



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

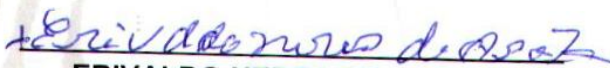
PROCURAÇÃO

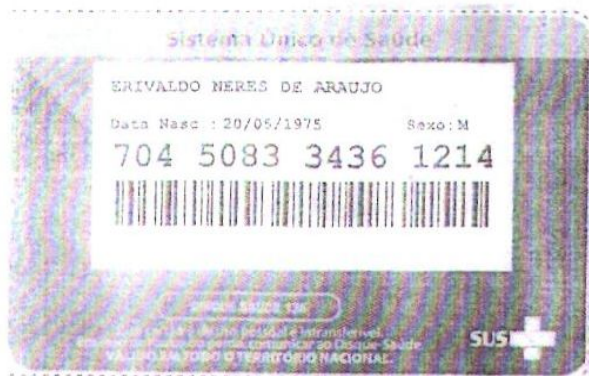
OUTORGANTE: ERIVALDO NERES DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador Cédula de Identidade RG 174952 SSP/RR, CPF 700.205.663-87, residente e domiciliada na Rua SD PM Jacinto, 299, Bairro Caranã, Município de Boa Vista - RR.

OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES**, advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, sócios no escritório **VALDENOR GOMES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RR sob o nº 153, com escritório situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instancia, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber alvará e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 10 de maio de 2019.


ERIVALDO NERES DE ARAUJO



527049 ENVALDEC



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF

Acidente nº 18056220B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 401 **KM:** 1,2 - Crescente **Município:** BOA VISTA/RR
Data: 30/09/2018 **Hora:** 14:00
Policial responsável pelo atendimento: DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Dupla
Condição da pista: Seca
Estrutura viária: Reto
Localidade urbanizada: **Acostamento:** **Canteiro central:**
Condição meteorológica: Céu Claro **Fase do dia:** Pleno dia

NARRATIVA

No dia 30/09/2018, por volta das 14h00, no Km 1 da 401, em BOA VISTA-RR, ocorreu um acidente, do tipo colisão traseira no sentido crescente, com um ferido grave. Os veículos envolvidos foram: GM/S10 2.8 D de placa JWT-9836 (V1) e a motoneta Honda/Biz 125 Es de placa(s) NAX-4600 (V2), os veículos eram conduzidos pelos respectivos proprietários. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 que seguia na faixa da direita reduziu a velocidade momento em que V2 que seguia logo atrás colidiu na traseira de V1 amassando o para-choque, o condutor de V2 ao projetar-se no solo feriu-se gravemente sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HGR. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, conclui-se que o fator principal do acidente foi V2 não perceber a redução de velocidade de V1. Observações: - O Local estava parcialmente preservado; - A velocidade regulamentar da via, no local é de 60 km; - A Via possui sinalização horizontal e vertical em boas condições; - Foi realizado testes 1197 e 1198 respectivamente nos condutores de V1 e V2 com resultado 0,0 (Etilômetro ALCO SENSOR IV NS 113311); - Foi oferecido o TDE aos condutores, mas apenas o condutor de V1 que preencheu; - Foram lavrados os Autos de infração nº T157136477 e T156799081 para V2 por licenciamento vencido e conduzir sem habilitação e aplicada a medida administrativa de remoção.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	



Documento assinado eletronicamente por DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572, Policial Rodoviário Federal, em 01/10/2018, às 08:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056220B01 e o número de controle 99DD74F173F91A5A265C8FD52B660C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18056220B01



PRF

V1  **AGENIR GONCALVES DA SILVA**
CONDUTOR

Placa do veículo: JWT9836 **Marca/modelo:** GM/S10 2.8 D

Envolvimento: Condutor/Proprietário **Nome:** AGENIR GONCALVES DA SILVA

CPF: 168.977.902-06 **Data de nascimento:** 08/04/1965

Estado civil: **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 31/01/2005

Nº Registro: 03508559974 **UF:** RR **Data de vencimento da habilitação:** 24/04/2022

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: VIC TRONCO DO ROXINHO NOVA VIDA, 00 - CASA, ZONA RURAL, BOA VISTA/RR

Telefone/email: 9911363306/NÃO INFORMADO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

SENTE SEGURADORA
Av. Capão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572, Policial Rodoviário Federal, em 01/10/2018, às 08:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056220B01 e o número de controle 99DD74F173F91A5A265C8FD52B660C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18056220B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/S10 2.8 D

Nome do agente: DE ASSUNÇÃO

Matrícula do agente: 2150572

CORTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2018

CENTE SEGURADORA

Av. Capitão João Bacaria, 484 - Boa Vista - RJ

Placa: JWT9836

Nº BOAT: 18056220B01

Data: 30/09/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572, Policial Rodoviário Federal, em 01/10/2018, às 08:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056220B01 e o número de controle 99DD74F173F91A5A265C8FD52B660C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18056220B01



PRF

V2



NAX4600

Placa: NAX4600 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/BIZ 125 ES/2008

Renavam: 00987050931

Chassi: 9C2JA04208R148088

Tipo de Veículo: Motoneta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Danos no painel, farol e retrovisores

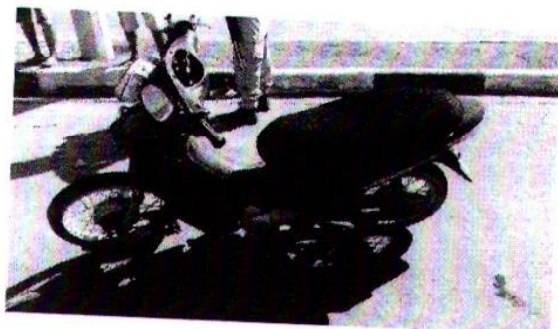
PROPRIETÁRIO

Nome: ERIVALDO NERES DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 700.205.663-87

Endereço: RUA SD PM JACINTO J S SILVA, 299 - CASA CARANA, BOA VISTA/RR

Telefone/email: 991656347/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572, Policial Rodoviário Federal, em 01/10/2018, às 08:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056220B01 e o número de controle 99DD74F173F91A5A265C8FD52B660C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18056220B01



PRF

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: NAX4600

Nome do agente: DE ASSUNÇÃO

Nº BOAT: 18056220B01

Matrícula do agente: 2150572

Data: 30/09/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DE ASSUNÇÃO, matrícula 2150572, Policial Rodoviário Federal, em 01/10/2018, às 08:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18056220B01 e o número de controle 99DD74F173F91A5A265C8FD52B660C



ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 3482-18
Nº DE VÍTIMAS: 03
OCORRÊNCIA: T-04
DATA: 30.09.2018

OBM DE ATUAÇÃO: 1º BPABM 1º PEL 2º PEL 2º BPABM 1ª CIA 2ª CIA 3ª CIA
ÁREA DE ATUAÇÃO: Leste Oeste Centro Norte Sul Rural
VTR: UR0218 KMI: 8132 KMF: 8143
H/SAÍDA: 14:13 H/NO LOCAL: 14:15 SAÍDA DO LOCAL: 14:49 NO DESTINO: 14:51 H/NA OBM OU B-01: 15:04

DADOS DA OCORRÊNCIA
LOCAL DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:
ENDEREÇO: AV. DAS GUANANAS Nº SN BAIRRO: SÃO VICENTE
IDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA:
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RESIDÊNCIA TRABALHO VIA PÚBLICA OUTRO:

DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA
NOME: ERIVALDO NERES DE ARAUJO RG/CPF: 174952
N.: 20.05.75 IDADE: 43 SEXO: Masculino Feminino PNS: Sim Não
ENDEREÇO: RUA SDPM JACINTO Nº 299 BAIRRO: CARANA
IDADE: NACIONALIDADE: Brasileiro Estrangeiro: TEL.: 997656347

MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não Se sim, qual:
Deseja informar sua orientação sexual? Sim Não Se sim, qual? Heterossexual Bissexual homossexual Outro:
Deseja informar identidade de gênero? Sim Não Se sim, qual? Homem transexual Mulher transexual Travesti Outro:

TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO
Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso 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/
Assinatura: _____ RG Nº: Em: 25/10/18 SSP/
Assinatura: _____ RG Nº: Ass.: JD SSP/

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)
Abertura ocular: _____
Resposta verbal: 5. Orientado 4. Confuso 3. Palavras inapropriadas 2. Sons incomp./ Gemidos 1. Nenhuma
Resposta motora: 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
Total: 15 Pontos

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)
Abertura ocular: _____
Resposta verbal: 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. 4. Choro, mas que pode ser confortado. 3. Irritabilidade persistente. 2. Agitação. 1. Nenhuma
Resposta motora: 6. Movimenta os 4 membros. 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. 4. Sente dor, mas não retira. 3. Flexão a dor (decorticação). 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). 1. Nenhuma
Total: _____ Pontos

SAÍDA VITAIS
14/09 FR: - FC: 89
ALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA
RGIA: SIM NÃO QUAL (is):
DE MEDICAMENTOS: SIM NÃO QUAL (is):
RENTEMENTE ALCOOLIZADO: SIM NÃO

ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO - DPVAT
CONTEÚDO VEICULO
03 JUN 2019
CENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista, RR

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



1801015945 30/09/2018 14:54:11

Paciente: ERIVALDO NERES DE ARAUJO

Data Nascimento: 20/05/1975 Idade: 43 A 4 M 10 D

CNS: 704508334361214 CPF: 70020566387

Orgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 05/05/2016 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PAARDA

Naturalidade: VITORINO FREIRE - MA Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIA NERES DE ARAUJO

Endereço: AVENIDA - PARIME BRASIL - 534 - CARANA - BOA VISTA - RR

Contato: (95) 99135-3205

DIURNO 07-19 29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validação: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão

Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Acidente de moto...*

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) *15:00*

GSC: AG: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Exame Físico: *Exame físico normal...*

Hipótese Diagnóstica: *Contusão...*

SADT - Exames Complementares

RAO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - RR

ALTISSIMO

30/09/2018

Certifico e Dou a presente
cópia e fiel reprodução
que foi apresentada neste hospital

Pablo Casaballo Echevarrena Junke
Médico CRM 32197

Condução

Alta por Decisão Médica Ambulatório

Alta a Pedido Observação (Até 24h)

Alta a Revelia Internação

Transferência para: *...* Data e Hora da Saída/Alta: *...*

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 30/09/2018 14:55:29

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

SENTE SEGURODORA

Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR

Carimbo e Assinatura do Médico

1801015945

SUS Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *Ata 15/10/18*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
2 - CNES
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE *Eunildo W. de Araújo*
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *71014151018131314131611121114*
8 - DATA DE NASCIMENTO *20/09/75*
6 - Nº DO PRONTUÁRIO *168391*
9 - SEXO *M*
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Maria Neres de Araújo*
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE *915 9911131513120*
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) *Av. Yacume Brasil 534, Coronã*
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

ÁREA DE ATENDIMENTO PRIVATIZADO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JUN 2018
GENTE SEGURADORA
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Art. 1º, Art. 2º, Art. 3º, Art. 4º, Art. 5º, Art. 6º, Art. 7º, Art. 8º, Art. 9º, Art. 10º, Art. 11º, Art. 12º, Art. 13º, Art. 14º, Art. 15º, Art. 16º, Art. 17º, Art. 18º, Art. 19º, Art. 20º, Art. 21º, Art. 22º, Art. 23º, Art. 24º, Art. 25º, Art. 26º, Art. 27º, Art. 28º, Art. 29º, Art. 30º, Art. 31º, Art. 32º, Art. 33º, Art. 34º, Art. 35º, Art. 36º, Art. 37º, Art. 38º, Art. 39º, Art. 40º, Art. 41º, Art. 42º, Art. 43º, Art. 44º, Art. 45º, Art. 46º, Art. 47º, Art. 48º, Art. 49º, Art. 50º, Art. 51º, Art. 52º, Art. 53º, Art. 54º, Art. 55º, Art. 56º, Art. 57º, Art. 58º, Art. 59º, Art. 60º, Art. 61º, Art. 62º, Art. 63º, Art. 64º, Art. 65º, Art. 66º, Art. 67º, Art. 68º, Art. 69º, Art. 70º, Art. 71º, Art. 72º, Art. 73º, Art. 74º, Art. 75º, Art. 76º, Art. 77º, Art. 78º, Art. 79º, Art. 80º, Art. 81º, Art. 82º, Art. 83º, Art. 84º, Art. 85º, Art. 86º, Art. 87º, Art. 88º, Art. 89º, Art. 90º, Art. 91º, Art. 92º, Art. 93º, Art. 94º, Art. 95º, Art. 96º, Art. 97º, Art. 98º, Art. 99º, Art. 100º
Art. 1º, Art. 2º, Art. 3º, Art. 4º, Art. 5º, Art. 6º, Art. 7º, Art. 8º, Art. 9º, Art. 10º, Art. 11º, Art. 12º, Art. 13º, Art. 14º, Art. 15º, Art. 16º, Art. 17º, Art. 18º, Art. 19º, Art. 20º, Art. 21º, Art. 22º, Art. 23º, Art. 24º, Art. 25º, Art. 26º, Art. 27º, Art. 28º, Art. 29º, Art. 30º, Art. 31º, Art. 32º, Art. 33º, Art. 34º, Art. 35º, Art. 36º, Art. 37º, Art. 38º, Art. 39º, Art. 40º, Art. 41º, Art. 42º, Art. 43º, Art. 44º, Art. 45º, Art. 46º, Art. 47º, Art. 48º, Art. 49º, Art. 50º, Art. 51º, Art. 52º, Art. 53º, Art. 54º, Art. 55º, Art. 56º, Art. 57º, Art. 58º, Art. 59º, Art. 60º, Art. 61º, Art. 62º, Art. 63º, Art. 64º, Art. 65º, Art. 66º, Art. 67º, Art. 68º, Art. 69º, Art. 70º, Art. 71º, Art. 72º, Art. 73º, Art. 74º, Art. 75º, Art. 76º, Art. 77º, Art. 78º, Art. 79º, Art. 80º, Art. 81º, Art. 82º, Art. 83º, Art. 84º, Art. 85º, Art. 86º, Art. 87º, Art. 88º, Art. 89º, Art. 90º, Art. 91º, Art. 92º, Art. 93º, Art. 94º, Art. 95º, Art. 96º, Art. 97º, Art. 98º, Art. 99º, Art. 100º

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
aviso
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ex + rx
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
fratura exposta hda
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO 24 - CID 10 QUARTÁRIO 25 - CID 10 QUINTÁRIO 26 - CID 10 SEXTÁRIO 27 - CID 10 SÉTIMO 28 - CID 10 OITAVO 29 - CID 10 NONO 30 - CID 10 DÉCIMO 31 - CID 10 UNDÉCIMO 32 - CID 10 DOZE 33 - CID 10 TRÉCIMO 34 - CID 10 QUATROZES 35 - CID 10 QUINZE 36 - CID 10 DEZESSEIS 37 - CID 10 DEZESSETE 38 - CID 10 DEZOITO 39 - CID 10 DEZENOVE 40 - CID 10 VINGTE 41 - CID 10 VINGTE E UM 42 - CID 10 VINGTE E DOIS 43 - CID 10 VINGTE E TRÊS 44 - CID 10 VINGTE E QUATRO 45 - CID 10 VINGTE E CINCO 46 - CID 10 VINGTE E SEIS 47 - CID 10 VINGTE E SETE 48 - CID 10 VINGTE E OITO 49 - CID 10 VINGTE E NOVE 50 - CID 10 TRINTA 51 - CID 10 TRINTA E UM 52 - CID 10 TRINTA E DOIS 53 - CID 10 TRINTA E TRÊS 54 - CID 10 TRINTA E QUATRO 55 - CID 10 TRINTA E CINCO 56 - CID 10 TRINTA E SEIS 57 - CID 10 TRINTA E SETE 58 - CID 10 TRINTA E OITO 59 - CID 10 TRINTA E NOVE 60 - CID 10 QUARENTA 61 - CID 10 QUARENTA E UM 62 - CID 10 QUARENTA E DOIS 63 - CID 10 QUARENTA E TRÊS 64 - CID 10 QUARENTA E QUATRO 65 - CID 10 QUARENTA E CINCO 66 - CID 10 QUARENTA E SEIS 67 - CID 10 QUARENTA E SETE 68 - CID 10 QUARENTA E OITO 69 - CID 10 QUARENTA E NOVE 70 - CID 10 CINQUENTA 71 - CID 10 CINQUENTA E UM 72 - CID 10 CINQUENTA E DOIS 73 - CID 10 CINQUENTA E TRÊS 74 - CID 10 CINQUENTA E QUATRO 75 - CID 10 CINQUENTA E CINCO 76 - CID 10 CINQUENTA E SEIS 77 - CID 10 CINQUENTA E SETE 78 - CID 10 CINQUENTA E OITO 79 - CID 10 CINQUENTA E NOVE 80 - CID 10 SESSENTA 81 - CID 10 SESSENTA E UM 82 - CID 10 SESSENTA E DOIS 83 - CID 10 SESSENTA E TRÊS 84 - CID 10 SESSENTA E QUATRO 85 - CID 10 SESSENTA E CINCO 86 - CID 10 SESSENTA E SEIS 87 - CID 10 SESSENTA E SETE 88 - CID 10 SESSENTA E OITO 89 - CID 10 SESSENTA E NOVE 90 - CID 10 TRINTA E DOIS 91 - CID 10 TRINTA E TRÊS 92 - CID 10 TRINTA E QUATRO 93 - CID 10 TRINTA E CINCO 94 - CID 10 TRINTA E SEIS 95 - CID 10 TRINTA E SETE 96 - CID 10 TRINTA E OITO 97 - CID 10 TRINTA E NOVE 98 - CID 10 QUARENTA 99 - CID 10 QUARENTA E UM 100 - CID 10 QUARENTA E DOIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
no cirurgia fratura hda exp
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 *30/9/18* 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 TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO EILHETE 38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
0408050500
5822
Ata 9.10



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29.18 o.s. _____

ERIVALDO NERES DE
ARAÚJO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: patina espota + hirsúto

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: trc cirurgias f exp. t do e

TIPO DE INTERVENÇÃO: GI

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Helena **Dr. Anderson P. Silva**
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 7833 RQE 615

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

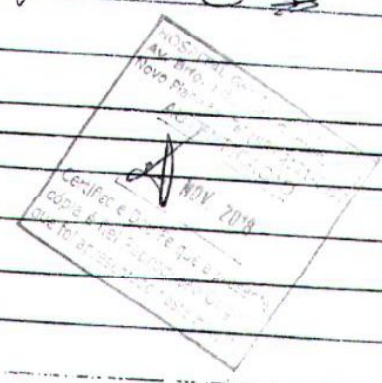
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____



RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Pt + Baski sob Raq
- ② supria + a Curcodyná
- ③ capter estemas
- ④ hmc va generosa
- ⑤ Parafina f xador estemas
250mm 2 fio central + 2
fio proximais + Rafia (Paitidylon)
- ⑥ anatura



120-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		ERIVALDO NERES DE ARAUJO			
AGNÓSTICO		FX EXPOSTA TIBIA E			
ALERGIAS		NEGA			
IDADE	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
ITEM	LEITO	120-3	DATA	04/10/2018	
1	DIETA ORAL LIQUIDA			HORÁRIO	
2	SFO,9% 500ML S/N EV			S/N	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			S/N	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLASIL 100mg EV 8/8h			S/N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO			S/N	
11	SSVV + CCGG 6/6 H			S/N	
12	METRONIDAZOL 400MG EV 8/8HR			S/N	
13	LEVOFLOXACINA 750MG 1X DIA			S/N	
14	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EV OU VO			S/N	
16				S/N	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	126/71	82		36,5
12 H	120/70	80		36,5
18 H	110/70	80		36,5
24 H	140/100	100		36,4


MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 MARCOS AGUIAR
 CRM 1995-RR

Em 04/10/2018, foram realizadas curvas glicêmicas, bem como SINAIS VITAIS
 SEGUINTE aos cuidados de enfermagem

As 12:00h feito Tross de Alp Belcon 2h

Valdenor Alves Gomes
 Médico em Exercício
 CRM 1995-RR 375

Valdenor Alves Gomes
 Médico em Exercício
 CRM 1995-RR 375

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	HCR		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	HCR		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE	Erivaldo Neus		8 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	8 - DATA DE NASCIMENTO		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fa outobulo (D)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
tto air			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Re. ommm... ex. físico			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Fa outobulo (D)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Ostiosintese de outobulo			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Vitor M / Dr. Bruno F.		09/10/18	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
			37 - N° DO BILHETE
			38 - SÉRIE
			39 - CNPJ EMPRESA
			40 - CNAE DA EMPRESA
			41 - CBOR
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		Vitor M	
0408040297 → 532 V39° 0408050101 → 33			

Dr. Vitor M...




910

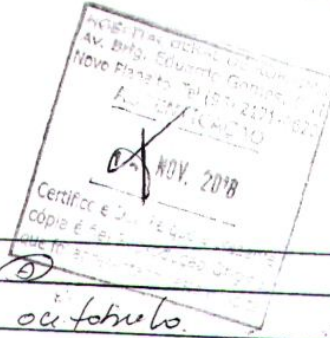


BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 09/10/18 O.S. _____

Erivaldo Neves



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx acetábulo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de acetábulo

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MODIFICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Vitor M. 1º AUXILIAR: Dr. Bruno C.

2º AUXILIAR: Dr. Elden R3 INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Marcus R2 ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em ODA sob plano consciente
- 2) Anestesia + Antissepsia
- 3) Incisão de Kocher longitudinal + dissecção por planos
- 4) Visualização direta + redução do fratura
- 5) Fixação do péso de reconstrução e crúrio + de perfuro
- 6) LMC + Punção radiológica + hemostático
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo.

Dr. Valdenor Alves Gomes
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 803



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Euclides Venes Apoio

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO Nº *Baa 1000 - nr*
Fentanil 100 - 5 (Sob o efeito) *09/10/18*
midazolam 5 mg

AGENTES	N 20	
	02	<i>[Handwritten waveform]</i>
LÍQUIDOS VENOSOS		<i>50 50 50 50</i>
		<i>50 500 500 200</i>
DA X	°C	<i>36.0</i>
ULSO		<i>36.0 36.0 36.0 36.0</i>
RESPIR		<i>[Handwritten respiratory data]</i>
TEMP		<i>[Handwritten temperature data]</i>
ASPIR		<i>[Handwritten aspiration data]</i>
RESPIR		<i>[Handwritten respiratory data]</i>
Export		<i>[Handwritten export data]</i>
Assist		<i>[Handwritten assist data]</i>
Contro		<i>[Handwritten control data]</i>

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES X minutos
A	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>
B		<i>[Handwritten]</i>	
C		<i>[Handwritten]</i>	
D		<i>[Handwritten]</i>	
E		<i>[Handwritten]</i>	
F		<i>[Handwritten]</i>	
G		<i>[Handwritten]</i>	
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO <i>[Handwritten]</i> + <i>[Handwritten]</i>			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CODIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUINEA
<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	

[Handwritten signature]
 Dr. Afonias Resende
 Médico Anestesiologista
 CRM 1609 - RQE 534

- ③ Reconstrução 10 mg
- ④ Antidote 5 mg
- ⑤ Chloral 200 mg
- ⑥ Dipriven 20 mg



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Eivaldo Moura do Carmo, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30/9/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fx articulação + pelela D + F - exposto M.E

NO DIA 7/10/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
artroscopia de tornozelo M.E SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Antônio E DR. Dr. F

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 7/10/18, ÀS 12h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 03/10/18, ÀS 7h, COM O
DR. Dr. F

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brás, Ed. São Carlos, S/N
Novo Mundo, Boa Vista - RR
CEP: 69000-000
FONE: (16) 3211-0620
NOV. 2018
Certificado Original
Este Hospital

SECRETARIA DE BIENESTAR - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 JUN 2019
CENTE SEGURODORA
Av. Capitão João Roraima, 404 - Boa Vista - RR

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 15/10/18

[Assinatura]
MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Erivaldo Neres De Araujo, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30/9/10, COM
DIAGNÓSTICO DE Fx acetabulo + petelo (D) + Fx esperto MLE

NO DIA 9/10/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Aosteomieses de acetabulo + petelo MLD SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Drum F

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 15/10/10, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 03/11/10, ÀS 7h, COM O
DR. Marcus Drum

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2010

AGENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bororo, 484 - Boa Vista - RR

ORIENTAÇÕES GERAIS :

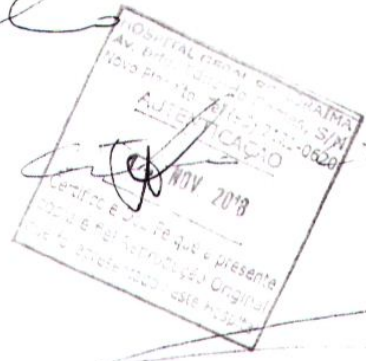
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 15/10/10

MÉDICO

Parente aparentado
estrutura de auto de
estrutura de auto de
estrutura de auto de
estrutura de auto de
estrutura de auto de



Pelo Celso Estanislau de
Melo CRM 15107

de ortopedia + pot cl H catchado



+ requio @ + Sutura @
+ A exp tubia @

CD = oo cc pl

no amfio tubia
mantenho tela do
Surgam M18
por fato de material
(com estrutura)

Dr. Iderson
Médico
Ortopedia e Trau
CRM-RR 1738



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO/DECLARAÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ERIVALDO NERES DE ARAUJO

Declaro para os devidos fins que o paciente supracitado, apresenta fratura diafisária de osso da perna esquerda. No momento encontra-se em BEG, LOTE, CHAAA, com fixador externo e membro com boa perfusão distal. Aguardando procedimento cirúrgico definitivo (osteossíntese). Declaro ainda que o risco de complicações funcionais no membro afetado aumenta proporcionalmente ao tempo de espera pelo procedimento cirúrgico.

DR PABLO CARABALLO ECHEVARRENA
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HGR/UFRR
CRM-RR 1908

Boa Vista - RR, 11 de janeiro de 2019.



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 700.205.663-87 Nome completo da vítima: ERIVALDO MEBRES DE ARAUJO

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

Nome completo: ERIVALDO MEBRES DE ARAUJO CPF: 700.205.663-87

Profissão: carpinteiro Endereço: SOLDADO PI9 JACINTO Número: 299 Complemento: CASA

Bairro: CARACÁ Cidade: BOA VISTA Estado: PE CEP: 64313-592

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENTA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 1004692 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

03 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Boa Vista/PE 03/06/2019

Nome: ERIVALDO MEBRES DE ARAUJO

CPF: 700.205.663.87

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erivaldo MEBRES DE ARAUJO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0079999-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ena Garcia, 631 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 14.007.002.0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Site B-1
Regim. Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ RR 13

Nº da Nota Fiscal: 002575170
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.431 de 20 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	06/04/2019	244	214,73

ERIVALDO NERES DE ARAUJO
R. SD PM JACINTO J S SI 299 CARANA
CPF: 00070020566387
CEP: 69.313-572 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.04.357060

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	7874	Atual	21/03/2019
Anterior	7630	Anterior	20/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura	22/04/2019
Consumo Medido:	244	Emissão:	20/03/2019
Consumo Faturado:	244	Apresentação:	21/03/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	161003154N	1503605	1.1.1.1	237

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
FEV/19	178	CONSUMO	244 A R\$ 0,774260 = 188,92
JAN/19	197	ILUMINACAO PUBLICA	25,81
DEZ/18	193		
NOV/18	348		
OUT/18	259		
SET/18	179		
AGO/18	186		
JUL/18	194		
JUN/18	248		
MAI/18	275		

TARIFA SEI TRIBUTOS:
0 A 244 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 20/03/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO. MAIS INFORMACOES, LIGUE PARA 0800 7019 120

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS, TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,93	Base de Cálculo:	188,92
Energia:	101,65	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	32,11
Encargos:	5,23	Valor do PIS:	0,34
Tributos:		Valor do COFINS:	

PRINCIPAIS DE CONTINUIDADE						
DD	PIG	DMC				
Mês	Devidos	Atos	Mês	Devidos	Atos	Mês
	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
	2,33		10,00			0,55

FLORESTA SEU CÓDIGO 01/2019 TOTAL A PAGAR 64,63

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

AGENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

13/06/2019

RES: [SEGURO DPVAT] - ronaldo.costa2010@bol.com.br - BOL Mail

Sr. Erivaldo, boa noite!

Seu processo de sinistro 3190360853 para a cobertura Invalidez, foi cancelado, visto que não apresenta cobertura técnica, pelo fato do veículo envolvido no acidente ser de sua propriedade e o prêmio do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao ano do acidente ter sido pago após vencimento e após o sinistro.

Atenciosamente,

Leila



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: ronaldo.costa2010@bol.com.br

Enviada em: 12/06/2019 15:45:50

Para: faleconosco@seguradoralider.com.br

CC:

Assunto: [SEGURO DPVAT]

SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO

Nome: ERIVALDO NERES DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 70020566387

E-mail: ronaldo.costa2010@bol.com.br

Cidade - UF: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 991150318

Opções Selecionadas: Pedido de indenização > Outra dúvida

Mensagem: gostaria de saber porque meu pedido de indenização foi cancelado?

EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or

13/06/2019

RES: [SEGURO DPVAT] - ronaldo.costa2010@bol.com.br - BOL Mail

Sr. Erivaldo, boa noite!

Seu processo de sinistro 3190360853 para a cobertura Invalidez, foi cancelado, visto que não apresenta cobertura técnica, pelo fato do veículo envolvido no acidente ser de sua propriedade e o prêmio do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao ano do acidente ter sido pago após vencimento e após o sinistro.

Atenciosamente,

Leila



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: ronaldo.costa2010@bol.com.br

Enviada em: 12/06/2019 15:45:50

Para: faleconosco@seguradoralider.com.br

CC:

Assunto: [SEGURO DPVAT]

SEGURO DPVAT - APP: FALE CONOSCO

Nome: ERIVALDO NERES DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 70020566387

E-mail: ronaldo.costa2010@bol.com.br

Cidade - UF: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 991150318

Opções Selecionadas: Pedido de indenização > Outra dúvida

Mensagem: gostaria de saber porque meu pedido de indenização foi cancelado?

EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE

CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY

This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

OUTORGANTE: ERIVALDO NERES DE ARAUJO, brasileiro, solteiro, carpinteiro, portador Cédula de Identidade RG 174952 SSP/RR, CPF 700.205.663-87, residente e domiciliada na Rua SD PM Jacinto, 299, Bairro Caranã, Município de Boa Vista - RR.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 07 de maio de 2019.


ERIVALDO NERES DE ARAUJO