

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Joana Victória Oliveira Bezerra
ESTADO CIVIL: Solteira
RG nº: 533495-0
CPF/MF nº: 033. 806. 382 - 00
TELEFONE: (95) 99157-2380 **E-MAIL:** Victoriachieley2010@gmail.com
ENDEREÇO: Rua Cassimiro José da Silva N° 1216
Dr. Silvio Leite

OUTORGADOS: **Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na **OAB/PR** sob nº 62590 e **OAB/RR 515 - A**, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação de cobrança de **SEGURO DPVAT** em desfavor da **SEGURADORA LIDER DPVAT**, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 24 / abril de 2020.

Joana Victória Oliveira Bezerra

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Joana Victoria Oliveira Bezerra
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Autônoma
RG nº. 533495-0
CPF/MF nº. 033.806.382-00
ENDEREÇO: Rua: Cassimiro José da Silva
Nº 1216 Dr. Silvio Leite

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 24 / Abril de 2020

X Joana Victoria Oliveira Bezerra

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL 533495-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2017	
 Polegar Direito  <i>Joana Victória Oliveira Bezerra</i> ASSINATURA DO TITULAR		NOME JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA FILIAÇÃO OSNEY BEZERRA DA SILVA ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO NATURALIDADE BOA VISTA - RR DOC. ORIGEM CERTD NASC 27080 FLS 134-F LIV A-45 2 OF BOA VISTA-RR CPF 033.806.382-00 1ª VIA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		DATA DE NASCIMENTO 13/03/2001 AMADEU ROCHA TRIANI Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor da ROR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 P7	

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4049953

INES ALVES DA CUNHA

R. CASIMIRO JOSE DA SILVA, 1216 ,

DR. SILVIO LEITE

69314344 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
399892	11/2019	18-OCT-19 a 18-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
120	21-DEC-19	R\$ 118,01

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
399892	11/2019	R\$ 118,01

836700000018.180100750009.000000000398.989211190057



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

201.96531.47-5

NÚMERO

2255817

SÉRIE

0060


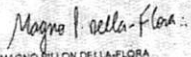
UF

RR

Jonna Victoria Oliveira Soares

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA	
FILIAÇÃO.....	ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO OSNEY BEZERRA DA SILVA
NASCIMENTO.....	13/03/2001
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO
NATURALIDADE:	BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....	R.G. - 5334950 - 28/07/2017 - SESP - RR
LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....	033.806.382-00
TIT. ELEITOR:	
LOCAL DE EMISSÃO:	AA/RR - RORAINÓPOLIS
DATA DE EMISSÃO..	16/03/2020
 MAGNO WILSON DELLA-FLORA ASSINATURA DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	PARA
DATA DE NASC. DE	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

LEGENDA	
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO
E - RECONHECIMENTO DE INTERESSE	F - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE
G - DATA DE NASCIMENTO	H - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....

REGISTRO N°..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATESTADO DE TESTEMUNHA.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATESTADO DE TESTEMUNHA.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

07

18/05/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ROP. Assinado por: THIAGO AMORIM DOS SANTOS

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nr ROP

2018737

BO 004/19

RR

Data: 01/01/2019 Unidade: 3°CIPM Localidade: RORAINOPOLIS Vtr: 117 Kmi: 84900 KmF: 84906 H Inicial: 07:00 HS H Final: 09:30 Cod Ocor: 1001-1013 CodProv: 13012-13999 Cod servPres: 14999

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: VICINAL 02 KM 01

N: -----

Bairro: ZONA RURAL

Referência: FINAL ASFALTO

PESSOAS RELACIONADAS

VITIMA Nome: JOANA VITORIA OLIVEIRA Idade: 17 A Estado Civil SOLTEIRA

1 Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ESTUDANTE RG: NÃO PORTAVA SSP: CPF: CNH: Cat:

Acusado Nome: CONHECIDO COMO PAULO Idade: Estado Civil

2 Endereço: Nr: Bairro: Cidade: UF:

Profissão: RG: SSP: CPF: CNH: Cat:

TESTEMUNHA 1 Nome: DANIELE GRAÇAS COELHO Idade: 27 A Estado Civil UNIAO ESTAV

3 Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: S/N Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ATENDENTE DE LOJA RG: SSP: CPF: CNH: Cat:

TESTEMUNHA 2 Nome: HERBERT OLIVEIRA MACHADO Idade: 19 A Estado Civil SOLTEIRO

4 Endereço: VILA JARDIM PREDIO AÇAÍ BLOCO 1 Nr: Bairro: CIDADE SATELITE Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ESTUDANTE RG: SSP: CPF: 616.293.346-17 CNH: Cat:

5 Nome: Idade: Estado Civil:

Endereço: Nr: Bairro: Cidade: UF:

Profissão: RG: SSP: CPF: CNH: Cat:

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

NADA DIGNO DE REGISTRO.

HISTÓRICO:

SENHOR DELEGADO DE POLICIA CIVIL, FOMOS ACIONADOS VIA 190, NO HORÁRIO ACIMA CITADO, DE QUE HAVIA ACONTECIDO UM ACIDENTE DE TRAFEGO ENVOLVENDO UM CARRO E UMA MOTOCICLETA, DESLOCAMOS E CONSTATAMOS A VERACIDADE DOS FATOS, ONDE DEPARAMOS COM A VITIMA CAIDA AO CHÃO SE QUEIXANDO DE MUITAS DORES. SEGUNDO RELATO DA TESTEMUNHA (ITEM 2) A VITIMA ESTAVA CONDUZINDO MA MOTOCICLETA MARCA HONDA BIZ 125 ES, DE COR ROSE, PLACA NAU 5960-RR, QUE TRAFEGAVA NA AV DRºYANDARA NO SENTIDO CENTRO BAIRRO, QUANDO A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO TIPO CARRO, MARCA PÁLIO DE COR VERMELHA PLACA JXG 7633-AM, QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO CIDADÃO DE NOME PAULO, QUE APÓS O ATROPELAMENTO O MESMO EVADIU-SE NO SENTIDO VICINAL 01, SEM PRESTAR SOCORRO. FOI FEITO UMA DILIGENCIA ONDE O REFERIDO VEICULO FOI ABANDONADO NA LIXEIRA E O MOTORISTA DO REFERIDO VEICULO: EVADIU-SE TOMANDO RUMO IGNORADO. A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL PELA EQUIPE DO SAMU. SEGUNDO RELATO DA MEDICA DE PLANTÃO A VITIMA TEVE TRÊS FRATURAS NA BACIA E SERÁ REMOVIDA PARA CAPITAL BOA VISTA-RR, HOSPITAL GERAL O VEICULO TIPO PÁLIO SERÁ APRESENTADO NO CIRETRAN APÓS SEREM TOMADAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS, A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE AO PROPRIETARIO POR ESTAR COM DOCUMENTAÇÃO EM DIAS FOI ENTREGUE AO RESPECTIVO DONO, QUE FARA O CONCERTO DAS AVARIAS. O VEICULO PÁLIO QUEBROU O PARA-CHOQUE DO LADO DIREITO. APRESENTO-LHE ESTE PARA AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER

13 MAR. 2020

RELATOR

Posto/Grad: Nome Completo:

Matrícula:

Lotação

2º TEN PM SÉRGIO DA SILVA GOMES

21254-7

3ª CIPMFRON

Data: 01/01/19 Hora: 19.15 Nome Completo:

RECEBIMENTO

Matrícula: Função: Assinatura



19 3 MAR 2000

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
CNPJ: 05.370.016/0001-00

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01		DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE Prontuário	
Nome Completo:		Joana Ivetoria Oliveira		SEXO: M () / F () Outros: ()		07	07	2018	07 :: 37		
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.		Cartão do SUS (CNS):			
73	03	2002	17								
Estado Civil		Profissão:		Naturalidade:	Cor e Raça:	NACIONALIDADE		Etnia			
				Brasileira		Brasileira					
Logradouro e Nº		Bairro		CEP:	Município	UF		Telefone:			
		Vila do Satélite		937399	Porciúncula	PE					
FILIAÇÃO		PAI		Eniça Cristina Oliveira Montenegro							
O		MÃE									

02 DO ACIDENTE:

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTR _____

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:

☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)

Outros (descrever)

~~Confere~~
~~com origina~~

TEMP: PESO/Kg: 05.370.016.0001 P.A. 100 X 80 m.m.H.g.

05	SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR				HOSPITAL REGIONAL SUL
PROFISSÃO					GOVERNADORATO DE SIONIA PRITO
DIA	MÊS	ANO	HORA		OBSEVAÇÕES
01	01	2019	07:20		CEP 69.370-970

07	INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:	PR
ESPECIALIDADE:		BOCAIM DO POZOS

RESUMO CLÍNICO: Acidente (colina) motocicleta/carro, apresentando ferimentos por todo o corpo.

EXAME FÍSICO: Bem, superior, monitorado. A.A.A.

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL:

08	DO (A) PACIENTE:	
REMOVIDO (A) PARA		
INTERNADO NO (A)		

DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO		

C. D. DAVF i. Siv

(2). Dipirona (1g) (EV)

(3). From model 1000, 2nd ed. Volume 1 & 2

(4). Police of Minneapolis.

2 → cuidados clínicos conjuntos

Martina C. Chaves
Médica
CRM-RR 1877

Prontuário 02/03/19 às 11:20h.

Paciente vítima de queda de alto com lesões na face/tórax e por ferimentos.

Glasgow 15, Hábito estável, Curva, Acianótica, 3p/ Tórax com expansão simétrica. Pa=110 x 50mmHg. Fc=90 bpm.

Abdomen flácido, insensível. Pupilas Isocóricas / reagentes. SVD - S/Hematúria. Urina (+) cloro.

Na face - S/ alterações. # Na perna - ferimento profundo (tipo 2) fígado + pulmão.

Sa' Anestesia pela cirurgia (fixação externa da perna). Sem lesão pela cirurgia geral.

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-RR 1417

Urologia.

Confere com original.

05.370.016-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTACIANO DE SOUSA PINTO
BR. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Acordo de alto
(C) prot. insul
Dacc.

Do Centro cirúrgico
Hemograma (urina)
Monitorização de coágulos
acima de 1000 leucócitos.

Referência para o do valor da cirurgia.

13 MAR. 2020

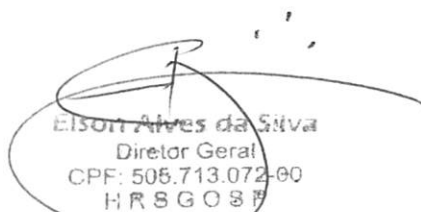


ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a paciente JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA, CPF: 033.806.382-00, nascida em 13/03/2002, residente e domiciliado à Av.: JARDIM – 138 – CIDADE SATÉLITE – BOA VISTA/RR, foi atendida nesta Unidade Hospitalar no dia 01 Janeiro de 2019 conforme xerox de ficha de atendimento anexa, no dia em questão por falta de energia o sistema não estava funcionando e o recepcionista usou uma ficha manual do ano de 2018. DECLARAMOS que onde se lê 01/01/2018 o correto é 01/01/2019, as demais informações da paciente estão corretas.

Rorainópolis – RR, 22 de Julho de 2019.


Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 505.713.072-00
H R S G O S P

ELSON ALVES DA SILVA
Diretor Geral Hospital Regional Sul
Gov. Ottomar de Sousa Pinto/Rorainópolis

13 MAR. 2020



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO						Nº											
<i>g. Tong Victoria Oliveira</i>																	
AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02																
LÍQUIDOS VENOSOS		<i>Fr. múltipla L.</i>															
DA X	40	240															
ULSO ●	38	220															
ANEB X	36	200															
OP O	34	180															
TEMP □	32	160															
ASPIR. A	30	140															
RÊSP O		120															
		100															
		80															
		60															
		40															
		20															
	Export																
	Análst																
	Contro																
SÍMBOLOS																	
AGENTES'	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES <i>Hemólise 11:7</i>														
A	<i>Levobutil 50 mg E.V.</i>	<i>E.V.</i>															
B	<i>Ketamin 50 mg E.V.</i>	<i>E.V.</i>															
C	<i>Atropina 50mg + 50mg P.V.</i>	<i>P.V.</i>															
D	<i>Ketamin 1 g E.V.</i>	<i>E.V.</i>															
E																	
F																	
G			LARIANGO - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque														
GLICOSE	LÍQUIDOS	Orelha - Naso / Oro Faringea															
NDOD	<i>500</i>	Naso / Orotraqueal - Cega															
SANGUE	<i>500</i>	Bol - Tamp - Calibre do Tubo															
	<i>500</i>	Bol Máscara															
	<i>500</i>	Dificuldade Técnica															
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA															
OPERAÇÃO	<i>Exatidão com tubos orais</i>																
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA														
<i>Dr. Rafael</i>	<i>533</i>	<i>Wilton</i>															

Confere
com origina.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

By 174 - Km. 458

CEP: 69.370-370

FORANÓPOLIS

13 MAR. 2020

Anestesista
CRM-RS 538

PÓS-ANESTÉSICOS

PÓS-ANESTÉSICOS	
NASALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
<p>Data <u> </u>/<u> </u>/<u> </u> Hora <u> </u>:<u> </u>:<u> </u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Assinatura _____</p>	<p>Data <u> </u>/<u> </u>/<u> </u> Hora <u> </u>:<u> </u>:<u> </u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Assinatura _____</p>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Resultado de Exames / Hemograma

Hematimetria	Homens	Mulheres	Coagulograma
Hemoglobina 11.7 g/dl	12 a 17 g/dl	12 a 15 g/dl	T.de Sangria: m s
Hematócritos 37.1 %	42 a 52 %	38 a 49 %	T.de Coagulação: m s
Leucômetria 24.900 u/l	4.500 a 10.000 u/l		Plaquetas: u/l
Mielobastos	OBS: Série Vermelha:		T. de Protômbina: segundos
Promielócitos			Atividade: %
Mielócitos	OBS: Série Branca:		RNI:
Metamielócitos %			TTPA: segundos
Bastonetes %	00 a 02 %		
Segmentados 29 %	40 a 70 %		
Eosinófilos 03 %	00 a 05 %		VHS:
Basófilos %	00 a 01 %		1º HORA: mm
Linfócitos 14 %	20 a 40 %		2º HORA: mm
Monócitos 04 %	01 a 07 %		Grupo sanguíneo:
Plaquetas: 286.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l		F. RH:

Nº 01 - Bioquímico(a) Responsável

FÍSICA		URINALISES	
		QUÍMICA	SEDIMENTO
Volume: ml		PH:	Células:
Cor:		Glicose:	Leucócitos:
Densidade:		Corpos Cetônicos:	Hemácias:
Aspecto:		Hemoglobina:	Gilindros:
Depósito:		Proteína:	Cristais:
Cheiro:		Bilirrubina:	Bactérias:
		Urubilinogênio:	Muco: BI 121 - N° 3
		Nitratos:	Outros: CLP 69.370.310
		Leucócitos:	

Nº 02 - Bioquímico(a) Responsável

BIOQUÍMICA		IMUNOLOGIA	
Glicose	mg/dl 69 - 99 mg/dl	PCR	Confere com ordina.
Colesterol	mg/dl 150-200 mg/dl	Látex	
Triglicerídeos	mg/dl 40-140 mg/dl	Aslo	
Uréia	mg/dl 14-40 mg/dl	VDRL	
Creatinina	mg/dl 0, 4-1, 3 mg/dl	Bhcg	
Prot. Totais	mg/dl 6, 0-8, 5 mg/dl	Troponina	
Ácido Úrico	mg/dl H 2, 5-7; m 1, 6-6, 0	Hbsag	
Bilirrubina Total	mg/dl 0,1 a 1,2 mg/dl	lote: val:	
Bilirrubina Direta	mg/dl 0,1 a 0,4 mg/dl	HCV	
Bilirrubina Indireta	mg/dl 0,1 a 0,3 mg/dl	lote: val:	
TGP:	u/l 5 - 38 U/L	HIV	
TGO:	u/l 11 - 39 U/L	lote: val:	

Nº 03 - Bioquímico(a) Responsável

BIOQUÍMICA		IMUNOLOGIA	
Amilase	U/dl <90 U/dl	LDL - < 130	
Albumina	g/dl 3, 5-5, 5 g/dl	VLDL	
Lipase	ul 2-15 UI	HDL M->55	
CK-MB	u/l 0-24 U/l	F->65	
CPK	u/l 26-189 U/l		
Gama GT	u/l M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l		
Fosfatase Alcalina	u/l Adultos 27-100/Crianças 75-390		

Nº 04 - Bioquímico(a) Responsável

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO	DATA: 01/01/2018 2019
NOME: Jéssica Victória Oliveira	
Nº 03: IDADE: Nº DE REGISTRO	
MEDICO SOLICITANTE: Dr. Gustavo	

13 MAR. 2020

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

CNPJ: 05.370.016/0001-00

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE Prontuário
Nome Completo:		⇒		01	01	2018	07:37	
Trana Victoria Oliveira								SEXO: M () / F () Outros: ()
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.	Cartão do SUS (CNS):	
73	03	2002	17			033.106.312.1		
Estado Civil	Profissão:	Naturalidade:	Cor e Raça:	NACIONALIDADE	Etnia			
		Brasileira		Brasileira				
Logradouro e Nº	Bairro	CEP:	Município	UF	Telefone:			
		6937399	Rorainópolis	RO				
FILIAÇÃO	PAI							
	MÃE	Erika Cristina Oliveira Montino						
02 DO ACIDENTE:								
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> TRÂNSITO <input type="checkbox"/> OUTRO								
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:								
<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO <input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)								
Outros (descrever)								
<div style="text-align: center;"> Confere com original </div>								
TEMP:		PESO / Kg:		05.370.016/0001-00		100 X 80		m.m.H.g.
05 SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR:								
PROFISSÃO								
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES				
01	01	2019	07:20	Di 174				
				CEP: 69.370-970				
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE:								
RORAINÓPOLIS								
RESUMO CLÍNICO:								
Acidente (colisão) motocicleta/carro, apresentando lesões por todo o corpo.								
EXAME FÍSICO: BEM, suplexo, inconsciente, A.A.A.								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):								
Rx								
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
DIAGNÓSTICO:								
Politrauma								
PROVÁVEL:								
TRAUMA DO CÉREBRO								
do sistema até remoção								
DEFINITIVO:								
08 DO (A) PACIENTE:								
REMOVEDO (A) PARA								
INTERNO NO (A)								
13 MAR. 2020								
DATA			RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE			CARIMBO E ASSINATURA		
DIA	MÊS	ANO						

C-701400 a. SIV

②. Dipirona (11) ②

③. Tramadol 100mg/12mg dil. com 100ml de S.F. ②

④. Analgesia e antiespasmódicos.

→ Curativos clínicos comunitários

 Maria C. Chaves
 Médica
 CRM-RR 1877

Prontuário 02/05/19 às 14:20h.

Prontuário clínico de quem se trata com Exame
na face/tórax e por pericardio.

Glyson (15), História clínica, Exame, Acianotica, 3pp.

Tórax com Exame Simétrico. $PA=110 \times 50mmHg$

Prontuário clínico, Exame. $fc=903ppm$

Fúncas Isocóricas / Fúncas Abertas. SVD S/Hematúria
Uma (4) clare

Na fúncas S/Hematúria.

Na pericardio Fúncas pericardio (Itro 2) fúncas + fúncas

Se a Análise pela Exame (fixação externa da pericardio)
Sem Casos pela Exame Exame

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-BR 1417

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 505.713.072-00
HRSGOS

Urologia.

Acidente de alta
(C) fúncas moléculas

Dece.

Do Centro cirúrgico
Hemograma (Exame)
Monitorização de
acidente vascular cerebral

Referenciado para o Centro Cirúrgico

Confere
com original
05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOV. RUI PAVÃO DE SOUZA
R. B. ...
CEP. 64.570-00
RORAINÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
9. Thiago Victoria Oliveira		
AGENTES	N 20 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
LIQUIDOS VENOSOS	Fr. multiple L.	
DA	°C 240	
X	38 220	
ULSO	36 200	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
TEMP	120	
ASPIR.	80	
A	60	
RESP.	40	
O	20	
Expon		
Assist		
Contro		
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	Levobupr. 0.5mg	Oral E.V.
B	Levobupr. 50mg	mg E.V.
C	Propofol. 50mg	+ 50mg P.V.
D	Propofol. 1g	E.V.
E		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Gênula - Naso / Oro Faríngea
NOCD	500	Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE	500	Bal - Tamp - Calibre do Tubo
	500	Sob Máscara
	500	Dificuldade Técnica
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO	Fratura de boia multiple	
ANESTESIA	Dr. Rafael Azevedo T.	CÓDIGO 553
	Anestesiista CRM-RR 538	CIRURGIÃO

ANOTAÇÕES

Hospital 11:7

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 505.713.072-00
HRS GOSP

Leitargo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bredí Taquicardia - Choque

PERDA SANGÜINEA

Anestesiista
CRM-RR 538

Crustone
Mário

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIA DE SOUSA PINTO
Bd 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATORIO

~~Confere~~
~~com original~~

com original

BOLETIM OPERATÓRIO

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTACIANO DE SOUSA PINTO

Data: 01/01/19. O.S. _____

DI 174 - Km 463

CEP: 63.370-970

RORAINÓPOLIS RR

JOANA VILCA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Proctus Boco.

TIPO DE INTERVENÇÃO: C/ instabilidade.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Patricio 1º AUXILIAR: Marco Cogo
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Rafael ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

[illegible]

13 MAR. 2020

④ Ruptura da bexiga, com escape de urina.

⑤ Maloclusão bucal com fratura externa e lesão com traço recente.

⑥ Criteriosa revisão anamnese e história

⑦ Avaliação da função, no decorrer + exame visual clínico.

⑧ 10/11/20

Confere
com original



13 MAR 2020

Dr. Gustavo Furtado
CRM-RR 1256
Ortopedia

Thiago Amorim da Silva
Diretor Geral
CPF: 505.712.072-00
H. S. O. S. P.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO		05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PINTO BR 174 - Km 463 CEP: 69.370-970 RORAINÓPOLIS	JOANA VILCA Confere com original
Data: 01/01/19	O.S.		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Exclusão Doença

TIPO DE INTERVENÇÃO: 1/ instalação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: <u>Felipe</u>	1º AUXILIAR: <u>Marcos Cogo</u>
2º AUXILIAR: _____	INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____	ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: <u>Rafael</u>	ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____	FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

05.370.016/0001-00
13 MAR. 2020

② supsc. supsc. / Cogo op.

③ Encontro: paciente Dan. m. m.
 17 anos. Vítima de acidente de trânsito
 MODULISTICO alta greja queimadura esfol.
 I. ca. em perna, coxa, abdome, seio, tórax
 ante braço, pulso e elemento de tórax,
 fratura de bacia. malacia com fratura de bacia.
 mal de gesso e total imobilização. mal de gesso
 as fraturas extensas e deprimidas. mal de gesso, po-
 nente de bacia e de tórax.

④ Impulsão da b. ca., com gale
de dano.

⑤ Maloclusão lateral com fratura
externa e lesão com traço pericardio.

⑥ Criteriosa revisão an. l. e l. l. l.

⑦ Avaliação de lesão no osso, periti
+ sendo veral dano.

⑧ 10 A P

Confere
com origina.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km. 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

Dr. Gustavo F. F. F.
Ortopedia
CRM-RR-1255

13 MAR. 2020

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE S
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900095376		18/03/2019 09:36:19		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		MANHA 07-13		52	
Paciente JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA				Data Nascimento 13/03/2002		Idade 17 A 0 M 5 D		CNS 700504918316050		CPF 03380638200	
Tipo Doc Documento		ArgAo Emissor		Data EmissAo		Sexo F		Estado Civil PARDA		Naturalidade BOA VISTA	
IDENTIDADE MÃe ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO				Pal							
EndereAo AVENIDA - JARDIM - 138 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR						Contatos Cel1: 9591572380 - - -					
Class. de Risco		Plano Convenio SUS - SISTEMA NICO DE SADE		N da Carteira		Validade		AutorizaAo		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIMENTO		Carate do Atendimento URGNCIA		Profissional do Atend.		Procedencia		Temp.		Peso PressAo	
Setor		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: HALLYSON.MACKESA			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> SAndrome Febril <input type="checkbox"/> SintomAjtico RespiratArio <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL		<input type="text"/>	
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame FAsico											
HipAtese DiagnAstica											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO -X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____											
PRESCRIAo						APRAZAMENTO			OBSERVAAo		
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por DecisAo MÃdica						<input type="checkbox"/> AmbulatArio					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido						<input type="checkbox"/> ObservaAo (AtAo 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia						<input type="checkbox"/> InternaAo					
<input type="checkbox"/> TransferAncia para: _____						Data e Hora da SaAda/Alta: ____/____/____:____:____					
Abito											
Antes do 1Ao Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃo Destino: <input type="checkbox"/> FamÃlia <input type="checkbox"/> IML Anatomia PatolÃgica ____/____/____:____:____											

Carimbo e Assinatura do MÃ©dico



13 MAR. 2020

18/05/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuário Médico. Assinado por: THIAGO AMORIM DOS SANTOS
18/03/2019 ...: Guia de Atendimento SPA 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900095376 18/03/2019 09:36:19 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA MANHA 07-13 52

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA 13/03/2002 17 A 0 M 5 D 700504918316050 03380638200

Tipo Doc Documento Argão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade

IDENTIDAD F PARDA BOA VISTA

Mãe Pal

ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

Endereço

AVENIDA - JARDIM - 138 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Contatos

Cell: 9591572380 - - -

Class. de Risco Plano Convenio N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caratê do Atendimento Profissional do Atend. Procedencia Temp. Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol.

Registrado por:

DEMANDA ESPONTANEA

HALLYSON.MACKESA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Tóxico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revella

☐ Transferência para: _____

☐ Ambulatório

☐ Observação (Ata 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

Ábito

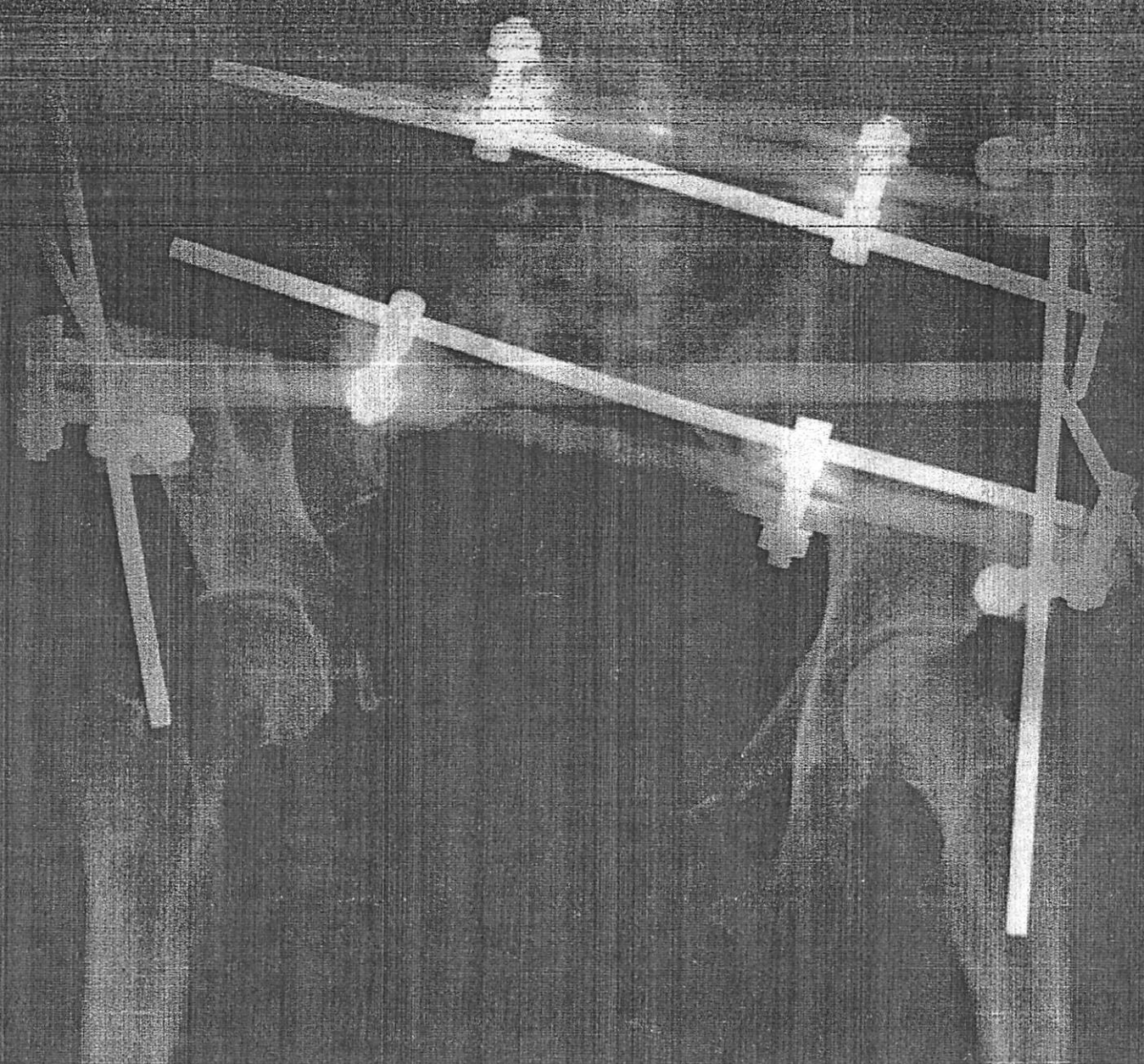
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



1900095376



D

JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

1/1/2019 17:03:53

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

49.3%



D

JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA


11/2019 17:03:53

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR QUEIMSON

49.5%

18/05/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL: Arq: Boletim de Ocorrência: Assinado por: THIAGO AMORIM DOS SANTOS

	ESTADO DE RORAIMA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS "Seu primeiro instrumento de cidadania"	
--	---	--

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **1566/19** DATA: 09/10/2019 HORA: 10:40hs
 ATENDENTE: WENDEL FERNANDES SOARES DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA
 DATA: 01/01/2019 HORA: 07:20hs
 LOCAL: AV. Dr. YANADARA FINAL DO ASFALTO ENTRADA DA VICINAL 02 ZONA URBANA DE RORAINÓPOLIS.

DADOS DA VÍTIMA
 NOME: JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA RG: 533495-0 SSP/RR CPF: 033.806.382-00
 DATA DE NASCIMENTO: 13/03/2001 IDADE: 18, ANOS SEXO: FEMININO
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: UF:
 PAI: OSNEY BEZERRA DA SILVA MÃE: ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO
 GRAU DE ESCOLARIDADE: SUPERIOR INCOMPLETO
 ENDEREÇO: RUA-MONTE RORAIMA S/Nº SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS
 TELEFONE: 95 99157-2380
 REFERÊNCIA: CASA DO SD PM OSNEY

DADOS DO INFRATOR
 NOME: IDENTIFICADO POR "PAULO" RG: CPF:
 DATA DE NASCIMENTO: IDADE: SEXO:
 NACIONALIDADE: CIDADE: UF:
 PAI: MÃE:
 GRAU DE ESCOLARIDADE:
 ENDEREÇO:
 REFERÊNCIA
 TELEFONE

CÓDIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1013	TRÂNSITO	ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

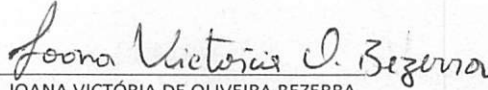
BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que foi vítima de acidente de trânsito no dia 01/01/2019, onde foi confeccionado ROP PM RR RLIS nº2018737, e B.O nº004/2018, que este número de B.O na verdade é 004/2019, ratificando a numeração incorreta, relato...Que na data acima descrita a vítima a Sra. JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA trafegava na Av. Dr. Yandara sentido centro bairro conduzindo uma motoneta HONDA/BIZ 125 ES COR ROSA Chassis:9C2JA04208R050630, RENAVAM-00946886695, PLACA NAU-5960 RR em nome de DIANA MARIA DE ALENCAR AMORIM relata que ao chegar no fim do asfalto da Av. Dr. Yandara só sentiu o impacto na traseira de sua motoneta, que um veículo FIAT/PALIO FIRE FLEX COR VERMELHO Chassis:9BD17146G62729247, RENAVAM-00877535175, PLACA JXG-7633 AM, em nome de MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA e conduzido por um indivíduo identificado por "PAULO eletricitista" que após a colisão se evadiu do local sem prestar socorro a vítima, que o veículo foi localizado na lixeira de Rlis abandonado, que a vítima foi socorrida por uma equipe do SAMU vítima de lesão corporal de natureza grave e foi encaminhada para capital para HGRR, que o veículo foi encaminhado ao pátio do CIRETRAN para medidas administrativas e a motoneta entregue ao proprietário pois se encontrava em dias.

Registrasse para fins de seguro DPVAT.

Esse é o relato.


 WENDEL FERNANDES SOARES
 AGENTE DE POLÍCIA


 JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA
 COMUNICANTE

DESPACHO

☐ Fato atípico, archive-se. ☐ Intimar Comunicante ☐ Ao S. I. para providências
☐ Intimar as partes ☐ Aguardar audiência ☐ Aguardar novos fatos ou representação
☐ Elabore-se _____ Art(s) _____
☐ Encaminhe para outra(s) providência(a): _____
 Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
 Testemunhas: _____
☐ Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
 _____, Data ____/____/____, Horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

1228) Guia online - Modulo Seguro - X | Projeto DPVAT (Busca avançada) - X | Seguradora Liber DPVAT Acum. - X | +

← + C seguradoralibercomprSeguro-DPVAT/Acompanhe o Processo

SINISTRO 3200112028 - Resultado de consulta por beneficiário

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

VÍTIMA JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

CPF/CNPJ: 03380638200

Posição em 11-05-2020 11:14:03

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/04/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
---------------	------------	-----------

Digitte aqui para pesquisar