



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, João Abetom Vieira de Moraes PROFISSÃO: Aposentado
ESTADO CIVIL: Casado, FONE: _____,
E-MAIL: _____ RG: 20238
SSP- RR e CPF: 034.432.642-09, RESIDENTE Á
RUA: São Marcos N° 35,
BAIRRO: Cinturão Verde, pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 04 de Junho de 2019.

João Abetom Vieira de Moraes
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: João Abhner Vieira de Moraes
ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Aposentado
RG N° 20238 SSP/ RR CPF: 034.432.642-04
ENDEREÇO: Rua: São Marcos, 35, Cinturão Verde

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 04 de JUNHO de 2019.

João Abhner Vieira de Moraes



MINISTERIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALARIO
CAIXA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL

17-00007

Sete

0219170

Numero

Assinatura do Portador

Assinatura: J. H. Silva

17-00007

Sete

0219170

Numero

Assinatura do Portador

Assinatura: J. H. Silva

[illegible]

CONTRATO DE TRABALHO
10157469/0001-92

Empregador: Transsec Ltda. - Comércio de Peças
Rua: Av. B. Eduardo de Sá, nº 11, Mecejana
Município: CEP: 89.334-600
Esp. do estabelecimento: Rota 100
Cargo: Motorista
Data admissão: 01 de Setembro de 2001
Registro nº: RA 3001.00
Remuneração especificada: R\$ 300,00
Ass. do empregador: [assinatura]

1º Data saída: 31 de Janeiro de 2001
2º Ass. do empregador: [assinatura]

CONTRATO DE TRABALHO
34791938/0001-76

Empregador: DANTAS & CIA. LTDA.
Rua: Av. Mario H. de Melo, 4950 - Cambé
Município: CEP: 69.212-000
Esp. do estabelecimento: Box Vista
Cargo: Motorista
Data admissão: 01 de Agosto de 1998
Registro nº: 002
Remuneração especificada: R\$ 400,00
Ass. do empregador: [assinatura]

1º Data saída: 31 de Agosto de 1999
2º Ass. do empregador: [assinatura]

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	João Ubirajara Brito de Menezes
Loc. Nasc.	São Luiz, Maranhão
Est.	Maranhão
Data	15 / 10 / 1946
Filição	Filho de João Brito de Menezes e Maria de Lourdes Brito de Menezes
Sexo	Masculino
Idade	73
Doc. N°	687
Reg. Civil	Civil
Outro doc.	
Situação Militar	Port. de Exatidão de Serviço
N°	10053
Doc.	999
Naturalizado	Sim
Doc. N°	
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	
Doc. Ident. N°	
Exp. em	
Obs.	
Data Emissão	05 / 11 / 1951 DRT 001
Assinatura do Funcionário	Geolhe

⇒ As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: 341/18 DATA: 16/02/2018 HORA: 10:26
ATENDENTE: JHONATAN SYMON DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 24/08/2017 HORA: 15:46
LOCAL: RUA WLISSES GUIMARÃES, S/N, PANTANAL - RORAINÓPOLIS/RR.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOÃO ABETON VIEIRA DE MORAES RG: 20238 SSP/RR CPF: 034.432.642-04
DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1948 IDADE: 69 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: SÃO LUÍS UF: MA
PAI: JOSÉ SABINO DE MORAES MAE: MARIA DE LOURDES VIEIRA DE MORAES
CNH 00476668378
GRAU DE ESCOLARIDADE:
ENDEREÇO: AV. DRA YANDARA, Nº416, BAIRRO DAS CHACARAS, RORAINÓPOLIS/RR.
REFERÊNCIA
TELEFONE 991334228

CODIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
14017	APOIOS DE SERVIÇOS DIVERSOS	PERDA DE DOCUMENTOS PESSOAIS

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que estava trafegando na motocicleta de MARCA/MODELO HONDA POP100, PLACA NUI 8013, COR PRETA, CHASSI 9C2HB0210FR450480, RENAVAL 01042456132, em nome de KATHIANE DAVIS MORAES, CPF 030.552.912-98, pela Rua Wlisses Guimarães; Que ao se aproximar do cruzamento das ruas sentiu um forte impacto na parte traseira de sua motocicleta, vindo a sofrer o acidente; Que o comunicante foi socorrido pelo resgate do Corpo de Bombeiro Militar e levado ao Hospital desse Município; Que sofreu escoriações e lesões conforme prontuário médico.

Era o que tinha a comunicar.

Jhonatan Symon
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO ABETON VIEIRA DE MORAES
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) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____

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.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Facilitado de Notas e Publicar na Revistas (R)
ETIQUETA NO VERSO

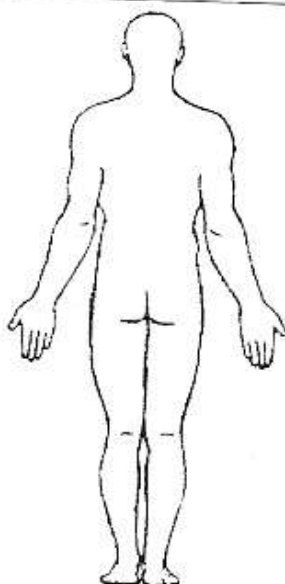
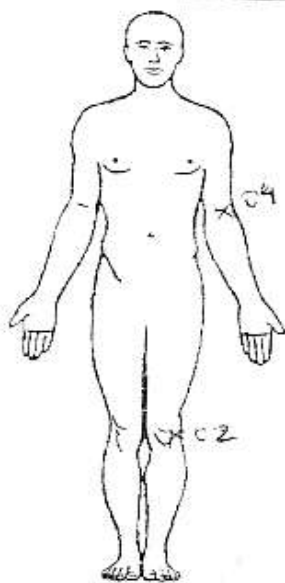
 ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL		 CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DO ESTADO DE RORAIMA COMANDO OPERACIONAL		Nº DO AVISO: <u>638</u>	
				RELATÓRIO Nº: <u>01</u>	
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR				OCORRÊNCIA: <u>T-05</u>	
				DATA: <u>24/08/17</u>	
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI
☐ BBM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 3º PEL ☐ BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		Leste ☐ Oeste ☐ Centro Norte ☐ Sul ☐ Rural		<u>RUA</u>	<u>95692 95695</u>
H/AVISO: <u>15:46</u>	H/SAÍDA: <u>15:47</u>	H/NO LOCAL: <u>1550</u>	H/SAÍDA DO LOCAL: <u>16:00</u>	H/NA OBM OU J/1: <u>16:22</u>	
1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA					
ENDEREÇO: <u>Ulixx Guimarães</u>				Nº:	BAIRRO: <u>Pontal</u>
CIDADE: <u>Rorainópolis</u>		PONTO DE REFERÊNCIA:			
LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:					
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA					
NOME: <u>João Abelson Viera de Novaes</u>				R.G.: <u>20238</u>	
N.: <u>15/10/48</u>		IDADE: <u>68</u>	SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino	NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☐ NÃO	
ENDEREÇO:				Nº:	BAIRRO:
CIDADE:		Telefone:			
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO					
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.					
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.					
Assinatura do paciente/vítima:				RG Nº:	SSP/
Testemunha:				RG Nº:	SSP/
Testemunha:				RG Nº:	SSP/
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)					
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total		
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	<u>15</u> Pontos		
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)					
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total		
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhada ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3. Irritabilidade persistente ☐ 2. Agitação ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4. sente dor, mas não retira ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	____ Pontos		
6. SINAIS VITAIS					
PA:	FR:	FC:	SpO2:		
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA					
ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):					
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ NÃO ☐ SIM - QUAIS:					
8. CASOS CLÍNICOS					
Emerg. Cardíaca Crise hipertensiva Emerg. respiratória AVE Diabetes	☐ Emerg. Obst. - Trabalho de parto ☐ Emerg. Obst. - Suspeita de aborto ☐ Emerg. Obst. - Complicações ☐ Emerg. Obst. - Outros ☐ Insuficiência Renal Aguda	☐ Choque anafilático ☐ Crise convulsiva ☐ Desmaio/síncope ☐ Doenças infectocontagiosas ☐ Emerg. Psiquiátrica	☐ Alcoolismo ☐ Remoção inter-hospitalar ☐ Remoção casa-hospitalar ☐ Outros:		

ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
1.º PEL 2.ª CIA BPABM - RORAINÓPOLIS
DOCUMENTO CONFERE COM O ORIGINAL
ST. RM. MINAS GERAIS - D
 Em: 08/02/2018
 Ass: 11 h 20 Min

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Suicídio/tentativa | ☐ Queimadura - Química | ☐ Vit. de envenenamento |
| ☐ Acidente aéreo | ☐ Ferimento arma branca | ☐ Queimadura - Térmica | ☐ Vit. de intoxicação |
| ☐ Queda - plano elevado | ☐ Ferimento arma de fogo | ☐ Acid. com eletricidade | ☐ Ataque animal |
| ☐ Queda - própria altura | ☐ Ferimento penetrante/perf. | ☐ Afogamento | ☐ Acid. animais peçonhentos |
| ☐ Agressão física | ☐ Ferimento Avulsão/amput. | ☐ OVACE | ☐ Emerg. produtos perigosos |
| ☐ Agressão sexual | ☐ Ferimento Esmagamento | ☐ Vit. de soterramento | ☐ Outros: |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



Legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras

ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
1.º PEL/2.ª CIA/BPABM - RORAINÓPOLIS
DOCUMENTO CONFERE COM O ORIGINAL
STBm DAMASCENO - J
Em: 08/02/2018
Ass: 11 h 20 Min

11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Foi realizada análise primária e curativo no braço esquerdo e remanido para hospital e entregue com vida.

FRANCISCO ANTONIO DE SOUZA
Matrícula: 41500208

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Carteira de identidade | ☐ Cartão magnético | Und _____ | ☐ Capacete | ☐ Outros: _____ |
| ☐ CNH | ☐ Cheque | Fls. _____ | ☐ Calçado | |
| ☐ CPF | ☐ Dinheiro | R\$ _____ | ☐ Óculos | |
| ☐ Título de eleitor | ☐ Jóias | | ☐ Relógio | |

Aos cuidados de:

RG: _____

Telefone: _____

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ P.S. Francisco Elesbão | ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio | ☒ Outro: <u>Estomacal S. P.</u> |
| ☐ P.A. Airton Rocha | ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| ☐ Policlínica Cosme e Silva | ☐ Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☐ Crítico ☐ Instável ☐ Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
<u>Ser. Sebastião</u>	<u>Sd. Butis</u>	<u>Sd. Felipe Gomes</u>	<u>Sd. Felipe Gomes</u>

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro do Conselho (CRM, COREN): _____

Carimbo: _____

.. 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

1700012595		24/08/2017 16:11:00		FICHA DE EXAME		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
JOAO ABETON VIEIRA DE MORAES		15/10/1948		68 A 10 M 9 D		702005388684084		03443264204	
Tipo Doc		Documento		Data Emissao		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE 20238		SSP/RR				M			
Mãe		Nome		Data Nascimento		Idade		CNS	
MARIA DE LOURDES VIEIRA DE MOARES		JOSE SABINO DE MORAES							
Endereço		Endereço		Contatos		Celular		Outros	
RUA - AV. DR. YANDARA - 416 - CHACARAS - RORAINOPOLIS - RR				Cel1: 9591669593 ---					
Assessoria		Plano Convênio		N da Carteira		Validade		Autorização	
SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atendimento		Procedência		Tempo	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO		URGENCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		TAYANA.SANTOS	
DEMANDA ESPONTANEA									
Queixa Principal		Sintomas		Sinais		Exames		Diagnóstico	

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 8

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente é trazido pelos bombeiros para, no pouco tempo
acidente de moto e chega verbalmente, ventilando seu
espontâneo, com estabilidade hemodinâmica, com os

Exame FÁSico

NO JALWO E. X
MURRAY: W/C
RCR 25 BOV R

AK : men!
all line : recent

HipA³tese DiaconA³stica

traumatizing to

USADT Exames Complementares

(X) RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVATIONS

SVP Plant
Tenore can 40mg e 40mg
Baclofen 10mg e 10mg
Avaliar RX de presc. Realizado
Lactapin 25mg v.o 40mg.
Avaliar
Avaliar pelo ortopedista - 7 Comunicar

16: ~~2~~ ^{Adrian}
16: ~~2~~ ^{Adrian}
16: ~~2~~ ^{Adrian}

10

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para:

☐ Ambulatório
☒ Observatório (Ata 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: /

Data e Hora da Saída/Alta

Ā'bīto

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

Dr. Eduardo R. García Noguer
JML Anatomía

CRIMAR 1843

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do MÃ©dico

Confere
com original

05.370.016/0001-90

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTO MAR DE SOUSA PINTO

Er 174-KM 468

CEP: 69.852-2970



HORA	T	P	R	PA
24	36,2	82	20	130/80
06	36,0	70	30	140/80

Dr. P. T. L. C.

TO com calor? Soluções
 TC para apêndice deplato bilial.
 gonalgias
 crônica

Dr. Gustavo Furtado
 Ortopedia
 CRM-RR: 1256 / GO: 19576

Diagnóstico molecular
 Tiro xican co - 12/122
 D. 400 21 e 6, 60
 SSVV + CCC > Realizar!

10 Abaixo
 10 Abaixo 26
 24 06
 24 06

Diagnóstico e Soluções
 9:00 h

Confere
 com original

05.370.016/0001-00
 HOSPITAL REGIONAL SUL
 GOVERNADOR OTOMAR DE SOUSA PINTO
 Br 174 - Km 468
 CEP: 69.370-370
 RORAINÓPOLIS RR

NOME: JOAO ABETON VIEIRA DE MORAES

MÉDICO: MIGUEL GERÔNIMO TORRES DOMINGUEZ

Nº. Controle: RNM 01 SUS



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:

Fratura do platô tibial com degrau pósterolateral de aproximadamente 1,0 cm, associada à edema medular ósseo.

Presença de lesão osteocondral no côndilo femoral lateral com edema medular ósseo associado.

Mínimos osteófitos marginais nos côndilos femorais e platô tibial.;

Tendão quadricipital e patelar sem alterações aparentes.

Ligamento cruzado anterior espessado e heterogêneo na inserção tibial, sugerindo lesão parcial/pregressa.

Ligamento cruzado posterior de configuração normal.

Espessamento e heterogeneidade de sinal da porção proximal do ligamento colateral lateral, sugerindo lesão parcial/pregressa.

Ligamento colateral medial com sinal preservado, envolvido por líquido.

Traço horizontal longitudinal de hipersinal no cornó posterior do menisco medial, acometendo à borda livre e a periferia, sugerindo ruptura.

Traço complexo de hipersinal no cornó anterior do menisco lateral, acometendo à borda livre e a periferia, sugerindo ruptura, associado à área focal de hipersinal no cornó posterior, sugerindo meniscopatia degenerativa.

Pequeno derrame articular com espessamento sinovial leve.

Cartilagem patelar e retináculos da patela sem alterações aparentes.

Presença de cisto de Baker septado, medindo em torno de 4,0 cm.

Planos musculares de configuração normal.

Alteração do sinal de RM com padrão de edema no tecido celular subcutâneo da face anterior do joelho.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 25 de novembro de 2017

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Avenida Ville Roy, 6529 - Fone: (95) 3224-7999 - Fax: (95) 3623-1091 - Boa Vista - RORAIMA

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620



GOVERNO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	<u>João Abelton Vieira de Moraes</u>	Município:	
PACIENTE:		Previdenciário:	
Endereço:			
Idade:	<u>60a</u>	Sexo:	<u>M</u> F
Ocupação:			

MOTIVO DA referência (Justificar com clareza o encaminhamento):

Paciente idoso, com abscesso em sup (E) da
+ fêmur. Puncão ABX (Clavulim) na sexta-
feira. 12/12/2018. ainda pz febre interm.
Solicito avaliação e drenagem do
abscesso + fístula.

Resultado dos Exames:

Hipótese Diagnosticada:

Médico

Assinado digitalmente por
CNS 201.5618.7749-0004
CRM 317-RR
Hematologia
assinatura/carimbo

CID

27.11.17
Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade:

Consulta Marcada para Unidade:

Município

Para o Dr.:

Eder Rodrigo

às

08:00

horas do dia

01.12.17

Para o colega, a informação dos dados relevantes a unidade de origem é de fundamental importância e não pode ser omitida. Por favor, preencha a contra-referência abaixo, destaque e devolva ao paciente.

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade:

Nome do paciente:

Idade:

Sexo:

M

F

Diagnóstico:

Orientação para acompanhamento nas US

Data

Assinatura / Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME:

Zelso Lome

Toa Abner Viana Lome

ORTELO SEMINADA
166190 NACIONAL
C 7190 TUBOS

Josias A. Lopez Aguiar
Médico
CRM-RR 566

Assinatura e Carimbo

09/06/19
DATA

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro Boa Vista RR
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Toa Abner Viana Lome

pr pedido em - 12

Josias A. Lopez Aguiar
Médico
CRM-RR 566

Assinatura e Carimbo

27/06/19
DATA

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro Boa Vista RR
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90

cad: 6340

Dr Gustavo
19/10/17

9



PoliClínica
Rorainópolis



Aguida Domiciano Degotti - 42

DN: 05/03/1975

Proc: Consulta

PA: 100X60 mmHg

FC: 72 bpm

Peso: 67.300 kg

lombocatalgic.

dorame joelho D

infiltro



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA – PAAR

REG: 5168/2017	D.N.: 15/10/1948	
NOME: JOÃO ABETON VIEIRA DE MORAES	IDADE: 69 ANOS	SEXO: MASC
EXAME: USG. PARTES MOLES – AXILAR (E)		
PROCEDÊNCIA: PAAR	MÉDICO SOLICITANTE: DR. LUCAS DUARTE	

LAUDO ULTRASSONOGRAFICO

Estudo orientado para queixa da paciente demonstra:

Espessamento da pele e tecido celular subcutâneo na região axilar esquerda, onde apresenta área ecogênica, heterogênea e irregular, medindo 4,6 x 3,5 cm, podendo estar relacionado a processo inflamatório

Linfonodos axilares aumentados de volume, apresentando contornos regulares e hilo ecogênico central, medindo o maior 2,3 cm.

EXAME ULTRASSONOGRAFICO SEM IMAGENS EM ANEXO

POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO

Boa Vista – RR, 1/12/2017 10:17

Dr. Deusdete Coelho
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69360-000, Boa Vista – RR. Telefone: (095) 2121-0800
E-mail: hosprsb@ibest.com.br





João A. Vieira de Moraes

TC Joelho E

19
10
17

DR ÁTHILA FERREIRA BESSA DIRETOR TÉCNICO MÉDICO
CRM-RR 1265 RQE 191

Av: Senador Hélio Campos, nº 2200 - Centro
Fone: (95) 3238-1442. Rorainópolis / RR

Dr. Gustavo Furtado
CRM-RR 1265 RQE 191

cat. 6336

Dr Gustavo
19/10/17

(4)

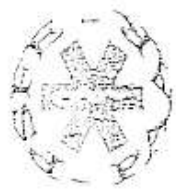


PoliClínica
Rorainópolis



Fabio da Silva Correa - 27
DN: 24/06/1990
Proc: Consulta + USC Joelho Esquerdo
PA: 130 x 80 mm Hg
FC: 85 bpm
Peso: 73 kg

Indicação pelo
colchete
medial
R.M.



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: JON ABERTO VIANA

Dr. para para a pol e
- para a pol e
- para a pol e

- para a pol e

- para a pol e

03/06/12

para a pol e

Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo

DATA 05/06/12

GOVERNO DO Povo

Av. Dirceu de Almeida Gomes, 3308, Aeroporto
CEP: 69.215-005 - Boa Vista-RR Fone: (0x95) 2121-0611



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS DESENVOLVIDORES"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: João Stelton Viana de Viana

Do de Lucas

① Encaminhado para realização de
?/marcar local de entrega e entrega

Assinatura e Carimbo

DATA 11/06/12

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista-RR
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME José Aberto Vitor de Moraes

Solista

15/10/18

USG. repõe oxibrom(E)

7

Dr. Miguel G. Torres Dopamine
Médico
CRM - RR 426
Cirurgião Plástico
Oncólogo

ASSINATURA E CARIMBO

DATA 21/11/17



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: CTAPY SILVA S. LINS

USG

repeção
Direto

maculosa B. lateral

REGISTRO - MT
Origem: 00000000
CNPJ: 00.000.000/0000-00

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 16.10.17



Hospital Geral de Roraima

Governo do Estado de Roraima

Secretaria de Saúde do Estado de Roraima

Receituário Médico

Nome: João Abeton Vieira de Moraes

1. Amoxicilina + Clavulanato (750 + 125mg)

Tomar 01 comprimido, 12/12, por 7 dias.

Lucas Duarte

Médico Residente

Cirurgia Geral

CRM-RR 1787

01/12/2017

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0615



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

Nome: João Abeton Vieira de Moraes

DISPENSADO

875 + 125mg - 14 dias

Tomar 1 comprimido de 12/12
por 7 dias.

Andréa Clordana das Passos Araújo
CNS 207.9618.7249.0004
CRM-RR 1787
Hematologia

21.11.17

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: João Abeto Vieira

USG - clonidina
manuseio.

DATA: 07/06/19

Dr. Dimas Weber Zabolotsky
Médico
Dir. Clínico do HRSGOOP
CRM 1219-RR

ASSINATURA E CARIMBO

cod: 6337

Sr Gustavo
19/10/17

(H)



PoliClínica
Rorainópolis



Wervton Frank Menezes Silva-15

DN: 17/03/2002

Proc: Consulta

PA: 113 x 60 mmHg

FC: 80 bpm

Peso: 49 kg

Escritório T. Pallen

Fosio
reb.

DENTAL ALENCAR IMPORT. E EXP.COM. E REP. LTDA
RUA ROCHA LEAL, 182 - A - SAO FRANCISCO
BOA VISTA - RR
(95) 3224-2353 (95) 3224-2353
compras@dentatalencar.com

N/Número: 098167
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 03/10/2017
Data Entrega: 03/10/2017
Página: 001

Cód. Cliente: 001198 Nome: CONSUMIDOR FINAL
Endereço: RUA ROCHA LEAL 12 -
Cidade: BOA VISTA
Fone: (95) Fax: (95)
Contato: E-Mail:
Transp. :

N. Fantasia: CONSUMIDOR FINAL
CNPJ:00.000.000/0000-00 I.E.:ISENTO
Bairro: SAO FRANCISCO
UF:RR CEP:69305-097
Frete: FOB (Destinatário)

Entrega

Dest. Entrega: CONSUMIDOR FINAL
End. Entrega:
Cidade:

Bairro:
UF: CEP:00000-000

Vendedor:	SERGIO	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
Tipo:	VENDA	03/10/2017	150,00				
Cond. Pagto.:	A VISTA						
Forma Cobrança:	DINHEIRO						

It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Fabricante	Vr.Unitário	Vr.Total
001	012192	1,00	UN	IMOBILIZADOR JOELHO FIXO M LARGO ORTHOPAUHER	ORTHO PAUHER	163,05	163,05
002	006991	1,00	UN	API FRESH SPRAY MEL PROP GEN 35ML ARTE NATIVA	ARTE NATIVA	5,20	5,20

Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Descto.	Total do Pedido
2,00	2,00	0,00	168,25	0,00	0,00	18,25	150,00
Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue			
			168,25	0,00			

Confirmação do pedido:

Impresso por: SERGIO 03/10/2017 10:42:49

CONSUMIDOR FINAL

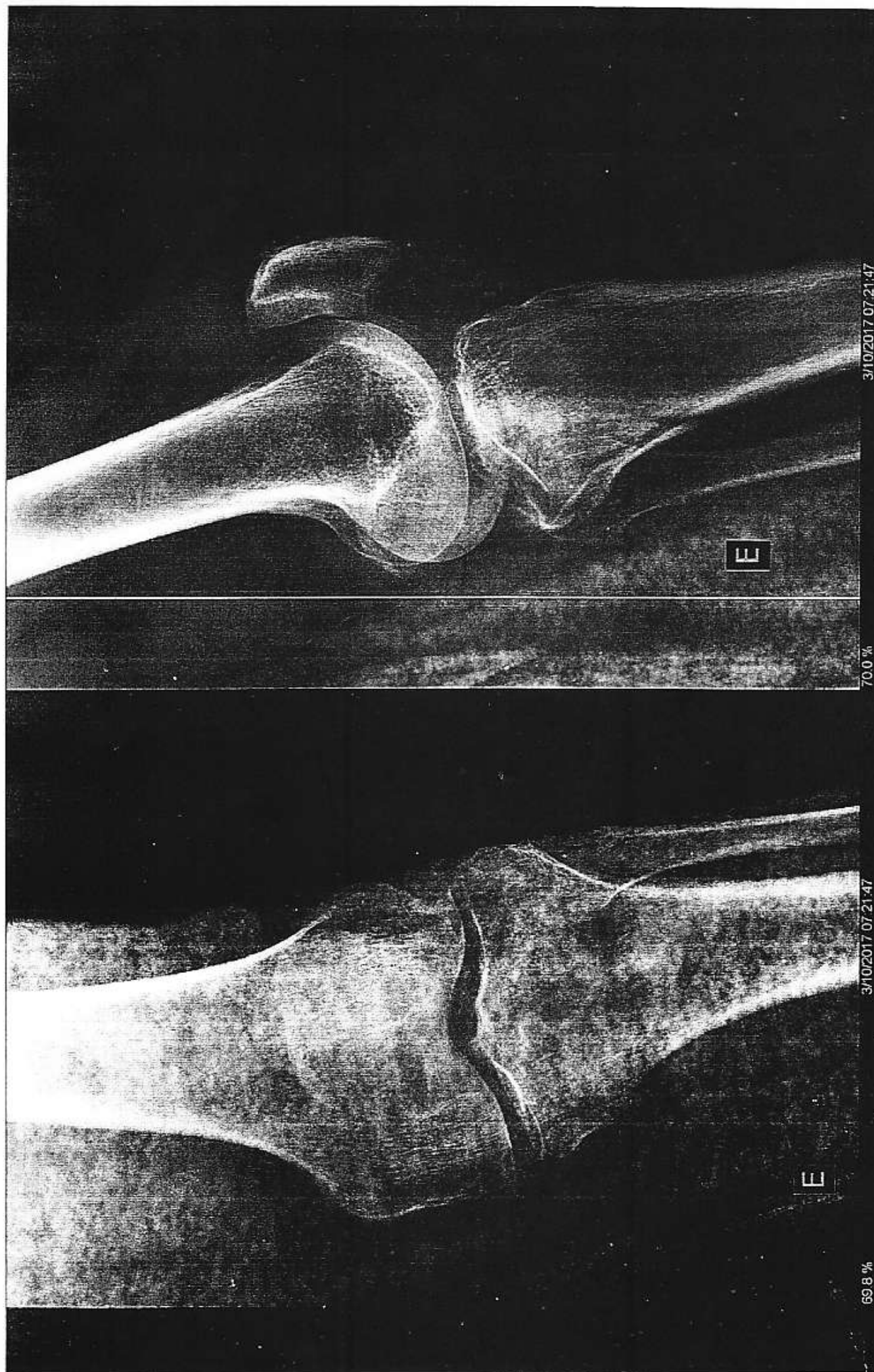
DENTAL ALENCAR IMPORT. E EXP.COM. E REP.
LTDA

PAG 92
03/10/17
h6



JOÃO ABETOM VIEIRA	28.256	15/10/1948
Hospital Regional Sul Ottonar de Souza Pinto	TR CARIVALDO SANTOS	Masculino
24/08/2017	16:48:53	





69.8 %

3/10/2017 07:21:47

70.0 %

3/10/2017 07:21:47

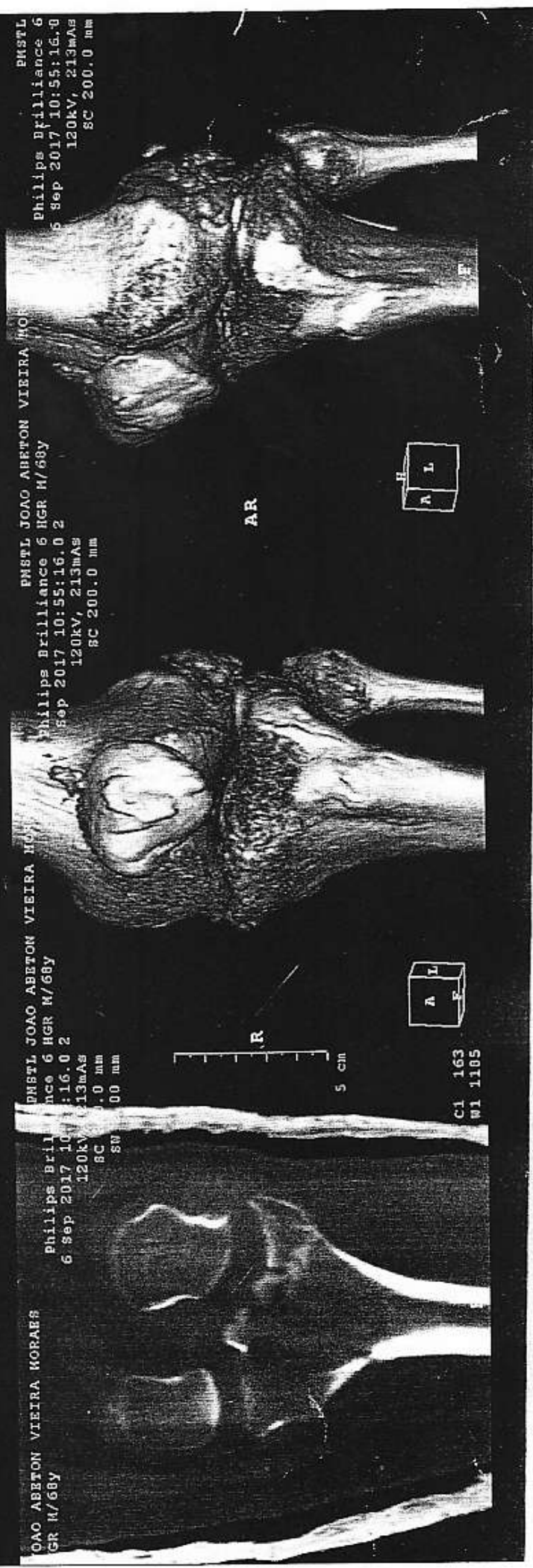
JOAO A. VIEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.





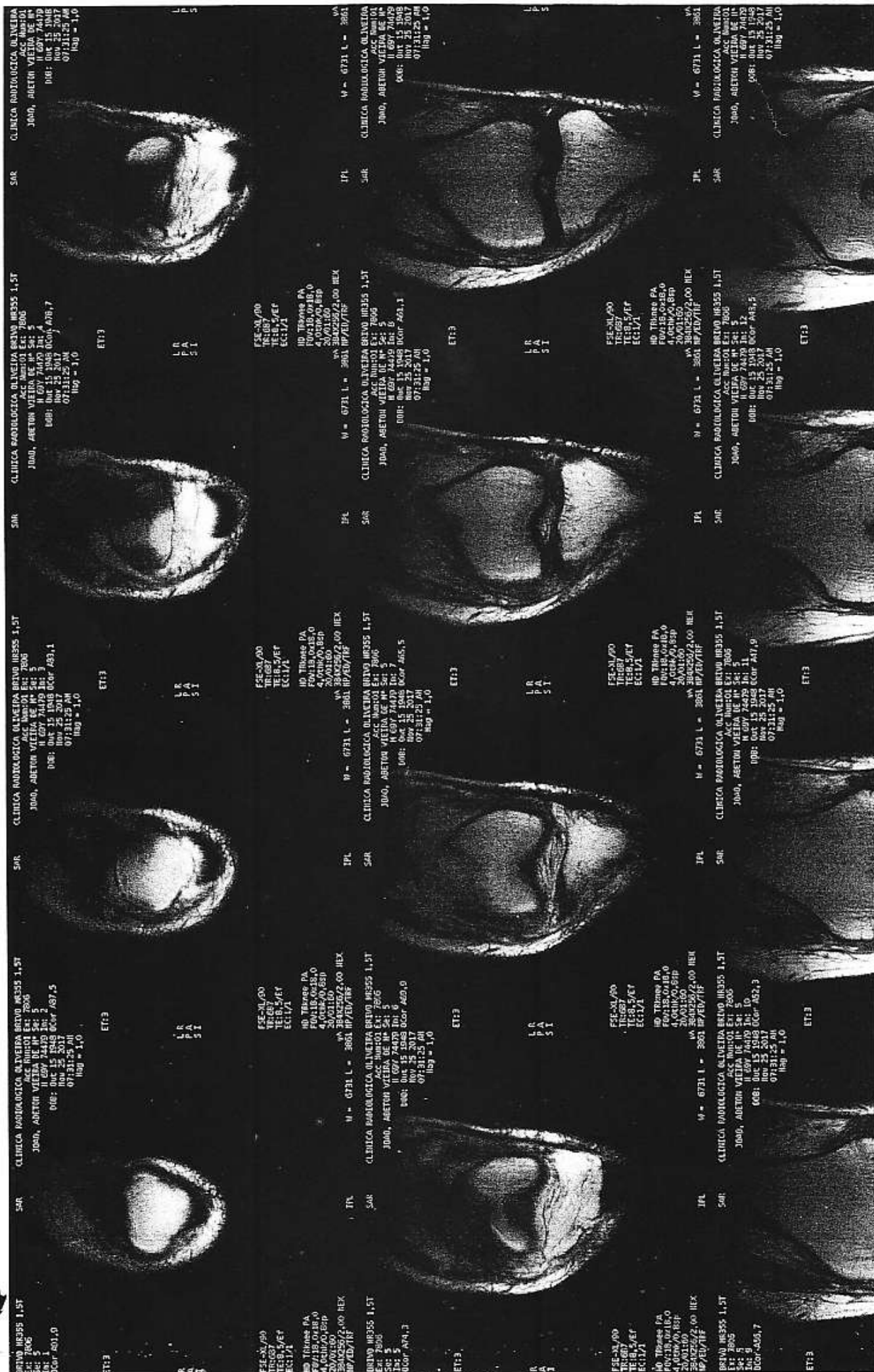




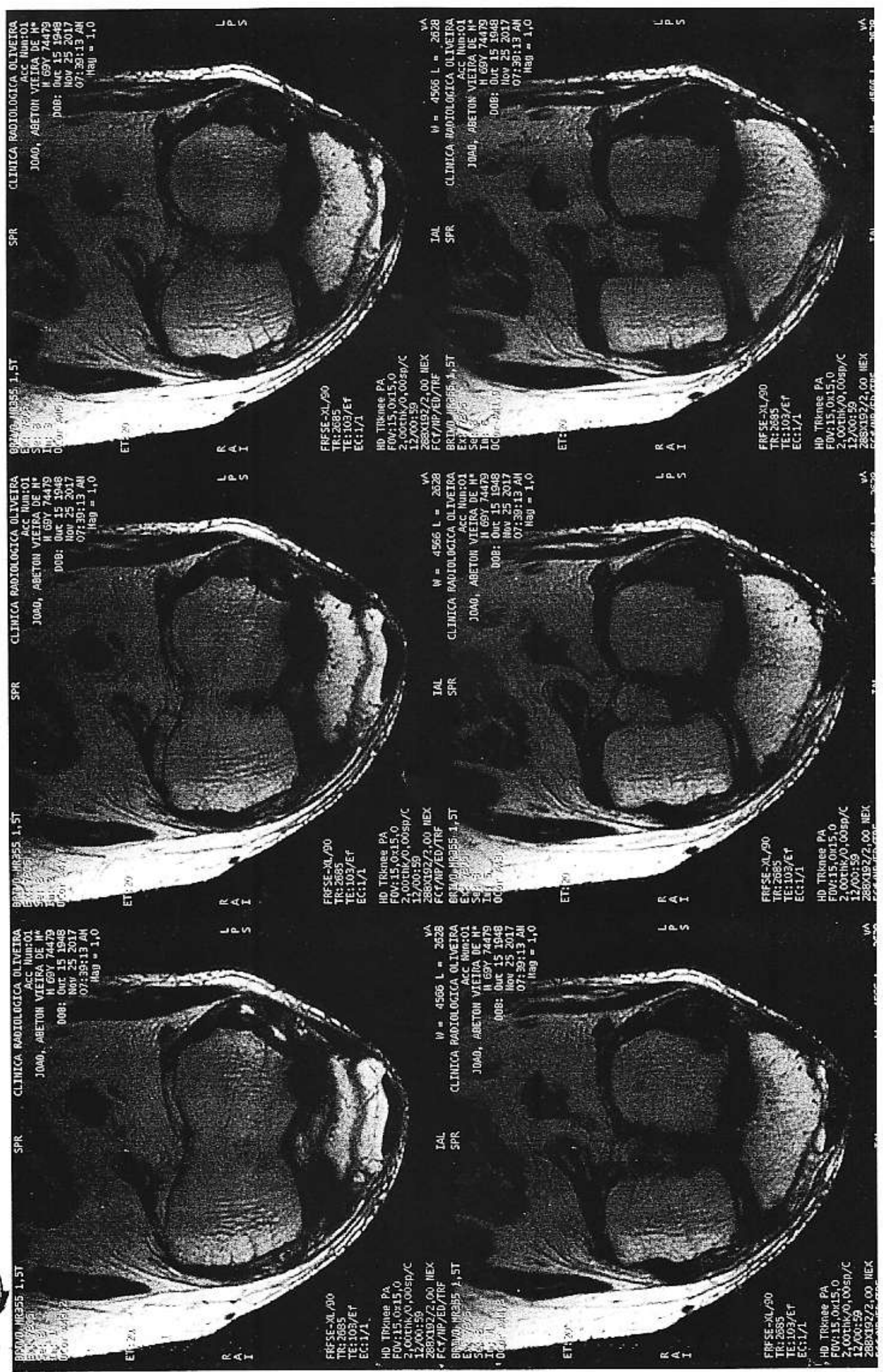
Clínica Radiológica Oliveira



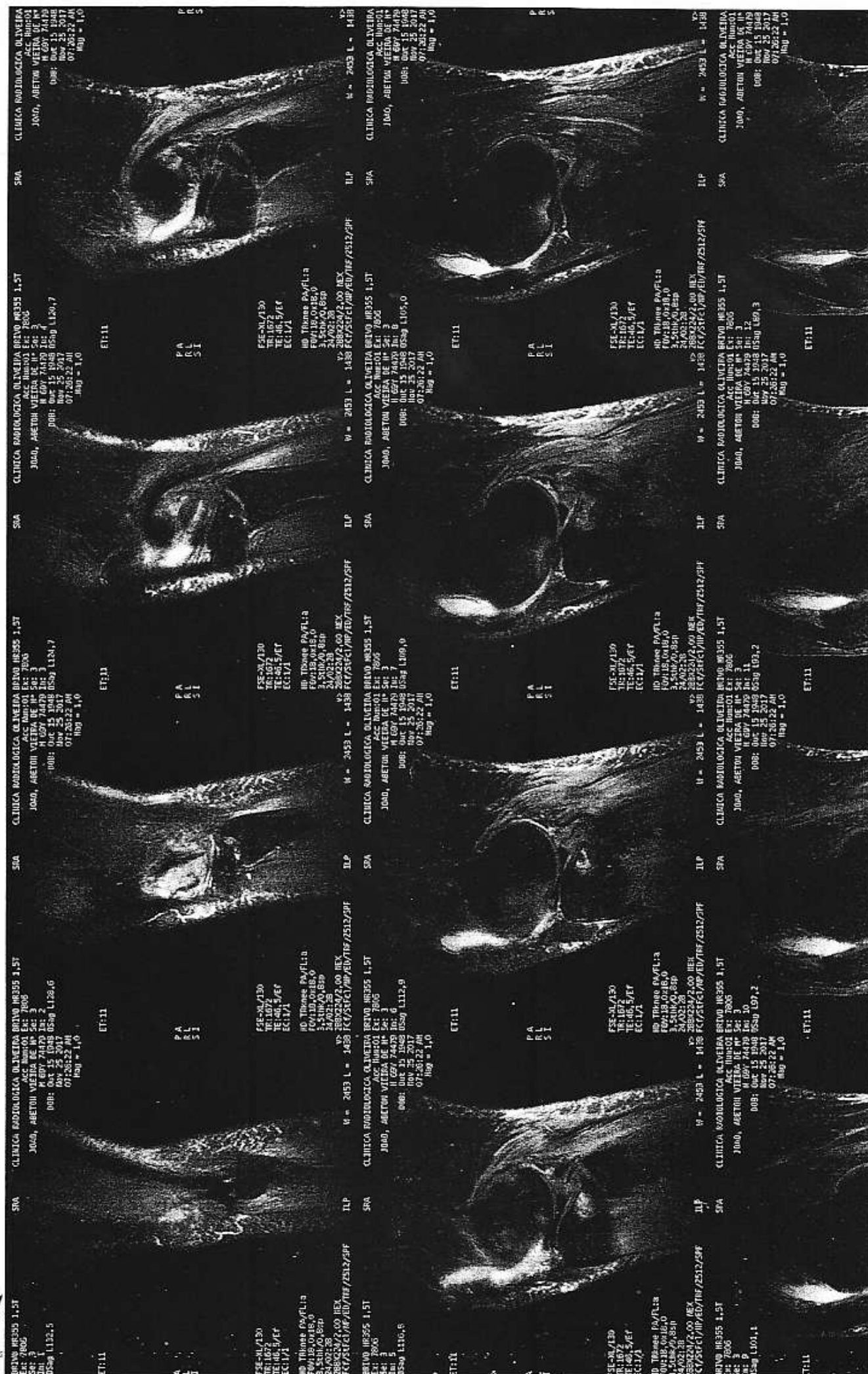
Clínica Radiológica Oliveira



Clínica Radiológica Oliveira



Clínica Radiológica Oliveira





Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO ABETON VIEIRA DE MORAES**

Nº Sinistro: **3180110580**
Vitima: **JOAO ABETON VIEIRA DE MORAES**
Data do Acidente: **24/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180110580**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00241/00242 - carta_16 - INVALIDEZ

00010121



Carta nº 13339824

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=3.375%2C0...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 3.375,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	24/8/2017 a 1/6/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	24/8/2017 a 6/6/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	646 dias	1,075092
Percentual correspondente	646 dias	7,509203 %
Valor corrigido para 1/6/2019	(=)	R\$ 3.628,44
Juros(651 dias-24,10058%)	(+)	R\$ 874,47
Sub Total	(=)	R\$ 4.502,91
Valor total	(=)	R\$ 4.502,91

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	3.375,00		
Data inicial	24/8/2017		
Data final	1/6/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
24/8/2017	1/9/2017	0,0902 (%)	3.378,04
1/9/2017	1/10/2017	0,1100 (%)	3.381,76
1/10/2017	1/11/2017	0,3400 (%)	3.393,26
1/11/2017	1/12/2017	0,3200 (%)	3.404,12
1/12/2017	1/1/2018	0,3500 (%)	3.416,03
1/1/2018	1/2/2018	0,3900 (%)	3.429,35
1/2/2018	1/3/2018	0,3800 (%)	3.442,39
1/3/2018	1/4/2018	0,1000 (%)	3.445,83
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	3.453,06
1/5/2018	1/6/2018	0,1400 (%)	3.457,90
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	3.496,28
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	3.518,66
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	3.523,23
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	3.526,40
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	3.546,86
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	3.553,59
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	3.547,91
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	3.558,55
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	3.570,65
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	3.589,93
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	3.615,78
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	3.628,44

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(651 dias-24,10058%)	(+)	R\$ 874,47
Sub Total	(=)	R\$ 4.502,91

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web <http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=3.375%2C0...>

Valor total	(=)	R\$ 4.502,91
-------------	-----	--------------

Retornar Imprimir