
R. ANTONIO MOREIRA MORAES 452 - ALVORADA
CEP: 69.317-192 - BOA VISTA

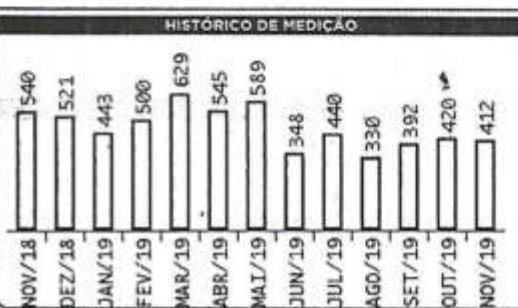
CPF: 00034254722249

DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 34640	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.1
Anterior: 34236	Anterior: 18/10/2019	Classe/Subclasse: RENDA, RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima Leitura: 07/12/2019	Ligação: HOTO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 06/11/2019	Número Medidor: E2730696
Consumo medido: 412	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 412		Modalidade: N 1419966

DESCRICAÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	30 A R\$ 0,266630 =	7,99
	70 A R\$ 0,457078 =	31,99
	120 A R\$ 0,685623 =	82,27
	192 A R\$ 0,761797 =	146,26
SUBVENCAO BAIXA RENDA -		52,88
CORR MONETARIA TCD (IG 3/12		
PARCELAMENTO DE DEBITO 3/12		155,97
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,215470
31 A 100 - 0,4369375
101 A 220 - 0,655469
221 A 412 - 0,615625



Média 12 meses: 474



Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento falso desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

10/2019 467,93

**MENSAGENS
IMPORTANTES**
**REAVISO DE
VENCIMENTO**

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13/12/19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.

LIGUE 09007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:	ICMS:	Aliquota:	Valor:	
Energia: 145,20	Tributos: 7,67	17,88%	45,64	
Distribuição: 145,20		5,37%	1,81	
Transmissão: 62,94	\$1,68	1,88%	1,85	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC			DMIC	DCRI
	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Realizado	0,00	0,00	0,00		
Conjunto: FLORESTA				Período de apuração: 09/2019	Espécie: 104,76

ROT: 30.001.29.11.007060



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0062273-7
TOTAL A PAGAR - R\$
449,71
MÊS FATURADO
11/2019
VENCIMENTO
01/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 3985019

FCAM*

8360000004 9 49710075000 7 00000000062 0 2737119008 5



21 JAN. 2020

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12.

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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.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 falta 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Matheus Ruam Pereira da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05,

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Matheus Ruam Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.808.142 / 05, 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 Lider-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>Rua Antônio Linhares Galvão</u>	Número:	<u>2832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309 - 209</u>
E-mail:	<u>ILOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(95) 98403 - 5060</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 17/01/2020

Assinatura do Declarante

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UND OP	DP
2695	18/10/2019	OUTROS	CIPTUR	
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
16:13:00	16:13:00	16:30:00	18:45:00	CIPTUR 01
KM INICIAL	KM FINAL	Código Serviço Prestado		
50362	50385	- 1003 - 1001		
Código Ocorrência		Código Providência		Código Serviço Prestado
- 1003 - 1001		- 13005 - 13006 - 13023 - 13999 - 13010		
Local da Ocorrência RUA: R. Murilo Teixeira Cidade c/ Tv. Dos Macuxis, N° S/N, BAIRRO: DOUTOR SILVIO LEITE				

PESSOAS RELACIONADAS

	1 ENVOLVIDO	JOÃO BATISTA LEITE MUNIZ	Idade: 43	País: BRASIL
	RG: 126531	CPF: 446.330.172-68		
	ENDEREÇO:	Praça do Centro Cívico, Tribunal de Justiça, Centro	País: BRASIL	
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE 1 CONDUÇÃO		
	2 ENVOLVIDO	DEVSON VENICIO DE OLIVEIRA LIMA	Idade: 16	País: BRASIL
	RG: 4918045	CPF: 045.330.652-79		
	ENDEREÇO:	Rua Antonio Moreira de Moraes, 122, Alvorada	País: BRASIL	
	2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES:	(ID 2695 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: Condutor) - TOTAL DE 1 CONDUÇÃO		

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender tal ocorrência, no local se tratava de um acidente com vítima.

Segundo o que foi apurado no local, o condutor João Batista Leite Muniz conduzia a viatura da Polícia Militar/TJRR PM02 de placas NAR-0403 pela Rua Murilo Teixeira Cidade, no sentido Av. Ataíde Teixeira/Bairro Cidade Satélite. Já o condutor Devson Venicio de Oliveira Lima conduzia a motocicleta de placas NAQ-0104 pela Travessa Dos Macuxis no sentido Bairro/Centro. Informo ainda que a motocicleta tinha como passageiro o cidadão Matheus Ruam Pereira da Silva.

No cruzamento acima descrito houve a colisão dos veículos, resultando em lesões nos ocupantes da motocicleta. Os dois ocupantes da motocicleta forma encaminhados ao PSE/HGR por terceiros.

O local foi isolado e a perícia acionada, comparecendo o PERITO JACI CAETANO.

O cruzamento não possui sinalização vertical nem horizontal.

Os veículos estavam em situação regular e foram liberados no local, a viatura para o referido condutor e a motocicleta para o Sr. Cristiano Pereira da Silva (CNH: 02915510894), que é parente dos ocupantes da motocicleta.

O condutor da motocicleta não possui CNH/PPD/ACC e não pode ser encaminhado até esta Delegacia de Polícia Civil, pois está recebendo atendimento médico especializado.

Em seguida confeccionamos este documento para conhecimento e registro.

21 JAN. 2020

POLÍCIA MILITAR - RR	
CPC-P2-P3	
CONFERE COM ORIGINAL	
DATA 11/11/19	
Policia	

Adailson Santos da Silveira
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

- 1-
2-
3-
4-

Juraci L. Rodrigues 42000300

NOME POLICIAL

MATRÍCULA

ASSINATURA

D
P

BOA VISTA/RR 18/10/2019

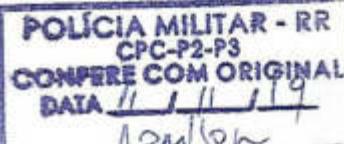
IMPRESSO POR 183 EM 18/10/2019 AS 19:19:05

COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

CIPTR

Rua

Fones: (95)



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



1901175503 18/10/2019 16:48:39

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: MATHEUS RUAN PEREIRA DA SILVA	Data Nascimento: 24/09/2003	Idade: 16 A 0 M 24 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo: M	Estado Civil: PARDA	Naturalidade	Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: WALTERVANIA PEREIRA	Pai: CRISTIANO PEREIRA DA SILVA	Contato	Ocupação		
Endereço: RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAIS - 452 ---					
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.		Registrado por: 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 - 16:48)

*Acidente de moto
Anaplastico tecnicamente de
Ponto de estalo do pé P*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

*D Dipropona 20 EV
D Ibotil 10g EV
D AVD.*

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: *Corforodava*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Br. Eduardo Gomes, S/N
Novo Prédio - 11-6620
A.U. T. C.O.
0 NOV 2019
Data e Hora da Saida: _____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família

IMC Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



21 JAN. 2020



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/10/19

O.S. _____

Matthew Alan
Perreira

Lesão em fibra B.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: + fratura fibra traumática c/ deslocamento

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Regulardização do colo + sutura

TIPO DE INTERVENÇÃO: —

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: —

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIAO: Dr. Paraíba + Dr. Elder

2º AUXILIAR: _____ 1º auxiliar: _____

3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11219

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DTH sos anestesia.
- 2 - Anestesia + Antibiótico
+ colocação de campos estériles
- 3 - LMC com sol 0,9% +
clorhexidina 2%.
- 4 - Sutura da lesão em fibra
motriz. (D)
- 5 - regulardização do colo em
c/ pododactile (D)

21 JAN. 2020

Segue →

6 - curativo
7 - RPA

~~Dr. Pedro da S. Fausto~~
~~Médico Residente~~
~~Ortopedista e Traumatologista~~
~~CRA-MR 2026~~

21 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pioneira dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Matheus Avon Pereira 16a RJE S. Agostinho

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

		11											Nº Boa Vista - na 18/10/19					
AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
	02																	
LÍQUIDOS VENOSOS	10	50																
DA X	240																	
ULSO *	220	15.10.19																
ANES X	200	09.10.19																
OP O	180																	
TEMP	160																	
ASPIR A	140																	
RESP O	120																	
	100																	
	80																	
	60																	
	40																	
	20																	
Expon																		
Audit																		
Contro																		
SABOGOS	10	10X																
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES													
A	Propofol 200		AVT sub Venoso		Monitor, gás													
B	Nitroglicerina 2mg		injeção		Oxímetro, etc													
C																		
D																		
E	1		/		Venodilatador 18 ms D:OK													
F																		
G																		
GLUCOSE	LÍQUIDOS																	
NDCC																		
SANGUE																		
TOTAL																		
OPERAÇÃO																		
ANESTESIA	Marisa Finte										Laringo - Espasmo - Excreto Secre Depressão Respiratória - Hipoxia 'Bucking' - Vômito							
	CRM/RB - 308										Hemorragia - Anemia Bradí Tiquicardia - Choque							
	CRM/RB - 308/RR										PERDA SANGUÍNEA							
	CRM/RB - 308/RR																	

Marisa Finte
Anestesiologista Interna
CRM/RB - 308
CRM/RB - 308/RR

21 JAN. 2020

Anestesiologista

Marisa Finte
Anestesiologista
CRM/RB - 308



505

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

16º

NOME DO PACIENTE MATHEUS RIAN PEREIRA DA SILVA	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO 1901175503	DATA 18/10/2019		
CIRURGIA					
TIPO LIMPEZA CIRÚRGICO + SUTURA MIE + REGULARIZAÇÃO DE COTO 3º PODO DACTILIO		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 18:00	FIM 18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Vitor Poracat	ANESTESISTA: Dr. Fabion / Dr. Morisio				
1º AUXILIAR Res. Marco Brunner	RES. ANESTESIA: Res. Emanuel				
2º AUXILIAR Res. Marco Resende	INSTRUMENTADOR Hilma Ramundo				
TIPO DE ANESTESIA: Rogue	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Paras m/g		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N° Madura grena com	
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGEEEL cateter de oz	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
2	SERINGA 10ML			GEOFoam Eletrodes	
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Tópico ± 20ml	
				Alcool 70% ± 300ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebecca G. Juiosa		MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
<small>ESTAR FESTE FORMULÁRIO A CONTAR LIQUIDEZ</small>					

21 JAN. 2020