

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CREUZA LINHARES DE MESQUITA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
197645 SSP RR

CPF
567.618.482-53

DATA NASCIMENTO
14/09/1975

FILIAÇÃO
TERESINHA LINHARES DE MESQUITA

PERMISSÃO **ACC** **CAT.HAB.**
A

Nº REGISTRO
06222003025

VALIDADE
29/03/2024

1ª HABILITAÇÃO
05/11/2014

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Creuza L. de Mesquita

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
29/03/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
JGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

89796098260
RR210091703

RORAIMA

DENATRAN **CONTRAN**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831242930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831242930







Foto digitalizada
conforme informado
este número

0125803-6

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

Nº da Nota Fiscal 003704911

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
*SETEMBRO/2019	16/10/2019	280	295,37

VALDECY ALVES CHIMENDES
R. SOLANEA 137 Q 845 LT 62 LAURA MOREIRA
RESIDENCIAL MANAIRA
CEP: 69.318-181 - BOA VISTA

ROI: 7.001.28.08.022000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	18587		Atual: 20/09/2019
Anterior:	18307		Anterior: 23/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 20/10/2019
Consumo Medido:	280		Emissão: 19/09/2019
Consumo Faturado:	280	FCAM	Apresentação: 20/09/2019

NORMAL 28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDB01899M 1310821		1.1.1.2	217

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 229	CONSUMO 280 A R\$ 0,766106 = 214,50
JUL/19 251	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 1,09
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X) 18,35
MAI/19 211	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,54
ABR/19 227	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 3,33
MAR/19 224	MULTA POR ATRASO (2X) 6,63
FEV/19 207	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 23,43
JAN/19 221	ILUMINACAO PUBLICA 25,50
DEZ/18 188	
NOV/18 255	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor 08/2019 207,74
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/10/2019, em função das contas rejeitadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica. Informamos que a inclusão do nome do consumidor no CEPEN, informações ainda existentes em nosso sistema, já rejeitadas, no valor de R\$ 1,00, de acordo com o histórico, não tem efeito no pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800.7019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO F3DF.F1DC.A84F.39D2 08C8.89E7.4222.AF51

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 55,01	Base de Cálculo: 214,50
Energia: 116,64	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 36,46
Encargos: 6,05	Valor do PIS: 0,04
Tributos: 36,80	Valor do COFINS: 0,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE

3,35 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,32
0,00 0,00 0,00

DISTRITO

ROI: 7.001.28.08.022000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

SEU CÓDIGO

0125803-6

MÊS FATURADO

09/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

295,37

VENCIMENTO

16/10/2019

Nº da Nota Fiscal 003704911

FCAM



FERNANDES & PIROLLA
ADVOCACIA E ASSESSORIA

Polly Weudson Fernandes de Souza
OAB/RR 1588-N
Kauan de Souza Pirolla
OAB/RR 382-B

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CREUZA LINHARES DE MESQUITA, brasileira, do lar, portadora do RG nº 197645 SSP/PR e inscrita no CPF nº 567.618.482-53, residente e domiciliado no endereço Rua Solania, nº 137, bairro bairro Laura Moreira, em Boa Vista/RR;

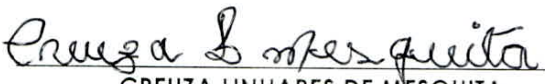
OUTORGADO: PÔLLY WEUDSON FERNANDES DE SOUZA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR 1588-N, com escritório na Avenida Capitão Júlio Bezerra, 2185, 1º Andar, 31 de Março, Boa Vista/RR.

OUTORGADO: KAUAN DE SOUZA PIROLLA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR 382-B, com escritório na Avenida Capitão Júlio Bezerra, 2185, 1º Andar, 31 de Março, Boa Vista/RR.

OUTORGADO: VINICIUS FERNANDES DE SOUZA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR 2206, com escritório na Avenida Capitão Júlio Bezerra, 2185, 1º Andar, 31 de Março, Boa Vista/RR.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos receber citações, notificações, intimações, alvarás judiciais, representá-la em audiência de conciliação e julgamento agindo os outorgados em conjunto ou separadamente, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer esta a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 04 de dezembro de 2019.


CREUZA LINHARES DE MESQUITA
Outorgante





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2019 08:52 Data/Hora Fim: 14/02/2019 09:18
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/12/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Cruzeiro do Sul

Bairro: Jardim Primavera

Ponto de Referência: Em frente de uma panificadora
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CREUZA LINHARES DE MESQUITA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Marabá	Sexo: Feminino	Nasc: 14/09/1975
Profissão: Do Lar		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Teresinha Linhares de Mesquita			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 567.618.482-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 99119-6270 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 384.500.971-34	Placa NUI-6942
Renavam 01038764642	Número do Motor KD08E1F411761
Número do Chassi 9C2KD0810FR411761	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Creuza Linhares de Mesquita	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/02/2019 09:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 003573/2019

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita, sendo à mesma de propriedade de seu companheiro VALDECY ALVES CHIMENDES, CPF 384.500.971-34. Onde foi colidida por um veículo que transitava em sentido contrário e tentou fazer uma ultrapassagem naquele momento (NÃO SABENDO INFORMAR ÀS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS, MAS QUE O CONDUTOR PERMANECERAM NO LOCAL ATÉ SEU RESGATE). Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

Creuza L de Mesquita

Creuza Linhares de Mesquita
(Vítima / Comunicante)

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



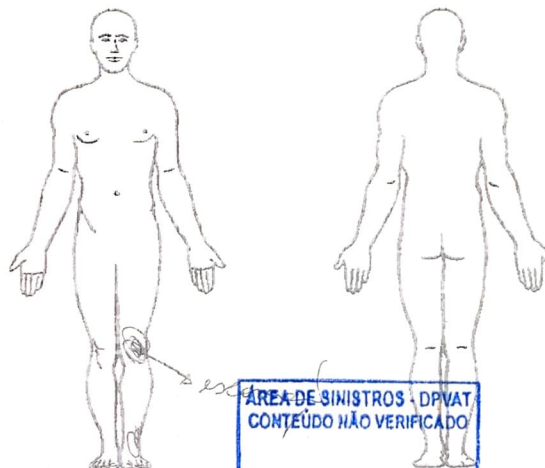
PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO Nº 2126		EQUIPE SAMU BV BRAVO I		EQUIPE: <i>Flávia Silva / André Luis</i>	
Paciente: <i>CREUSA LINHARES MESQUITA</i>		Idade: <i>43</i>		Sexo: <i>FEMININO</i>			
Nacionalidade: <i>BRASILEIRA</i>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia					
Endereço: <i>Imperio do Sul</i>		Bairro: <i>João Amador</i>					
Nº <i>22344</i>		DATA <i>05/02/18</i>		HORA <i>08:10</i>		BASE <i>(X) VIA () RÁDIO</i>	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>Dr. Eladil</i>		HORA <i>08:18</i>		HORA <i>08:24</i>		<i>(X) CELULAR</i>	
☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO <i>112 - 08:37</i>							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()							
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS	
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motociclista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Uso do cinto ☐ Vidro projetado ☐ Vidro encarcerado ☐ Air Bag Acionado ☒ MOTOCICLETA / BICICLETA ☒ Colisão MOTO x <i>Carro</i> ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto ☐ Garupa		☐ FAF ☐ FAF ☐ Espandimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:	
PEDESTRE							
☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA							
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal		☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade		☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria [] D [] E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ DNV	
SINAIS VITAIS ESCALARES							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início <i>08:20</i>	<i>130/80</i>	<i>80</i>	<i>20</i>	<i>97</i>			
Fim <i>08:38</i>	<i>120/70</i>	<i>90</i>	<i>20</i>	<i>97</i>			
AVIL. DE SECUNDARIA							
Pele		Cabeça		Face		Pescoço	
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mordidura		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfiseema subcutâneo ☐	
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII	
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação		☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	
QUEIMADURAS							
Pele		Cabeça		Face		Pescoço	
☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfiseema subcutâneo ☐		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfiseema subcutâneo ☐		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfiseema subcutâneo ☐		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfiseema subcutâneo ☐	
HISTÓRIA DE DOENÇAS							
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter		☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☒ Outra <i>trauma</i>	
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS		☐ Alergias ☐ Outros		☐ Medicação de uso			
CONDIÇÃO DE AVALIAÇÃO							
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☒ SEVERA							
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTES		MULTIPLS MEIOS ACIONADOS					
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trole ☐ Bombeiro no local		☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☒ Outros <i>Flávia Silva / André Luis</i>					
RCP		OBSERVAÇÕES					
☐ Iniciado as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:		☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros					
DESTINO							
☒ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota		☐ Cosme e Silva - PCC5 ☐ Hosp. Santo Antônio - HC5A ☐ HLMNSN					

SAMU 192-BV
Carimbo e Assinatura
Em 25/01/19
Rubrica

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

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	02 máscara de oxigênio
Perda de líquido: _____	BCF: _____	02 furo de urina P e G
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		

7. Teste de Reflexo	Classificação	Pontos
7.1. Reflexo de espanto	Espondo	3
7.2. Reflexo de espanto	Ao Som	3
7.3. Reflexo de espanto	A Pressão	2
7.4. Reflexo de espanto	Ausente	1
7.5. Reflexo de espanto	Não Testável	NT
8. Teste de Reflexo	Classificação	Pontos
8.1. Reflexo de espanto	Orientado	3
8.2. Reflexo de espanto	Confuso	2
8.3. Reflexo de espanto	Palavras	3
8.4. Reflexo de espanto	Sons	2
8.5. Reflexo de espanto	Ausente	1
8.6. Reflexo de espanto	Não Testável	NT
9. Teste de Reflexo	Classificação	Pontos
9.1. Reflexo de espanto	A ordem	3
9.2. Reflexo de espanto	Localização	3
9.3. Reflexo de espanto	Flexão	4
9.4. Reflexo de espanto	Flexão	3
9.5. Reflexo de espanto	Flexão	3
9.6. Reflexo de espanto	Extensão	2
9.7. Reflexo de espanto	Ausente	1
9.8. Reflexo de espanto	Não Testável	NT



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. CopRão João Dazerra, 464 - Boa Vista - RR



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Equipe especializada para ocorrer no trauma da colisão
nota X VAN. Vítima encontrada sentada no cadeirão
plástico com capote. Vítima se levantou e sentou
na cadeira, verbalizando orientada, lucida com
resposta no teste de espanto. Abordo de UTR verificado
no ESRV. Paciente informado ao médico regente
do que aconteceu no trauma.

SAMU 192-BV
CONTATO COM
CRIC/VIL
Em 25/01/19
Stephanie
Rubrica

Assinatura e carimbo do profissional

03/12/2018

::: Guia de Atendimento 17 :::



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

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

1801042189 03/12/2018 08:47:40 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 8

Paciente **CREUZA LINHARES DE MESQUITA** Data Nascimento **14/09/1975** Idade **43 A 2 M 19 D** CNS **700605913959670** CPF **56761848253** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP RR** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **TERESINHA LINHARES DE MESQUITA** Pai **NC** Contato **(95) 99119-6270**
Endereço **RUA - SOLANEA - 137 - - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **URGÊNCIA** N° da Carteira **SAMU CAPITAL**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: MICHELE CAVALCANTE**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomas e Sinais ☐ Suspeita de Doença

Anamnese de Enfermagem GSC **AD: 1234 PM: 12345 MW: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Acidente automobilístico

Exame Físico *fratura de fíbula*

Hipótese Diagnóstica *Escorregões + Rx fíbula*

SADT - Exames Complementares ☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO *Medicamentos*

Conduta ☒ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Alta a Pedido *Alta a Revelia* *Transferência para: Ortopedia* *Data e Hora da Saída/Alta: / /*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **michele.cavalcante**
Data Hora: **03/12/2018 08:48:43**

03/2018
SISTEMA - Sistema de Atendimento
Rua: ...
Tel: ...

23/12/18

Ortopedia

Dr. Max

Paciente F de 43 anos de idade, vítima de
trauma joelho (E) após acidente de moto
eff dor + edema joelho

Radiografia: fratura fíbula (E) + fêmur distal (E)

H.D

O mesmo

(E.1)

Imobilização + TC joelho

TC

joelho: fratura fíbula (E)

(E.2)

Imobilização + analgésico + Tetracina

Dr. Odinechi C. Gomes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 151.111



310755-00

Renata D'Amorim de Mesquita

PASTA PARA PRONTUÁRIO

HOSPITAL CORONEL MOTA
Rua: Coronel Pêlo, 636 - Centro / Tel: (46) 2121-7471
AUTENTICAÇÃO
Foi e Dou Fe Que a Presença Original é Real Reprodução de
Foi e Dou Fe Que a Presença Original é Real Reprodução de
E na Vista-RR, de 04 de 20 19

GOVERNO DO ESTADO
DE RORAIMA



PA

PLANO DE

F.A.Nº 46810/2001

MÉDICO

OFTALMOLOGIA

Associado 310755/00 Prontuário Anterior

Nome CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Endereço R: JOSE ALEIXO, 1794

Bairro ASA BRANCA

Cidade BOA VISTA

Identidade

Nascim. 14/09/1975 Idade 25

Resgate PARTICULAR

Procedencia RESIDÊNCIA

Motivo CONSULTA DR ROMUALDO

Sexo FEMININO

03/04/2001 8:18:48

EVOLUÇÃO MÉDICA

COOPERPAI - MED

DATA
HORA

Emulgel.

24/01/18

Discretos "cristais" no CAE (E)
Lágrimas discretas cristais?? na
pálpebra no CAE E
H/otobolite
letargia p 6 hrs

29/11/18

José Dias Serrano Barba
OFTALMOLOGIA
CRM-RN 1145

13/12/12

VGB - MCM

03/07/12 POLIESTE OMM
REFR. SUPLENV
VSD

Dr. Max Soares
OFTALMOLOGIA
Medicina do Trabalho
CRM-RN 1145

COOPERPAI (037)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

Creusa Guimarães de Mesquita

DATA HORA EVOLUÇÃO 310755-00

13
09
17

Cardiologia

Exame eletrocardiográfico

Exame normal

130x80

ECG, Goldmann

Wheeler

Dr. Antônio Carlos
Cardiologia
CRM 15.511

18/01/18

Dermatologia

Referi queda de moto em novembro 12017
evoluiu com hiperromie em áreas
exponidas. fímulas e hiperromie em calcanhar
Bulha de ruído em conduto auditivo externo
há 2 anos.

CD: vit E 31.

DK 31.

2) alortona 11.

alfa ariutim 21.

Crema

mandar.

2) vit E 20/

ac. salicilico 51

aso 51.

D-pantenol 11.

pêr.

3) 9nc

otorrino.

Isabel Martin
Dermatologia
CRM 15.516



N. 14.09.1971 EVOLUÇÃO DE AMBULATÓRIO

NOME: <u>Cecilia Linares de Aguiar</u>		REG. <u>310755</u>
SERVIÇO DE		DATA: <u>26.10.10</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL ☐ NÃO	1ª CONSULTA ☐ RETORNO ☐
EVOLUÇÃO	<u>Coaxa em AO (palp.)</u> <u>Exc. AO = blyante PTA e PTN (> OE)</u> <u>OE = exc. PTE c/ tumor benigno.</u>	
TERAPEUTICA	<u>AVL } 20/40</u> <u>S/C } 20/40</u> <u>Col = Strampes multico + tobrades +</u> <u>gentel + hemoglobina p/</u> <u>exatise tumor PTE</u> <u>MÉDICO - CRM</u>	
SERVIÇO DE		DATA: <u>1.11</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL ☐ NÃO	1ª CONSULTA ☐ RETORNO ☐
EVOLUÇÃO	<u>Coaxa c/ pui - sp. OK.</u> <u>Co = Marcar cirurgia.</u>	
TERAPEUTICA	<u>MÉDICO - CRM</u>	
SERVIÇO DE <u>Dermatologia</u>		DATA: <u>18.07.18</u>
SE	ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM OU DOENÇA OCUPACIONAL ☐ NÃO	1ª CONSULTA ☒ RETORNO ☐
EVOLUÇÃO	<u>Dermatologia</u> <u>Melato que não fez uso de medicamentos mexi-</u> <u>tes. Há 3 dias após outro acidente de moto</u> <u>com enoxiações e formação de placas eritematosas</u> <u>lucamente denominadas 'em pema' (E) (Koelner)</u>	
TERAPEUTICA	<u>Alergia φ</u> <u>HPP: Mioma</u> <u>co. mproolic 60 dias.</u> <u>hidrocortisona 1% face</u> <u>Silvia</u> <u>MÉDICO - CRM</u>	



LAUDO MÉDICO

NOME: **CREUZA LINHARES DE MESQUITA**

ID: RG 197645 SSP/ RR, CPF 56761848253

- ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA: **FÍSICA**
- REGIÃO ACOMETIDA: **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**
- DESCRIÇÃO DO QUADRO: **LESÃO TRAUMÁTICA JOELHO ESQUERDO, TRAUMA COM FRATURA DA CABEÇA DA FÍBULA ESQ. E LESÃO POR AVULSÃO PARCIAL DO LIGAMENTO COLATERAL FIBULAR ESQ.**
- REPERCUSSÕES: **IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO MEMBRO, INSTABILIDADE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO**
- CAUSA: **SEQUELA DE TRAUMA DO JOELHO. PREJUDICANDO A MOBILIDADE - "AGACHAMENTO" E FALSEIO EM APOIO LATERAIS À ESQUERDA.**
- CID: **S 82.2 / S 89.2**
- **LESÕES PERMANENTES E INCAPACITANTES PARA O JOELHO AFETADO.**

BOA VISTA, 13 NOVEMBRO 2019.

MAXEMILIANO JOSÉ SOUTO MAIOR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 695/RR RQE - 434/RR

Dr. Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-RR 695
RQE 434 RQE 434





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a pedido da mesma, a paciente **CREUZA LINHARES DE MESQUITA** CPF: 567.618.482-53, (Prontuário Nº 14196). A paciente compareceu a fisioterapia com diagnóstico médico de fratura da fíbula, iniciou seu tratamento fisioterapêutico nesta unidade, no dia 25/01/2019, todas as terças e sextas-feiras às 08h30, no turno matutino. Foram realizadas 12 sessões de fisioterapia. A paciente foi ao término reencaminhada ao ortopedista para reavaliação.

Sem mais para o momento, estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Boa Vista - RR, 08 de março de 2019.


Jéssica Oliveira da Silva
Fisioterapeuta
CREFITO 170952-F

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista-Roraima – Brasil
(0xx95) 3625-0794.

NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA
05 DE OUTUBRO

GOVERNO
DO **POVO**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - R.E. do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 567.618.482-53 4 - Nome completo da vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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

5 - Nome completo: CREUZA LINHARES DE MESQUITA 6 - CPF: 567.618.482-53
7 - Profissão: AUTONOMA 8 - Endereço: RUA: SOLANEA 9 - Número: 137 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAUREA MOREIRA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-181
15 - E-mail: franciscobelar@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (05) 99154-6697

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:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 013 CONTA: 35095 5

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, RR 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166000 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA Data do acidente: 03/12/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166000

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Edg. 0120/101200 - Valid_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14775947

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8UN SUTRY HMWLE UVV7K

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190588227

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 03/04/2019, emitido pelo Dr. SILVIO F. DOS REIS CRM nº 295 - RR, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL - RR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15003871