



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: ALAN DHEMMISON ANDRADE DE OLIVEIRA,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador da carteira de
identidade nº 356657-9, SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 747.343.772-00,
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA
TERESINA, nº 294 Bairro: NOVA CIDADE,
CEP: 69.346-236, Tel. 99121-5198

Outorgado: **Bel. JOÃO MARCELO NOCCHI SANTA RITA**, Brasileiro, Solteiro, Advogado,
Inscrito na OAB/RR sob o nº 404-B, e **Bel. SILVINO COELHO GUEDES CORRÊA GONDIM**,
Brasileiro, Casado, Advogado, Inscrito na OAB/RR sob o nº 1914, ambos com endereço
profissional a Avenida Getúlio Vargas, nº 5470, Centro, Boa Vista - RR, Telefone: (95) 99170-5916,
onde deverá receber informações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no
que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o a praticar todos os atos
processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer
instancia, tribunal ou Juizado Especial, com poderes de cláusula "ad juditia", bem como realizar
todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular,
inclusive substabelecer, assim como, transigir, inclusive receber alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista, 01 de ABRIL de 20 19.

X Alan Dhémison Andrade de Oliveira
OUTORGANTE



ADVOCACIA & CONSULTORIA
Advogado: João Marcelo Nocchi Santa Rita
OAB/RR Nº 404-B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: ALAN DHENMISON AMARAL DE OLIVEIRA,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, portador da carteira de
identidade nº 356657-9, SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 747.343.772-00,
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA
TERESINA, nº 294 Bairro: NOVA CIDADE,
CEP: 69316.236, Tel. 99121-5198.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo
e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista, 01 de ABRIL de 2019.

x Alan Dhenmison Amaral de Oliveira
OUTORGANTE

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, 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. ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS	
 MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PR/PAEP 209.67730.08-7 NÚMERO 2644557 SERIE 001-0 RR RR <i>Alan Dhenmison Andrade de Oliveira</i> ASSINATURA DO TITULAR  POLEVAR DIREITA	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE		03
FILIAÇÃO		
DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		
NOME		
DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		
NOME		
DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		
NOME		
DOCUMENTO		MOTIVO
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		
LEGENDA		
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO G - DATA DE NASCIMENTO B - FURTO D - ADOPÇÃO F - MUDANÇA DE NOME		

ALAN DHENMISON ANDRADE DE OLIVEIRA

ITAITUBA PA 25/03/1983

SILVERIA CRISTINA ANDRADE DE OLIVEIRA

R.G. 4754668 PC PA

SOLTEIRO

747.343.772-00

002

4754668

3388562658

0122

DR/RR

22/12/2004

Assinado

CAE
CHPJ: 05.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.308-610

Atendimento
CAE
0800 280 9520
www.cae.com.br

Metrôcula: **954241** Fevereiro/2019

Dados do Cliente:
ANTONIA CORREIA DE SOUSA

Endereço para entrega:
RUA TERESINA, NUM. 294 - NOVA CIDADE BOA
VISTA RR 69016-236

Inscrição
001.025.383.0150.000

Rota
17

Seq.Rota
3010

Quantidade de Economias
RESIDENCIAL

Hidrometro
NÃO MEDIDO

Data de Instalação
17

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0

LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

CONSUMO	DATA
10-0	201801
10-0	201812
10-0	201811
10-0	201810
10-0	201809
10-0	201808
10	MEDIA

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 6440 / 2005 G.M.

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	193	193	193	193	193
CONFORMES	193	193	193	193	193

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		

MULTA P/ IMPONTUALIDADE 12/2018

TOTAL A PAGAR
24,30

VENCIMENTO: 15/03/2019

AVISO: EM 31/12/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Impresso em: 08/03/2019 18:44:05

Assinado digitalmente

10		11	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CNPJ		CNPJ	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO		CARGO	
CBO Nº		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA		REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA		FGTS Nº DA CONTRA	

10		11	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CNPJ		CNPJ	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO		CARGO	
CBO Nº		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA		REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA		FGTS Nº DA CONTRA	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 356657-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/2007

NOME ALAN DHENMISON ANDRADE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO SILVERIA CRISTINA ANDRADE DE OLIVEIRA

NATURALIDADE ITAITUBA - PA DATA DE NASCIMENTO 25/03/1983

DOC ORIGEM CERTO NASC 24.097 FLS 190 LIV A-94

ITAITUBA - PA

CPI

1 VIA

Sorala Azevedo Nascimento
Diretora em Exercício do IIOC

P 99

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINADO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4º PEL PM/ 4ª CIPM / MUCAJAI
"AMAZÔNIA: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 015/ 2018

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
106	4ª CIPM	25/02/2018	4º PEL	15h20min	15h20min	15h34min	17h30min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
1001/1003/1999	13999	--	12052	12105

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./Rua	Bairro:	Pt. Ref:
RR 325 KM 24	Área Rural	Faz. Serra verde

PESSOAS RELACIONADAS

01	Condutor	Nome	Alan Dhemmison Andrade de Oliveira	Idade	34	E. Civil	União estável
Endereço	RR 325 01 km	Nº	S/n	Bairro	Área rural		
RG	356657-9 SSP/RR	CNH	*****	Profissão	Braçal		

02	Responsável	Nome	Maria Ana Celia da Silva	Idade	35	E. Civil	União estável
Endereço	RR 325 02 km	Nº	S/n	Bairro	Área rural		
RG	203 457 SSP/PA	CNH	*****	Profissão	Do lar		

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

Recebi conduzindo (s) material (ais) acima anotados:

ASSINATURA		CARGO	APC	LOCAL	DP. Mucajaí
------------	--	-------	-----	-------	-------------

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor Delegado de policia civil de Mucajaí, fomos acionados por um popular que buscou o pelotão para informa de um acidente de transito ocorrido há uns 25 km de Mucajaí na RR325. Deslocamos ate o local e nos deparamos ainda no local a viatura SAMU de Mucajaí pr4stando os primeiros socorros. De acordo com populares o item vinha sentido apiau/mucajai e perdeu o controle da motocicleta, uma Honda CG 125 FAN placa NAR 4986, vindo a descer uma ribanceira de aproximadamente uns 100 CM. Com a queda o mesmo veio a bate a cabeça e escoriações pelo corpo. Informo que, devido a distancia e local não ter comunicação não foi possível realizar a consulta da motocicleta. Devido a Motocicleta esta sem condição de trafegabilidade, a mesma fora entregue a item 02 esposa do condutor. O item 01 ficou aos cuidados da equipe medica plantonista.

Era o que tínhamos a informar.

Assinatura	Nº	Posto/Grad.	SUOp
	47000129	2º SGT PM	4º PEL/ 4ª CIPMFron

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original.

RR 27/06/18

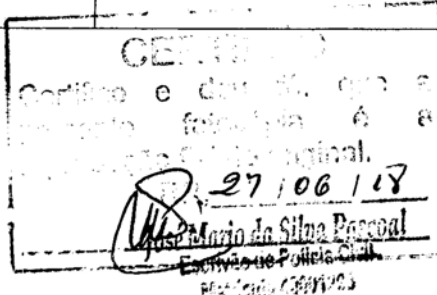
Maria da Silva Parente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

BOLETIM DE Ocorrência

Boletim de Ocorrência Nº 225/2018		Data:	25/02/2018	Hora:	17h30m
Nome: POLICIA MILITAR – ROP/PM Nº 015/2018		Alcunha:			
Identidade / RG Nº: ***		CPF: ***			
Endereço: AV NSA SRA DE FATIMA		Bairro: CENTRO			
Ponto de Referência: POLICIA MILITAR					
Cidade: MUCAJAI	Estado: RR	Telefone: 190			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Naturalidade: BOA VISTA	Estado: RR			
Filiação: *****					
Profissão: MILITAR	Data de Nascimento: ****	Idade: ***			
Estado Civil: *****	Grau de Instrução: *****				
Cor/Raça: MILITAR					
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR					
Natureza: Outras infrações de Transito		Data/hora: 25/02/18-17h30m	Cód: 1999		
Nome/Vítima: Alan Dhemmison Andrade de Oliveira		Idade: 34anos			
CPF/RG: Rg 356657-9-SSP/RR	Filiação:				
Endereço: RR 325 KM 01, MUCAJAI/RR					
Local da Ocorrência: RR 325 KM 24, MUCAJAI/RR					
Senhor Delegado,					
Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajaí a Guarnição da Polícia Militar a qual apresentou o ROP Nº 014/2018, QUE relata um Acidente de Tráfego na RR 325 KM 24 apiaú/mucajaí; QUE o condutor da motocicleta HONDA CG FAN 125cc acima citada perdeu o controle da referida motocicleta vindo a descer a ribanceira. Era o que tinha a comunicar .					
 Elvis Wink Lacerda PLANTONISTA Matricula Nº 020140052 Despacho			POLICIA MILITAR/ROP 015/2018 Comunicante		
☒ FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE ☐ AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL ☐ INTIME-SE AS PARTES TCO/BOC PELO DELITO PREVISTO NO ART ☐ INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL.			Despacho		
LOCAL DATA / /			LOCAL DATA / /		
ASS. AUTORIDADE POLICIAL			ASS. AUTORIDADE POLICIAL		

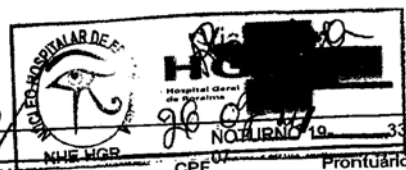


25/02/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO B

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800913293		25/02/2018 21:53:28		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		CNS	CPF	Prontuário
Paciente ALAN DHENMISON ANDRADE DE OLIVEIRA				Data Nascimento 25/03/1983	Idade 34 A 11 M 0 D	Nacionalidade BRASILEIRA		
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3566579	Órgão Emissor 3	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PA	Naturalidade NI	Contato
Mãe SILVERINA CRISTINA ANDRADE DE OLIVEIRA				Endereço RUA - APIAU - SN - CENTRO - MUCAJAI - RR		Ocupação		
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	Pressão
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL			Procedimento Sol.		Registrado por: ALESSANDRA.CRISTINA		
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h) Paciente relata acidente de moto								
Exame Físico BEC, LORE, Glaxogen 15. Apresenta hematoma e hemifaca (E)								
Hipótese Diagnóstica Fratura de osso da face								
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:								
PRESCRIÇÃO 1 Internação pelo Bucomexilo						APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:						Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /		
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não						Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável						Assinatura do Médico Carla Guimarães Grana CRM-RR 11111		
Impresso por: alessandra.cristina Data Hora: 25/02/2018 21:54:10						1800913293		



ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJAI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: TEC. WILHAUES / CONJUNTO CLAUDIO
Paciente: ALAN DHEMMISON ANDRADE DE OLIVEIRA Idade: 34 Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: BRASILEIRO Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia:
Endereço: RR 325 APIAU Telefone: _____
Ponto de Referência: _____

CHAMADA Nº da Ocorrência: 3328 Data: 25/02/18 Hora do Acionamento: 15:30
Médico(a) Regulador(a): ALISON Hora Cegada no Local: (J/10): 15:27
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra hospitalar ☐ Apoio: _____ Outros: _____

AValiação no local da ocorrência (no cenário do acidente)

MECANISMOS DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X _____ ☐ Motorista ☐ Passageiro dianteiro ☐ Passageiro traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Vítila projetada ☐ Colisão X _____ ☐ Motorista MOTO / BICICLETA ☐ Acidente com moto X _____ ☒ Queda de moto: ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Queda de bicicleta ☐ Passageiro	VIOLÊNCIA ☐ Agressão física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Violência doméstica ☐ Violência Sexual	OUTROS ☐ Acidente de trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda altura aprox.: _____ ☐ Acidente doméstico ☐ Queimadura agente ☐ Agressão por animal ☐ Outros: _____

AValiação no local da ocorrência (na viatura)

AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS ☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéico ☐ Obstruída ☐ Respiração Ruidosa ☐ Taquipnéia	VENTILAÇÃO ☐ Abolida ☐ Ferida aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. ausente ☐ M.V. diminuído ☐ Maciez	CIRCULAÇÃO ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☒ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. Visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>15:35</u>	<u>130/80</u>	<u>84</u>	<u>19</u>	<u>96%</u>	<u>36</u>		<u>132 mg/dL</u>	
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
PELE ☐ Cianótica ☐ Corada ☒ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca PELVE ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	CABEÇA ☐ Afundamento ☐ Contusão ☒ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☒ Hematoma ☐ Laceração	FACE ☐ Contusão ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☐ Ferimento ocular	PESCOÇO ☐ Desvio de traqueia ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	TÓRAX ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	ABDOME ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Respiração Ruidosa
AValiação CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fluter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	MEMBROS ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão	HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC ☐ Medicamentos em uso:

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA	
DESFECHO DO CHAMADO ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote ☐ Recusa de atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☒ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN

RCP ☐ Iniciada as: _____ : _____ ☐ Término as: _____ : _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso	OBS: _____
---	----------------------

DESTINO ☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Grande Trauma - GT ☐ Hospital Coronel Mota - HCM	☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hospital das Clínicas - HCR / RR ☐ Hospital Lotte Íris - HLI ☒ Hospital José Guedes Catão
---	---

Armando André M. Ferreira
Médico

HORA DO AÇIONAMENTO 17:35
BARRA 10 17:20

PERTENCES
(PACIENTE)

Descrição

Nome do Receptor

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO DE
RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJAI - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____

Movimentos fetais: _____

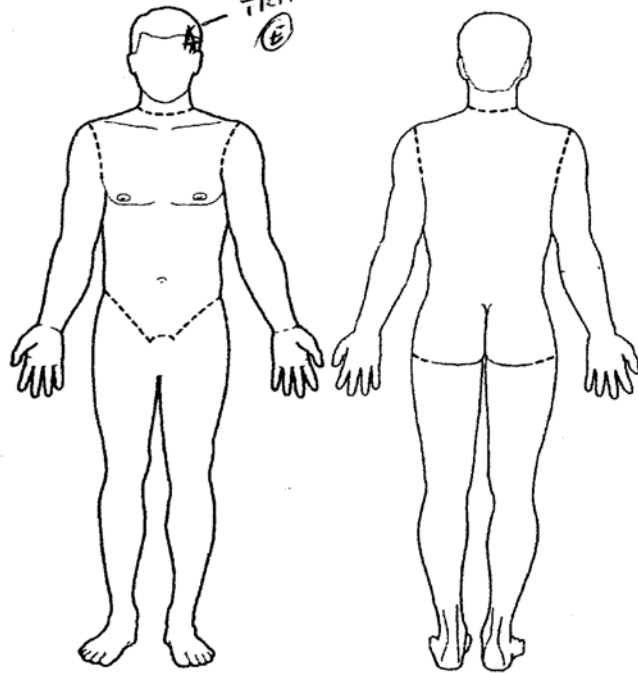
Perda de Líquido

BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1. Abertura Ocular (O):	Esponânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE AUTO TRAMPA
em supacilio esquerdo, + escoriação na face visual
mantido alcoolizado.

Dr. Josué Jesus Paneque Matos
Médico
CRM-482/RR
Av. Firmino Azevedo, 23 - Centro
Mucajai-RR CEP: 69.340-000

TEE: WILHAMES CORON RR 10755

LAUDO MÉDICO OFTALMOLÓGICO

NOME: Alan Dhennison Andrade de Oliveira

R.G: 356657-9

C.P.F: 747.343.772-00

IDADE: 35 anos

Data: 24-07-2018

Contato: 32246452

Paciente que foi atendido em nossa
clínica com queixa de perda da Acuidade
visual de após acidente.

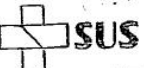
com: AV: 00. 20/20
de OD.

que no fundo de Olho se observa rico-
triz. retinocoroidéa que atinge mancha
de e nervo óptico hipoclorado.

ETD: H 54.4 OE
H 31.0 OE


Dra. Maria Elena Varela Caballero
Médica Oftalmologista
CRM-RR 1316 / RQE-647

Dra. Maria Elena Varela Caballero
Médica Oftalmologista
CRM 1316 / RQE:647

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
HGR							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO			
Alan Dhenmeson Andrade de Oliveira							
7 - DATA DE NASCIMENTO				11 - TELEFONE DE CONTATO			
25/03/1983							
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
Silverina Dursina Andrade de Oliveira				15 - UF			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				16 - CEP			
Araucária Centro Mucosóia RR							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
- Assimetria facial							
- Edema							
- Dor							
- Equimose							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Necessidade A.G.							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Exames clínicos + TC							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
Fratura de C2D							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS)							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CON)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉ							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CB							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS)							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS							

040902052
5028
V299

10-3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERA

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 06/03/18

O.S. _____

*Alan Dhinmeson
Andrade Oliveira*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do complexo zigomático-orbital

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução + fixação interna rígida das fr

TIPO DE INTERVENÇÃO: Eletr

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Sergio Kussaba 1º AUXILIAR: Dr. Ricardo Brito

2º AUXILIAR: Lozer Brasil

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

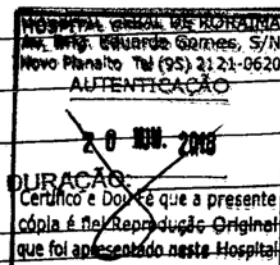
ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Ubiratan

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____



RELATÓRIO CIRURGICO

- Paciente em DDH, sob A.G + intubação orotra que
- Assepsia + antissepsia intra e extra oral + P.e.e
- Anestesia infiltrativa em região supra e supra orbital
- Incisão linear supra e supra orbital + disulção
- planos + deslocamento periosteal
- Redução + fixação rígida supra orbital e/pt
- Pl de 06 furos alongados + placa de 4 furos along
- e/ 4 parafusos superior e 5 parafusos superior
- Suture por planos, internos com Vicryl 4.0 +
- planos externos com nylon 4.0
- Revisão dos pontos
- Alta energica

*Sergio Kussaba
Cirurgião - Traumatologia
R. João de Deus 500
Fone: 3201 8834*



Natália Martha
Comarca de Roraima
28/02/2019
PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Alan Dhennison Andrade de Oliveira

IDADE: 34 A

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA: 217

LEITO: 4

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE: Bucumaru

PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Acute vítima de acidente de moto e trauma
a face e fratura de complexo zigomático orbitário
Aguardando cirurgia

Obs: Exames radiográficos
- ECG
- Ex. laboratorial
- TC Tórax
prontuário

Solicitado

Risco cirúrgico

Grato

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bucomaxiofacial
CRM 717

Médico

Data

Tad. 2/2

TP 15

ATN. 81

Wi. 1.1

TTPA 32

CR 29

CR 1.08

Data

34 anos fr zigomático

Sin queixa Cardiológica

Neg. TABS, DM e Comorbidades

Ecg RS, normal

fr. Leão: Pres Cardiac long

Neg de BNF SISA PA 160 x 8

MU (+) bilateralmente SINA Exame

Classe I (Lee)

ASA I

Médico

Dr. Ricardo Carvalho
Cardiologista
CRM-R 1641 RQE 16

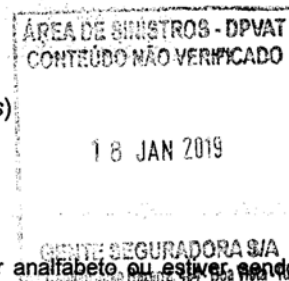
20/02/18

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – DPVAT

DOCUMENTOS DO SINISTRO INVALIDEZ

Nº 3190049963
CPF: 747.393.772-00

- ✓ 1. **Boletim de ocorrência policial:** (original ou fotocópia autenticada frente e verso)
 - Documento feito na Delegacia de Acidente de Trânsito da Polícia Civil.
- ✓ 2. **Ato Declaratório:** (original ou fotocópia autenticada frente e verso)
 - Atendimento pelo Corpo de Bombeiro; Atendimento pela Polícia Militar (ROP); Atendimento pela Polícia Civil; Atendimento pela Polícia Rodoviária Federal; Remoção pelos Anjos do Asfalto; Remoção pelo SAMU; Remoção pela Defesa Civil.
- ✓ 3. **Laudo do Instituto Médico Legal (IML):** (original ou fotocópia autenticada)
 - Laudo do Instituto Médico Legal (IML) da jurisdição do acidente ou da residência da vítima, com as características das perdas anatômicas e funcionais, físicas e psíquicas decorrentes de lesões traumáticas sofridas pela vítima.
- * 4. **Declaração do proprietário do veículo:** (autenticada - documento fornecido)
 - Somente exigido se a vítima estiver de condutor ou passageiro em um(a) motociclo / motoneta / ciclomotor;
 - Caso a vítima seja o proprietário do veículo, não será necessário a "Declaração do proprietário do veículo";
 - Deverá possuir assinatura do proprietário e do condutor, reconhecida por autenticidade.
- ✓ 5. **Documentação médico-hospitalar:** (fotocópia simples)
 - Boletim do primeiro atendimento médico hospitalar;
 - Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma..
- ✓ 6. **Documentação de identificação da vítima:** (fotocópia simples frente e verso)
 - Carteira de Identidade (RG); Carteira de Trabalho (CT); Carteira Nacional de Habilitação (CNH); Certidão de Nascimento; Certidão de Casamento;
 - Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- ✓ 7. **Comprovante do pagamento do Seguro DPVAT:** (em original ou fotocópia – frente e verso)
 - Documento Único de Transferência (DUT) ou Documentação do Veículo.
8. **Outros:**
 - Todo e qualquer documento que venha ser agregado junto ao processo fornecido pela vítima.
- ✓ 9. **Autorização de pagamento / Crédito de indenização:** (formulário fornecido)
 - Documento fornecido pela Seguradora Líder autorizando o pagamento de indenização do seguro DPVAT.
- ✓ 10. **Documentos comprobatório dos dados bancários:** (cópia simples)
 - Cartão bancário, e Cabeçalho do extrato bancário.
- ✓ 11. **Comprovante de residência em nome da vítima ou terceiro:** (cópia simples)
 - Comprovante de residência (conta de água, luz, etc);
 - Declaração de endereço (documento fornecido).
- * 12. **Procuração:** (original feito em cartório)
 - Documento específico para recebimento do Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto ou estiver sendo representado por terceiros.
 - Obs.: Comprovante de residência, Circular SUSEP Nº 445/12, Xerox autenticada do CPF, RG e Procuração autenticada.



Vítima:

ALAN DHEMMISON ANDRADE DE OLIVEIRA

Recebido em:

18/01/2019

Horário:

16:38

Contatos: (95) 3224-6304 ou 3224-7725

Analista:

THOMAS



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Nome: Alan Dhimeson Andrade de Oliveira

Data da internação: 25/02/2018

Data da alta: 07/03/2018

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilo: Dr. Sérgio Kussaba e Dr. Ricardo Brito

DIAGNÓSTICO

Fratura do Complexo-zigomático-orbitário (CZO)

TRATAMENTO

Redução e fixação interna rígida de fratura. Prescrição pós-cirúrgica e encaminhamento de retorno ao ambulatório do HCM com Dr. Sérgio Kussaba.

EVOLUÇÃO

BEG, LOTE, AAA, normocorado, respondeu bem ao pós-operatório, sem intercorrências. Edema dentro do esperado.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 3 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dr. Dennis Dinelly
Cir. Buco Maxilo
CRO/R 505

Ass. Cirurgião (CRO)

Assunto: Fwd: [SEGURO DPVAT]

Para: tsqcorretora@oi.com.br

Data: 09/04/19 11:43

De: Silvino Guedes <silvinoguedes.sg@gmail.com>

a171174 (7kB)

a171174 (7kB)

----- Forwarded message -----

From: <faleconosco@seguradoralider.com.br>

Date: Seg, 8 de abr de 2019 18:20

Subject: RES: [SEGURO DPVAT]

To: <silvinoguedes.sg@gmail.com>

Srº Alan, Boa noite!

Sinistro 3190049963 cancelado tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária inadimplente, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15.

Atenciosamente,
Adriana



www.seguradoralider.com.br

Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

----- Mensagem Original -----

De: silvinoguedes.sg@gmail.com

Enviada em: 03/04/2019 12:06:04

Para: faleconosco@seguradoralider.com.br

CC:

Assunto: [SEGURO DPVAT]

SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO

Nome: ALAN DHENMISON ANDRADE DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 74734377200

E-mail: silvinoguedes.sg@gmail.com

Cidade - UF: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 981046550

Opções Seleccionadas: Pedido de indenização > Outra dúvida

Mensagem: Quando acesso o portal da seguradora, a informação que consta após digitado o número do sinistro e o CPF, é que não foi encontrado nenhuma informação do pedido de DPVAT.

EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE

CONFIDENCIALIDADE

https://mail3.oiinternet.com.br/iwc_static/layout/shell.html?lang=pt-br&3.0.0.3.0... 09/04/2019