



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: ANA VALÉRIA SOUSA DA SILVA,
BRASILEIRA, CASADA, ASSISTENTE ADMINISTRATIVA, portador da carteira de
identidade nº 211.930.550/112 e inscrito no CPF/MF sob o nº 774.949.462-68,
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA JOSÉ
REMAPO HAMAD, nº 123 Bairro: HELIO CAMPOS,
CEP: 69.316-562, Tel. 99167-4466.

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, 11 de MAIO de 2019.

Ana Valéria Sousa da Silva
OUTORGANTE



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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: ANA VALEIA SOUSA DA SILVA
BRASILEIRA, CASADA, ASSISTENTE ADMINISTRATIVA, portador da carteira de
identidade nº 212930 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 774.949.462-68
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA JOSÉ
RENATO HADAD, nº 123 Bairro: HELIO CAMPOS
CEP: 69316-562, Tel. BOA VISTA-RR.

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, 11 de maio de 2019.

Ana Valéria Sousa da Silva
OUTORGANTE

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0061601-0

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

Nº da Nota Fiscal 002159387

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	16/02/2019	425	369,19

ANA VALERIA SOUSA DA SILVA
R. JOSE RENATO HADAD 123 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00077494946268
CEP: 69.316-562 - BOA VISTA

ROT: 28 001.26.24.094200

DADOS DA LEITURA		kWh		kVArh	
Atual:	23703				
Anterior:	23278				
Constante de Multiplicação:	1,000				
Consumo medido:	425				
Consumo Faturado:	425				

DATAS DA LEITURA	
Atual:	15/01/2019
Anterior:	13/12/2018
Próxima Leitura:	15/02/2019
Emissão:	14/01/2019
Apresentação:	15/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	13LDB09961M	1424601	1.1.1.2	383

HISTÓRICO kWh		Mês/ano consumo	
DEZ/18	440		
NOV/18	464		
OUT/18	523		
SET/18	310		
AGO/18	272		
JUL/18	246		
JUN/18	233		
MAI/18	291		
ABR/18	535		
MAR/18	446		

TARIFA SEM TRIBUTOS:	
U A 425	- 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	425 A R\$ 0,796948 = 338,70
ILUMINACAO PUBLICA	30,49

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA! JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CABOS DA ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA

Para mais informações, consulte o site: www.roraimaenergia.com.br

Em 15/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nesse período.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	83,49	Base de Cálculo:	338,70
Energia:	177,05	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	57,57
Encargos:	9,19	Valor do PIS:	2,02
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
8,45	16,91	33,82	8,46
1,92		9,00	0,41
			11/2013
			126,13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polgar direito



Ana Valéria Sousa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 212930 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/05/2016

NOME
ANA VALÉRIA SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO
DERNIVAL DE JESUS SOUSA
MARIA RAIMUNDA SILVA SOUSA

NATURALIDADE
BACABAL - MA

DATA DE NASCIMENTO
13/07/1984

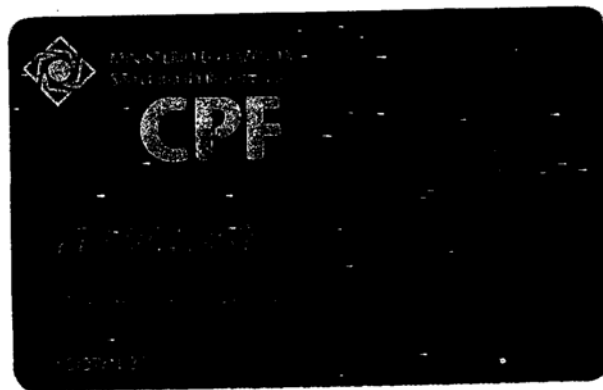
DOC. ORIGEM
CERTD CAS 06234 FLS 234 LIV B-021
2 OF BOA VISTA - RR

CPF
774.949.462-68

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal do Estado de Roraima
Diretor de ROR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011632/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/03/2018 17:35 Data/Hora Fim: 19/03/2018 17:39
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: ROP/GM: 007766 SÉRIE H Data: 19/03/2018
Delegado da Polícia: Márcio Roberto Alves de Amorim

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/03/2018 12:30

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Rua: Lourival Coimbra com rua Cezar Nogueira Junior
Complemento: Cruzamento - Próximo Germano Sampaio

Bairro: Pintolândia

Tipo de Local: Via Pública

Natureza:	Muito(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: ALVA, VALÉRIA SOUZA DA SILVA (ENVOLVIDO, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Administrador

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Feminino

Idade: 34

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: S-06
Bairro: Senador Hélio Campos

DISPACHO
() ARQUIVAR (ATO ATÍPICO)
() AGUARDAR NOVOS FATOS
() AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
() INTIMAR AS PARTES POSITIVAS
() INTIMAR AS PARTES NEGATIVAS
() NÃO SE ENQUADRA NA INVESTIGAÇÃO
() REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
() REMETER PARA:
BY: *[Assinatura]*

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

Nome: WILLIAN SHAKESPEARE DO N. FERREIRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 40

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Documentos:

RG - Carteira de Identidade: 128942

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Delício Andrade de Farias
Bairro: Francisco Neves

DAT
Confere com original
Data: 26/09/2018
Nº: 62 João Nogueira
Assinatura

Nome: MILTON DE SOUZA CRUZ (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 03/04/1976

Profissão: Guarda Municipal/Civil



Delegado de Polícia Civil: Márcio Roberto Alves de Amorim
Impresso por: Raquel Andrade de Araújo
Data de Impressão: 19/03/2018 17:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011632/2018

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário Camioneta/Caminhon
Placa NAN5757	Número do Chassi 26730
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT SIENA ELX FLEX	Modelo FIAT SIENA ELX FLEX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Envolvidos

Desconhecido 1

Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneva
Placa NAO6176	Número do Chassi 98625
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Envolvidos

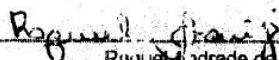
Ana Valéria Souza da Silva

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o RDP/GI 1 que informa um acidente de trânsito aonde a testemunha WILLIAN afirmou: guarnição que a condutora ANA VALÉRIA seguia na motocicleta placa: NAO: 6176 pela Rua: Lourival Coimbra e que ao chegar no cruzamento a Rua Cesar Nogueira foi surpreendida pelo veículo de PLACA: NAN: 5757 que colidiu com a motocicleta e em seguida empreendeu fuga tomando rumo ignorado; Que ANA VALÉRIA sofreu fratura na perna sendo socorrida pela equipe do SAMU e encaminhada ao PS.

ASSINATURAS



Raquel Andrade de Araújo
Fica responsável pelo Atendimento

“O declarante ou os declarantes responsáveis pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que delatou, conforme previsto nos Artigos 330-Diagnóstico Calunioso e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

DAT
Confere com original
Data: 26/04/2018
João Henrique
Assinatura

03

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. n. 874, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
73 299 0030 RE			17.11.2011
1109118			01
DATA DA ANULAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANULAÇÃO			

06

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Sociedade Educacional Atual da Amazônia LTDA
CNPJ/MF: 03.536.667/0001-00
Rua: Jornalista Humberto Silva n°. 308 Bairro: União
Município: Boa Vista Estado: RR
Cargo: Assistente Administrativo
Admissão: 13 de março de 2012
Registro: 2300866 Fis/Ficha: Ficha
Remuneração: R\$ 864,84 (oitocentos e sessenta e quatro reais e oitenta e quatro centavos) por mês.

Primeiro Nome: José Carlos Santos
Gestor Administrativo e Financeiro
Centro Universitário do Estado da Amazônia

Sociedade Educacional Atual da Amazônia

DATA DE SAÍDA	DE	DE
DATA DE RESCISÃO		
CONDIÇÃO DE		
FOI N. DA CONTA		

07



Bravo II

Equip

Idade:

Sexo

made.

DATA

HORA

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

AUTOMÓVEL	MOTO: <i>X carro</i>	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto [] SIM [] NÃO	☒ Conductor	[] FAB	[] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
Vítima [] projetada	[] Carona	[] PAF	[] Queda, Altura aprox.: _____
[] encarcerada	Capacete ☒ SIM [] NÃO	[]	[] Acidente Doméstica
Air Bag: [] SIM [] NÃO	[] queda	Espancamento _____	[] Queimadura Agente _____
Motorista: []	[] Atropelamento	[] Violência Doméstica	[] Agressão p/animal _____
Passageiro [] dianteiro	☒ Colisão _____	[] Violência Sexual	[] Outros: _____
[] traseiro	BICICLETA _____	[] Tentativa de suicídio	
[] Capotamento	[] Conductor	[] Outro: _____	
[] Atropelamento	[] Carona		
[] Colisão _____	[] queda		
	[] Atropelamento		
	[] Colisão _____		

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Avail. Neurológica
☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>S/A</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☒ <u>S/A</u>	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☒ <u>S/A</u>	☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinoorragia ☐ Acetamento alcooolizado ☐ DNY

Hora		P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	:	139 82	87	23	99%	—		—	—
Fim	:	130 95	80	22	99%	—	—	—	—

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada	☒ Contusão	☒ Contusão	☒ Escoriações	☒ Escoriações	☒ Escoriações
☒ Quente	☒ Escoriações	☒ Escoriações	☒ Lacerações	☒ Lacerações	☒ Lacerações
☒ Pálida	☒ Laceração	☒ Lacerações	☒ Lacerações	☒ Tórax insuável	☒ Distensão
☒ Fria	☒ Hematoma	☒ Lacerações	☒ Hematoma	☒ Resp. paradoxal	☒ Em tábua
☒ Úmida	☒ Afundamento	☒ Ferimento ocular	☒ Desviado traquéia	☒ Tamponamento	☒ Doloroso
☒ Seca	☒ Fer.		☒ Enfisema Sub-Cutâneo		☒ Evisceração
☒ Cianótica	☒ Penetrante	☒ _____	☒ _____		
	☒				

Pelve		Coluna Dorsal	Membros	
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☒ Fratura <i>Fratura</i>
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Amputação
☒ Dor	☐ Dor	☐ Lacerações	☐ Lacerações	
☐ Instabilidade		☐ Luxações	☐ Luxações	
☐				
☐				

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtar	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	---	---	---	--	--

☐ ILESO	☐ PEQUENA	☐ MÉDIA	☐ OUTRO
☐ SEVERA	☐ MORTE	☒ INDETERMINADA	

Assinatura do Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS

CONFERE COM O ORIGINAL

08/10/18

Amie

[] Inicializada as: _____ [] Término as: _____

[] Bombeiro _____

[] Outros: _____

EM: _____

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

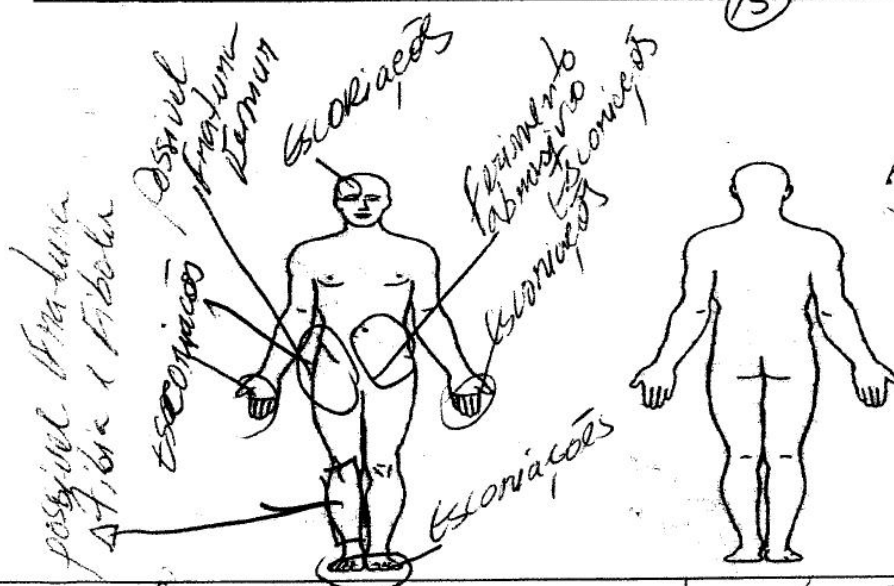
Brazilian

TERMO DO PACIENTE	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☒ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
-------------------	--	---

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

1) Trauma colissado moto com corpo encontrada em de cubito lateral
do lado, apresentando lesões - em MMIS DE + Ferimentos
profundos no abdômen 2 + escoriações em região frontal do
tórax. Fraturas em UMI D e UMI S, fêmur, tibia e fíbula. Realizado
procedimento conforme protocolo, informado a família que
nada a além de 10mg de Dipirona + 40mg Talatril (C)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Resposta Verbal (verbal)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09	1	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		0	0	
Resposta Verbal	Orientado	Balbuça	5	Resposta Verbal (verbal)	> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
Resposta Verbal	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Resposta Verbal (verbal)	14 - 15	6	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		11 - 13	4	
	Flexão postural	Retira-se da dor	4		8 - 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 - 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 - 4	1	
Nenhuma	Nenhuma	1					
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 08/06/18
Stephanie

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____ BCF: _____
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

03 ataduras de 20 cm + 1 de 10 cm
01 seringa 20 ml + 1 amp. de dip.
morat + Talatril 40 mg e sculp. 23

19/03/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO A

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

HGR
Hospital Geral
de Roraima

DIURNO 07-19 33

1800923726 19/03/2018 13:01:15 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA
Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
ANA VALERIA SOUSA DA SILVA 13/07/1984 33 A 8 M 6 D 77494946268 164141
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 212930 SSP-RR 14/02/2011 F CASADO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe Contato
MÁRIA RAIMUNDA SILVA SOUSA (95) 99119-6488
Endereço Ocupação

RUA JOSE RENATO HADAD - 123 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL DANIEL.VIANA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático 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

ADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- ☐ 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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 19/03/2018 13:02:12



1800923726



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2-Nº 122 027243

Particular

1 - Registro ANS 30415-8	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
04 - Data da Autorização	5 - Senha*	6 - Data de Validade da Senha*
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira*	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Ana Carolina Sousa	11 - Carteira Nacional de Saúde*	

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante*	15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO

Dados do Hospital/ Local Solicitado/ Dados da Internação					
19 - Código na Operadora/ CNPJ	20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado	21 - Data Sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso Quimioterápico
28 - Indicação Clínica Art. cl. fatura sem fratura + fratura de 2º e 3º fêmur extremo					

Hipóteses Diagnósticas				
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doenças relacionadas)

Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar*	40 - Qtde. Diárias Autorizadas*	41 - Tipo da Acomodação Autorizada*
42 - Código na Operadora/ CNPJ Autorizado*	43 - Nome do Hospital/ Local Autorizado*	44 - Código CNES*

Observação/ Justificativa		
RAFAEL BARBOSA Assistente de Faturamento Hospital Unimed-BV		
CONFERE COM ORIGINAL		
45 - Data da Solicitação	46 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Anderson P. Silva Médico Traumatologia e Ortopedia CRM: 1733	47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
48 - Assinatura do Responsável pela Autorização		



www.unimedbv.com.br
Av. Glaycon de Paiva, 1027
69303-340 São Vicente, Boa Vista - RR
T. (95) 3195-8400



PRONTO SOCORRO

DATA 26/03/2018 HORA 10:09 - Usuario: PATRICIAPSILVA

Registro: 4811661

Prontuário: 000028273

DADOS DO PACIENTE

Nome.....: ANA VALERIA SOUSA DA SILVA
Sexo.....: Feminino
Documento...: 212930
Tel.Pacien.: 95991674466
Endereco...: RUA VEREADOR MANOEL JOAQUIM M Bairro...: SENADOR HELIO CAMPOS N.:166
Profiss....: CORPO CLINICO Especialidade: CLINICA MEDICA - CLINICO
Convenio...: PARTICULAR/PARTICULAR
Guia.....: Matricula:
Responsavel: ELIELTON DA SILVA
Doc. Resp...: 219611
Observação.:
Nascimento.:13/07/1984 Idade.: 33 anos
CPF.....: 774.949.462-68
Cel.Pac...: 95991196488
CPF.....: 729.055.652-68
Tel. Resp...: (95)99167-44

Queixa Principal:

Historia Doença Atual:

Exame Físico:

Hipotese/Diagnostico:

Pulso: P.A.: F.C.: F.R.: Temp.: Peso:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Und	Lib	Und	Lib	Und	Lib
Kit ampola 10ml		Diazepam		Micropore	CM
Kit ampola 10ml + Sol Fisiol 100ml		Dramlm B6		Equipo	
Kit ampola 10ml + Sol Fisiol 250ml		Adrenalina			
Kit ampola 10ml + Sol Glicose 250ml		Vitamina C			
Kit ampola 10ml + Sol Glicosada		Flumicil		O2 sob cateter/Nebuliz	
Kit ampola 1ml		Glicose		Bota gessada adul/inf	
Kit ampola 1ml + Sol Fisiol 100ml		KCL		Kit cantoplastia/Excerese	
Kit ampola 20ml		NACL		kit curativo grande	
Kit ampola 3ml		Plasil		Kit curativo pequeno	
Kit ampola 3ml + Sol Fisiol 100ml		Tilatil		Kit curativo medio	
Kit ampola 3ml + Sol Glicosado 500ml		Voltarem		Kit sutura	

[Assinatura]
Assinatura Paciente/Responsável

RAFAEL BARBOSA
Assistente de Faturamento
Hospital Unimed-BV

CONFERE COM ORIGINAL

SUPERINTENDÊNCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL								SERIE H		
								007766		
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/h	H/Fin			
28		19/03/18		12:30	12:30		14:58			
Cód. Oc.	Cód. Oc.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin						
			59756	59768						
LOCAL DA OCORRÊNCIA										
Av/Rua: LUIZ VAL ALMEIDA OLIVEIRA JUNIOR RUA TOLANDIA								Ref: TOLANDIA		
PESSOAS RELACIONADAS										
1	Nome: ANA VALERIA S. DA SILVA	Idade: 34	E. Civil: SOLTEIRA							
Endereço:										
Edit: R.G.	CNH/CPF: 474 949 462-68	Profissão: ADMINISTRACAO								
2	Nome: WILLIAM SHAKESPEARE DOM FERRER	Idade: 40	E. Civil: CASADO							
Endereço:										
Edit: R.G.	128 049 510/00	CNH:	Profissão: AUX. DE SERVIÇO DOMESTICO							
3	Nome:	Idade:	E. Civil:							
Endereço:										
Edit: R.G.	CNH:	Profissão:								
4	Nome:	Idade:	E. Civil:							
Edit: R.G.	CNH:	Profissão:								
5	Nome:	Idade:	E. Civil:							
Endereço:										
Edit: R.G.	CNH:	Profissão:								
6	Nome:	Idade:	E. Civil:							
Endereço:										
Edit: R.G.	CNH:	Profissão:								
ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS										
OBS: FICOU NO LOCAL DAS PEÇAS PERTENCENTES AO VEICULO DO INFRAUTOR.										
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADOS										
ASSINATURA		CARGO		LOCAL						
R. Quil. Garça		ACPC		25 DP an 15h00m						
HISTÓRICO										
Senhor: DELEGADO (A) INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA PRESTARMOS APOIO AO SAITRAA EM RUA ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO. CHEGAMOS NO LOCAL FOMOS INFORMADOS PELO ITEN 2 QUE PRESENCIOU QUANDO O ITEN 1 TRANSITAVA PELA RUA LUIZ VAL ALMEIDA OLIVEIRA JUNIOR. O ITEN 1 CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA MAO-6176 FOI SUPREENDIDO PELO VEICULO DE PLACA NAN 5257 QUE COLIDIU E EM SEGUINDA EMPENDEU FULGA TOMANDO RUMO IGNORADO QUE O ITEN 1 SOFREU FRATURA NA PERNA SINISTRA SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL SUCRU DO FRANCISCO FLESCAO. SEGUNDO INFORMACOES REPASSADA A ESTA GUARNICAO PELO ITEN 3.										
ASSINATURA		Nº		Posto/Grad.		Unidade/Posto.				
GEM NILTON		25 828		1ª CLASSE		CJ Clu.				
RELATOR										

1ª. VIA - Branca - Autoridade a que se destina
2ª. VIA - Sub-unidade
3ª. VIA - Talão

CONFERE COM ORIGINAL
EM: 21/09/18
Ass: Natália Ferreira de Oliveira
Diretora Dep. Inspeção Geral - DIG



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Ana Carolina Souza de Souza

Data: 19/03/18 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

CIO:

FIM:

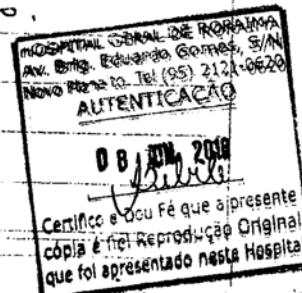
DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:



RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1. Pct/ 004 Sol plano anestesia
- 2. Assupr + anti suppr + colocação de
- 3. Impr estereis.
- 4. Colocação de fratura externa em f. h.
- 5. d. a. f.
- 6. Colocação de tração transver qual f. a
- 7. emeral a d. a. f.
- 8. curat: no
- 9. Rpe

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – DPVAT

DOCUMENTOS DO SINISTRO INVALIDEZ N° 3190 05 0103

- ✓ 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 (DJT) 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 e 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 N° 445/12, Xerox autenticada do CPF, RG e Procuração autenticada.

Vítima:

ANA VALÉRIA SOUSA DA SILVA

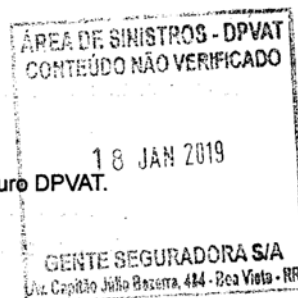
Recebido em: 18/01/2019

Horário: 16:42

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

Analista:

THOMAS





BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO INSS TERM.023745
ANA VALERIA SOUSA DA SILVA 12:51 HRS
AGENCIA 2084 CONTA 0862418-6 08/MAR/2019
DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 1.410,00
+ CONTA INSS 1.410,00
TOTAL DE RECURSOS 1.410,00

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE
-----OUTUBRO/2018-----
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR
03 SALDO ANTERIOR 7,00
-----NOVEMBRO/2018-----
06 CREDITO DO INSS 8311018 1.370,00
MES 10/2018 NB 622588123-2
SAQUE C/C BDN 7798640 950,00
SAQUE C/C BDN 7798646 420,00
S A L D O 7,00

REVALIDE SUA SENHA NO MES 04

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Remover marca d'água agora

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190050103

Vítima: ANA VALERIA SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA VALERIA SOUSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13850785

☒ SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
4 - CNES			
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE			
6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			
11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF			
16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A REVIDÊNCIA			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			