



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR.317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR.340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR.1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE** Elisbândra Costa Reis, brasileiro(a),  
estado civil: divorciada, Profissão: montador de móveis  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 237682 SSP/RE  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 826.795.762-68, residente e domiciliado  
(a) na Rua: Sundia, nº 422,  
Bairro: Santa Tereza, no  
município Boa Vista /RR, telefone: 99169-1923/99136-2818 E-mail:  
\_\_\_\_\_, vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

**OUTORGADOS:** SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista-RR /RR 06, de Agosto de 2019

Elisbândra Costa Reis

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Elisabando Costa Reis,  
estado civil Divorciado, RG nº 237682, e CPF  
nº 826.795.762-68, residente e domiciliado (a) na  
Rua: Sundia, nº 422 Bairro:  
Santa Tereza, Cidade Boa Vista  
- Roraima, telefone (95) 99169-1323 / 99136-2818.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa  
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com  
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da  
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a  
presente declaração.

Boa Vista - RR, 06 de Agosto de 2019.

Elisabando Costa Reis

**DECLARANTE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ELISSANDRO COSTA REIS

DOC IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) 237682 SSP RJ

CPF 826.795.762-68 DATA NASCIMENTO 23/11/1984

PLANOJA  
FRANCISCO BEZERRA DOS REIS  
MARIA DOS SANTOS COSTA REIS

PERMISSÃO ACC CATHAB  
A

Nº REGISTRO 04379500286 VALIDEZ 02/02/2020 Vº HABILITAÇÃO 10/06/2008

OBSERVAÇÕES

*Elissandro Costa Reis*  
ASSINATURA DO DETENTOR

LÓCAL BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO 04/02/2015

9324660055  
BR207966770

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

980156019



| 00471 M S COMERCIO DE MOVEIS LTDA ME<br>AV VILLE ROY, 5701 A<br>01/01/2019 a 31/01/2019 |                  |                           | Demonstrativo de Pagamento de Salário     |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| 000070 ELISSANDRO COSTA REIS                                                            |                  |                           | 09328859000107                            |                 |
| PRODUCAO                                                                                |                  |                           | AUXILIAR DE MONTADOR DE MÓVEIS de madeira |                 |
| Cod                                                                                     | Descrição        | Referência                | Vencimentos                               | Descontos       |
| 001                                                                                     | Salário Base     | 022.00                    | 102,50                                    |                 |
| 599                                                                                     | Salário Família  | 002.00                    | 65,60                                     |                 |
| 903                                                                                     | INSS Folha       |                           |                                           | 8,20            |
| Benefício de 04/01/2019 até 15/05/2019 (198,00)                                         |                  |                           | 168,10                                    | 8,20            |
|                                                                                         |                  |                           | <b>Valor Líquido</b>                      | <b>159,90</b>   |
| Saldo Base                                                                              | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS           | FGTS do mês                               | Base Calc. IRRF |
| 1.025,00                                                                                | 102,50           | 8,00                      | 102,50                                    | 8,20            |
| Base Calc. IRRF 0,00                                                                    |                  |                           |                                           |                 |
| Fórmula IRRF                                                                            |                  |                           |                                           |                 |
| DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO                    |                  |                           |                                           |                 |
| 07/08/2019                                                                              |                  | Elissandro Costa Reis     |                                           |                 |
| DATA                                                                                    |                  | ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO |                                           |                 |



**Eletrobras**  
Distribuição de Energia

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
0027631-6

Nº da Nota Fiscal: 001890252

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 15-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RJ/15

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

| CONTA MES     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2018 | 11/12/2018 | 197           | 168,94              |

MARIA DOS SANTOS COSTA REIS  
R. JUNDIA 422 SANTA TEREZA  
CPF: 00018291341249  
CEP: 09.314-128 - BOA VISTA

ROY: E.001.13.14.026800

| DADOS DA LEITURA      |       | DATAS DA LEITURA |                  |
|-----------------------|-------|------------------|------------------|
| kWh                   | kVAch | Atual            | Anterior         |
| 7186                  |       | 27/11/2018       | 26/10/2018       |
| Anterior: 6989        |       |                  | 26/12/2018       |
| 1,000                 |       |                  | 26/11/2018       |
| Consumo Medido: 197   | FCAM  |                  | 27/11/2018       |
| Consumo Faturado: 197 |       |                  | Apresentação: 32 |

NORMAL

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |         |            |
|------------------------------|---------|----------------|---------|------------|
| Grupo/Suplente               | Ligação | Número Medidor | Posto   | Código Fim |
| RESIDENCIAL                  | BI      | 14E0B00432N    | 1517422 | 1.1.1.2    |

Média 12 meses: 160

| HISTÓRICO DE CONSUMO |               |
|----------------------|---------------|
| Mês                  | Consumo (kWh) |
| OUT/18               | 218           |
| SET/18               | 148           |
| AGO/18               | 159           |
| JUL/18               | 129           |
| JUN/18               | 129           |
| MAI/18               | 112           |
| ABR/18               | 153           |
| MAR/18               | 162           |
| FEV/18               | 143           |
| JAN/18               | 154           |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 197 - 0,860300

CONSUMO: 197 A R\$ 0,755994 = 148,93

CORREÇÃO MONETÁRIA DA 09/18-00 0,06

CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/18-00 1,21

MULTA POR ATRASO DE 1 09/18-00 0,46

JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00 0,14

MULTA POR ATRASO 09/18-00 1,70

JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 0,79

ILUMINAÇÃO PÚBLICA 15,65

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÊDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, CLEVER PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 0800 023001120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 11 6 11 16 21 26

Parabéns! Até 31/12/2018, não constarmos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

7CF9.51EB.17F9.125A.1D3A.B980.AA2D.7767

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 0,00  | Base de Cálculo:        | 17,00% |
| Energia:                  | 0,00  | Alíquota ICMS:          | 25,31  |
| Transmissão:              | 0,00  | Valor do ICMS:          | 0,71   |
| Encargos:                 | 29,36 | Valor do PIS:           | 3,34   |
| Tributos:                 |       | Valor do COFINS:        |        |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

8,85 17,70 35,40 8,40 16,92 33,84 4,82





|                                                                        |                            |                                                                                 |                   |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|--|
| <b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> |                            | <b>DETRAN - RR</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> |                   | <b>Nº 012322374255</b> |  |
| DATA<br>01/04/2013                                                     | CDD - RENAVAM<br>004223185 | EMITIDO<br>01/04/2013                                                           | EXERCÍCIO<br>2013 |                        |  |
| NOME<br>FRANCISCO DE ASSIS DOS REIS                                    |                            | RG<br>192.887.124-54                                                            |                   |                        |  |
| ENDEREÇO<br>RUA... Nº...                                               |                            | CIDADE<br>CAMPINA DO PIAUÍ                                                      |                   |                        |  |
| PLACARTE<br>NAPIR15                                                    |                            | PLACA<br>NAPIR15                                                                |                   |                        |  |
| MARCA / MODELO<br>HONDA / ZANIM 150                                    |                            | ANO<br>2013                                                                     |                   |                        |  |
| CATEGORIA<br>PARTICU                                                   |                            | ANO DE REGISTRO<br>2013                                                         |                   |                        |  |
| COTA ÚNICA<br>21.451,13                                                |                            | ANO DE LICENCIAMENTO<br>2013                                                    |                   |                        |  |
| PARCELAMENTO / COTAS<br>12 PARCELAS                                    |                            | ANO DE PAGAMENTO<br>2013                                                        |                   |                        |  |
| PREÇO TOTAL (R\$)<br>258.000,00                                        |                            | DATA DE PAGAMENTO<br>01/04/2013                                                 |                   |                        |  |
| ASSINATURA<br>FRANCISCO DE ASSIS DOS REIS                              |                            | ASSINATURA<br>FRANCISCO DE ASSIS DOS REIS                                       |                   |                        |  |
| LOCAL<br>CAMPINA DO PIAUÍ                                              |                            | LOCAL<br>CAMPINA DO PIAUÍ                                                       |                   |                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|
| PR Nº 012322374255                                                                                                                                                                                             |                           | BILHETE DE SEGURO DPVAT                        |                            |
| <p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br/>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br/>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b>www.dpvatsegurodotransito.com.br</b></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p> |                           |                                                |                            |
| VIA-<br>01                                                                                                                                                                                                     | CHE/GPV<br>182.867.122-34 | MARCA/MODELO<br>HONDA/NXR150 BRO'S ESP         | EXERCÍCIO<br>2018          |
| ANG FAB.<br>2015                                                                                                                                                                                               | FAB/MS<br>9               | Nº C/VASSI<br>902K00540PR127014                | DATA EMISSÃO<br>14/03/2018 |
| FNS (R\$)<br>R\$51,29                                                                                                                                                                                          | DENOMIN (R\$)<br>R\$9,03  | CUSTO DO SEGURO (R\$)<br>R\$90,33              |                            |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)<br>R\$4,15                                                                                                                                                                              | IDF (R\$)<br>R\$0,7       | TOTAL SEM IMPOSTO SEGURADOR (R\$)<br>R\$185,73 |                            |
| PAGAMENTO                                                                                                                                                                                                      |                           | DATA DE EXPIRAÇÃO<br>14/03/2018                |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> ÚNICA                                                                                                                                                                      |                           |                                                |                            |



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA**  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 079/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 21/02/2019.**

**COMUNICANTE: ELISSANDRO COSTA REAIS**

**RG: 237682 SSP/RR CPF: 826.795.762-68**

**ENDEREÇO: RUA JUNDIÁ, Nº 422 BAIRRO: SANTA TERESA**

**CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA**

**SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: MONTADOR DE MÓVEIS**

**DATA DE NASCIMENTO: 23/11/1984**

**IDADE: 34 ANOS GRAU DE INST: ENS. MÉD. INC.**

**ESTADO CIVIL: DIVORCIADO TELEFONE: 99169-1923 Nº REG. CNH: 04379500286**

**NOME DO PAI: FRANCISCO BEZERRA DOS SANTOS**

**NOME DA MÃE: MARIA DOS SANTOS COSTA REAIS**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que é habilitado (CNH nº 04379500286) e que no dia 02/01/2019, por volta das 12h30min, estava pilotando a motocicleta de seu pai, sendo esta uma Honda NXR 150 BROS ESD, ano/mod. 2013/2013, placa NAP-1813-RR, de cor verde, chassi 9C2KD0540DR127014, Cód RENAVAM 0052721786, que se encontra em nome de Francisco Bezerra Reis, e, quando se encontrava na rua Raimundo Pena Forte, cruzamento com a Rua Raimundo Figueiras, e que ao iniciar a manobra de conversão à esquerda, foi colidido na lateral esquerda por um cidadão que se encontra em uma motocicleta e seguia no mesmo sentido do comunicante. Que o comunicante sinalizou sua intenção de dobrar à esquerda ligando o pisca. Que não sabe informar o nome do cidadão envolvido no acidente nem a placa, marca ou modelo da motocicleta que este conduzia, uma vez que ficou inconsciente, só retomando sua consciência no HGR. Que teve fratura na perna esquerda. Que foi socorrido por uma VTR do Resgate. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**Daniel B. Magalhães**

**Agente de Polícia**

Mat: 042000025

**ELISSANDRO COSTA REAIS**

**Comunicante**



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO**  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

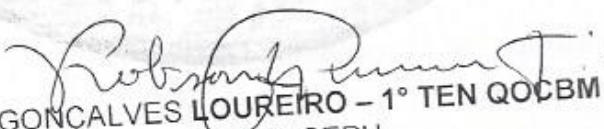


DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins de direito que o Sr. ELISSANDRO COSTA REIS, RG: 237682/SSP-RR foi socorrido pela Companhia de Emergência Pré-Hospitalar – CEPH, na data de 02/01/2019. O acidente de trânsito ocorreu na rua Raimundo Penaforte, bairro BURITIS. Ocorre que, ao ser realizada a busca nos arquivos desta Companhia, foi localizado o relatório de ocorrência, com o nº. de aviso 022-19, onde foi grafado erroneamente a data do acidente como ocorrido em 02/01/2018, suscitando dessa maneira erro material no preenchimento do respectivo relatório.

Boa Vista-RR, 15 de fevereiro de 2019.

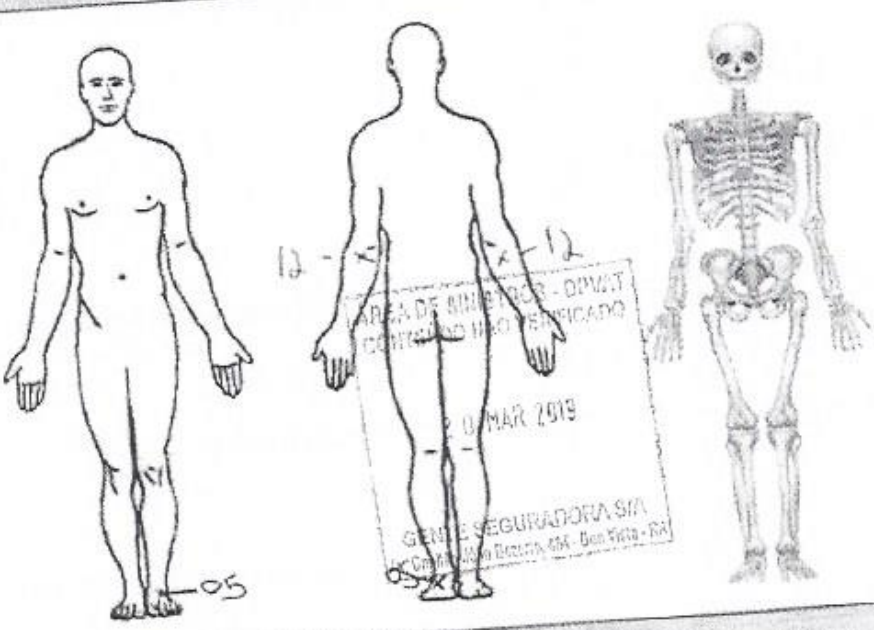
  
ROBSON GONÇALVES LOUREIRO – 1º TEN QOCBM  
Comandante da CEPH



| ESTADO DE RORAIMA<br>CORPO DE BOMBEIROS MILITAR<br>COMANDO OPERACIONAL<br>RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA<br>ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Nº DE AVISO: 0022-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Nº DE VÍTIMAS: 01/02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | OCORRÊNCIA: T-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | DATA: 02/04/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
| OBM DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                               |     | ÁREA DE ATUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                             |           | VTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | KMI              |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM <input checked="" type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL<br><input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA |     | <input type="checkbox"/> Leste <input checked="" type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro<br><input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural                                                                      |           | UR02-18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 16 856           |
| H/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                      |     | H/NO LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | NO DESTINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | H/NA OBM OU B-01 |
| 13:31                                                                                                                                                                                                                                                        |     | 12:37                                                                                                                                                                                                                                                                       |           | 13:01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 13:31            |
| 1. DADOS DA OCORRÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA: Nº 510 BAIRRO: BURITIS                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO DENAPORT PONTO DE REFERÊNCIA: CRUZEIRO C/ RAIMUNDO FILGUEIRAS                                                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| CIDADE: BOA VISTA LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| NOME: ELISSANDRO COSTA REIS RG/CPF: 237682                                                                                                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | PNS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| D.N.: 23/11/1981                                                                                                                                                                                                                                             |     | IDADE: 37                                                                                                                                                                                                                                                                   |           | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| ENDEREÇO: RUA JUNDIA Nº 1422 BAIRRO: SANTA TEREZA                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | TEL.: 991562818                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro:                                                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Se sim, qual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <input type="checkbox"/> Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <input type="checkbox"/> O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.                                                                                                                                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Assinatura do paciente/vítima:                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | RG Nº:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SSP/             |
| Testemunha:                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | RG Nº:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20 MAR 2019 SSP/ |
| Testemunha:                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | RG Nº:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SSP/             |
| 4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Abertura ocular                                                                                                                                                                                                                                              |     | Resposta verbal                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Resposta motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. A dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                                                                           |     | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado<br><input type="checkbox"/> 4. Confuso<br><input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> 2. Sons incomp. / Gemidos<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                  |           | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso<br><input type="checkbox"/> 4. Reage a dor<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | 15 Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
| 5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| Abertura ocular                                                                                                                                                                                                                                              |     | Resposta verbal                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Resposta motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <input type="checkbox"/> 4. Espontânea<br><input type="checkbox"/> 3. À voz<br><input type="checkbox"/> 2. A dor<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma                                                                                                      |     | <input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.<br><input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.<br><input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente.<br><input type="checkbox"/> 2. Agitação.<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma |           | <input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.<br><input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.<br><input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.<br><input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação).<br><input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).<br><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma              |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           | Pontos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| 6. SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| PA:                                                                                                                                                                                                                                                          | FR: | FC: 75 BPM                                                                                                                                                                                                                                                                  | SpO2: 99% | Temperatura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |
| 7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA                                                                                                                                                                                                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (Is):                                                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| USO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL (Is):                                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |





| 8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Vítima ejetada | <input type="checkbox"/> Capotamento |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Óbito evidente                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> PCR                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| 9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         | <b>Legenda:</b><br>01- Fratura<br>02- Luxação<br>03- Entorse<br>04- Ferimento incisivo<br>05- Ferimento lacerante<br>06- Ferimento Corto-contuso<br>07- Ferimento perfurante<br>08- Ferimento penetrante<br>09- Amputação<br>10- Avulsão<br>11- Contusão<br>12- Escoriações<br>13- Queimaduras |                                         |                                      |
| 10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO X MOTO ENCONTRADA EM DDH, LOTE. APÓS AS<br>DEVIDAS ANÁLISES E PROCEDIMENTOS, EQUIPE REALIZA HEMOSTASIA, ESTABILIZAÇÃO<br>E IMOBILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, CABCAGEM DE PRANCHETA RÍGIDA. VÍTIMA EN-<br>CAMINHADA AO P.S FRANCISCO ELESBÃO, ONDE FOMENTADO REGUE COM SI-<br>NAIS VITAIS ESTÁVEIS |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| 11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Cartão magnético                               | Und                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Capacete       | <input type="checkbox"/> Outros:     |
| <input type="checkbox"/> CNH                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Cheque                                         | Fls                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Calçado        |                                      |
| <input type="checkbox"/> CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Dinheiro R\$                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Óculos         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Jóias                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Relógio        |                                      |
| Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| 12. UNIDADE DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio                 | <input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> P.A Ailton Rocha                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| 13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estável                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         | <input type="checkbox"/> Instável                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | <input type="checkbox"/> Crítico                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                      |
| 14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| Chefe de equipe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Socorrista(s):                                                          | Condutor da VTR                                                                                                                                                                                                                                                                                | Resp. pelo preenchimento                |                                      |
| SGT HELLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SD JARVÃO                                                               | SD WAGNER                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SGT HELLO                               |                                      |
| 15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         | Artemis de Sá Souza<br>Médico<br>CRM 12345                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                      |
| Documento de identidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |
| Registro de conselho (CRM, COREN):                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                      |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

## DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **ELISANDRO COSTA REIS** retifica-se por **ELISSANDRO COSTA REIS, RG 237682 SSP/RR**, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA), no dia 02/01/2019 às 13h17min, por motivo de **ACIDENTE DE TRABALHO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1901054092

Boa Vista-RR, 15 de Janeiro de 2019.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000  
mail: hosphar@vaibest.com.br

| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA                         |  | 1ª Classificação                                                                   |  | Reclassificação                                                                 |  | Reclassificação                                   |  |
|------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|
| Secretaria de Estado da Saúde                        |  | Cor                                                                                |  | Cor                                                                             |  | Cor                                               |  |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE              |  | Verde                                                                              |  | Verde                                                                           |  | Verde                                             |  |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308                   |  | Azul                                                                               |  | Azul                                                                            |  | Azul                                              |  |
| 1901054082                                           |  | 02/01/2019 13:17:00                                                                |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                              |  | DIURNO 07-19 19                                   |  |
| Paciente                                             |  | Data Nascimento                                                                    |  | Idade                                                                           |  | CNS                                               |  |
| ELISANDRO COSTA REIS                                 |  | 23/11/1984                                                                         |  | 34 A 1 M 9 D                                                                    |  | 704604152759323                                   |  |
| Tipo Doc                                             |  | Documento                                                                          |  | Sexo                                                                            |  | CPF                                               |  |
| IDENTIDADE                                           |  | 237682                                                                             |  | M                                                                               |  | 82679576268                                       |  |
| Mãe                                                  |  | Orgão Emissor Data Emissão                                                         |  | Estado Civil                                                                    |  | Nacionalidade                                     |  |
| MARIA DOS SANTOS COSTA REIS                          |  | SSP/RR                                                                             |  | SOLTEIRO (A) PARD                                                               |  | BRASILEIRA                                        |  |
| Endereço                                             |  | Pal                                                                                |  | Raça/Cor                                                                        |  | Contato                                           |  |
| RUA - TUCUNARE - 224 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR |  | FRANCISCO BEZERRA DOS REIS                                                         |  | BOA VISTA - RR                                                                  |  | (95) 99129-1188                                   |  |
| Class. de Risco                                      |  | Plano Convênio                                                                     |  | Nº da Carteira                                                                  |  | Validade                                          |  |
|                                                      |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                       |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Motivo do Atendimento                                |  | Caráter do Atendimento                                                             |  | Profissional do Atend.                                                          |  | Procedência                                       |  |
| ACIDENTE DE TRABALHO                                 |  | URGÊNCIA                                                                           |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Setor                                                |  | Tipo de Chegada                                                                    |  | Procedimento Sol.                                                               |  | Registrado por:                                   |  |
| GRANDE TRAUMA                                        |  | RESGATE                                                                            |  | GENTE OCUPADO 03/01/2019                                                        |  | MICHELE CAVALCANTE                                |  |
| Queixa Principal                                     |  |                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril                                        |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Suspeita do Dengue                                     |  |                                                   |  |
| Anamnese de Enfermagem                               |  | GSC                                                                                |  | TOTAL                                                                           |  |                                                   |  |
|                                                      |  | AC: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                     |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)                |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
|                                                      |  | Colisão moto x moto                                                                |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Exame Físico                                         |  | exame dermatológico                                                                |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
|                                                      |  | dois pilulas x MATE / temoreto (E)                                                 |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Hipótese Diagnóstica                                 |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| SADT - Exames Complementares                         |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X                      |  | <input type="checkbox"/> ULTRA-SON                                                 |  | <input type="checkbox"/> TC                                                     |  | <input type="checkbox"/> SANGUE                   |  |
| <input type="checkbox"/> URINA                       |  | <input type="checkbox"/> ECG                                                       |  | <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                |  |                                                   |  |
| PRESCRIÇÃO                                           |  | APRAZAMENTO                                                                        |  | OBSERVAÇÃO                                                                      |  |                                                   |  |
| 1) Dexametasona 16 (E)                               |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| 2) Fitoil 40mg (E)                                   |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| 3) Ibuprofeno 400mg (E)                              |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| 4) Nitroglicerina 5mg (E)                            |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Outro prescrito                                      |  |                                                                                    |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Conduta                                              |  | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                   |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                            |  |                                                   |  |
|                                                      |  | <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                             |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                   |  |                                                   |  |
|                                                      |  | <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                            |  | <input type="checkbox"/> Internação                                             |  |                                                   |  |
|                                                      |  | <input type="checkbox"/> Transferência para:                                       |  | Data e Hora da Saída/Alta:                                                      |  |                                                   |  |
| óbito                                                |  | Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia |  |                                                   |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                |  | Carimbo e Assinatura do Médico                                                     |  |                                                                                 |  |                                                   |  |
| Impresso por: michelle.cavalcante                    |  | Data Hora: 02/01/2019 13:17:51                                                     |  | Dr. Sérgio Brito                                                                |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | Cirurgia Vascular                                                               |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | CRM-RR 768                                                                      |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | Márcio Freire                                                                   |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | Médico                                                                          |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | 28 JAN 2019                                                                     |  |                                                   |  |
|                                                      |  |                                                                                    |  | RS Certifico e dou fé que a presente                                            |  |                                                   |  |



02/10/2019 - GT Mulheres  
02/10/2019 - 18:10

Pré-natal vítima de acidente  
moto x carro.

Transtorno no tornozelo (E), dor no  
mto, náusea móvel.

- uso com aparelho ortopédico:
- não há dor na articulação tibial
- há dor na articulação calcâneo e proximal ao nível do tornozelo

→ com fratura semiconcisa  
e perna aberta

→ não houve fratura completa  
vascular no momento.

• Comorbidades crônicas:  
diabetes + hipertensão.

• Rx: fratura fibula  
— Anterior e posterior  
haveram fratura ou sinal  
vascular de 1º grau

Dr. Sérgio Brito  
Ortopedista  
CRM 10.700

02/10/2019.

- Deveria ter  
sido padecido
- Fratura fibular (E)

Devido a lesão de  
lesão e trauma.

Dr. Marcos Felipe Diniz  
Médico  
CRM/RR 1869







ELISANDRO COSTA REIS

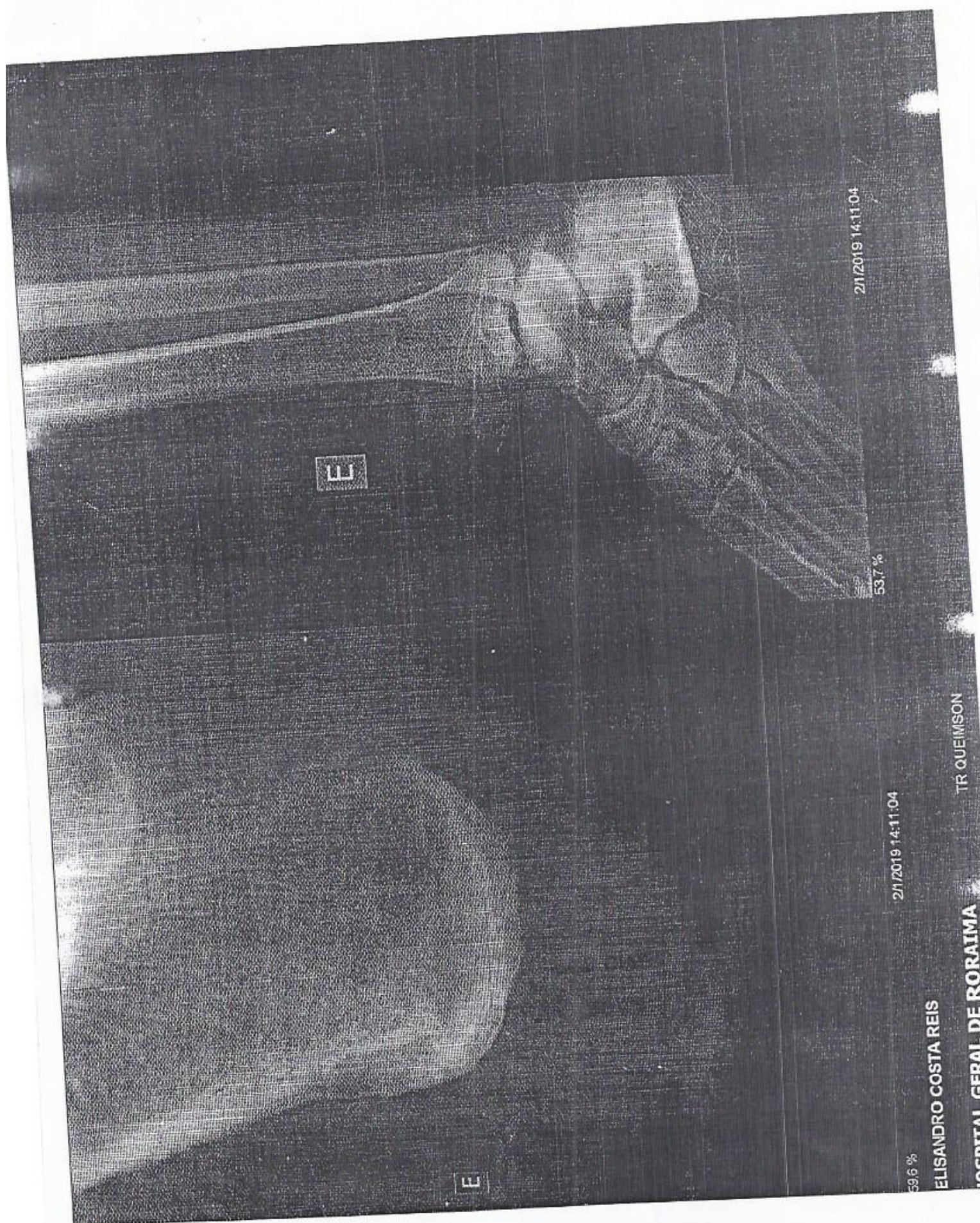
HOSPITAL GERAL DE BORATMA

TR QUEIMSON

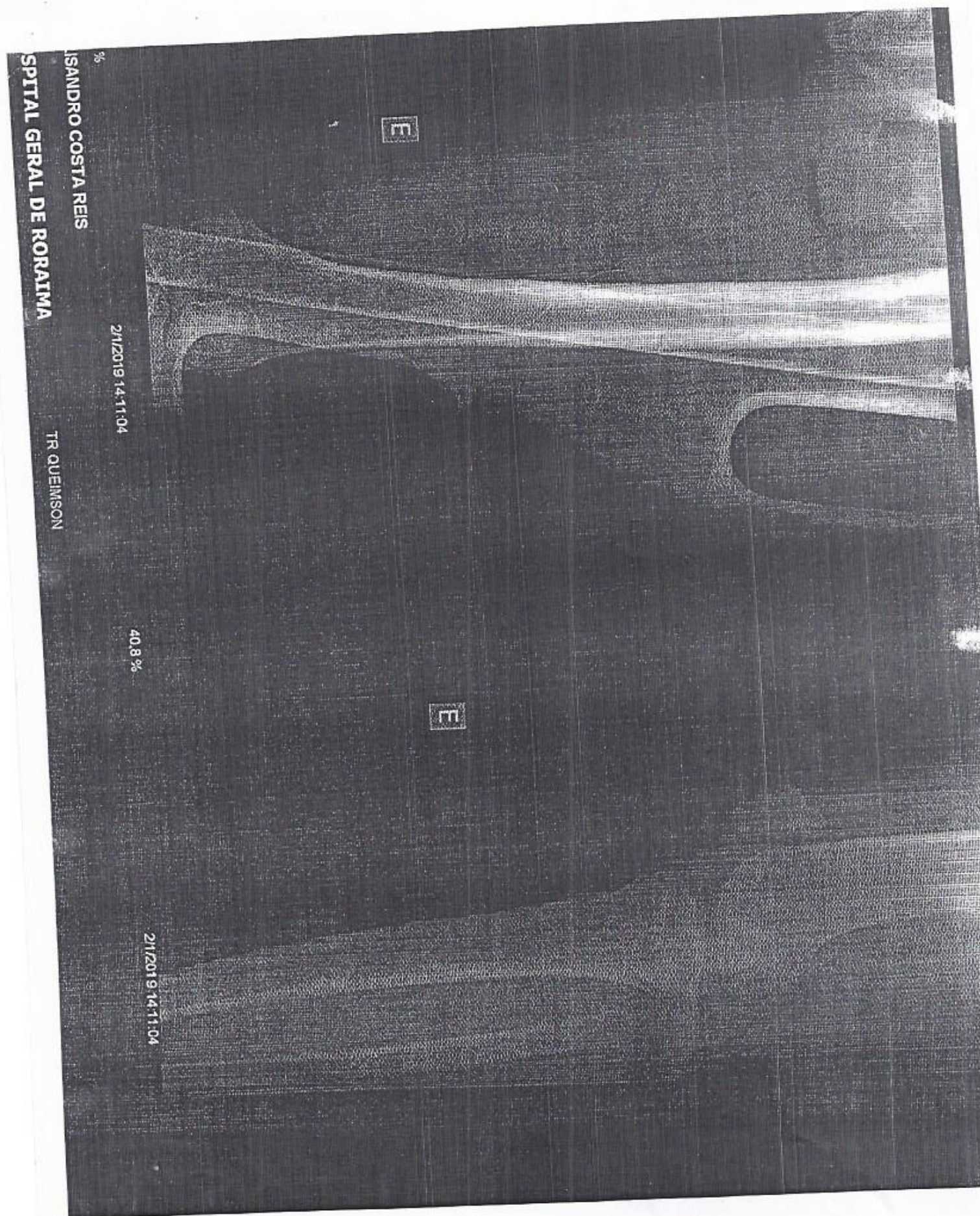
2/1/2019 14:11:04

53,7 %

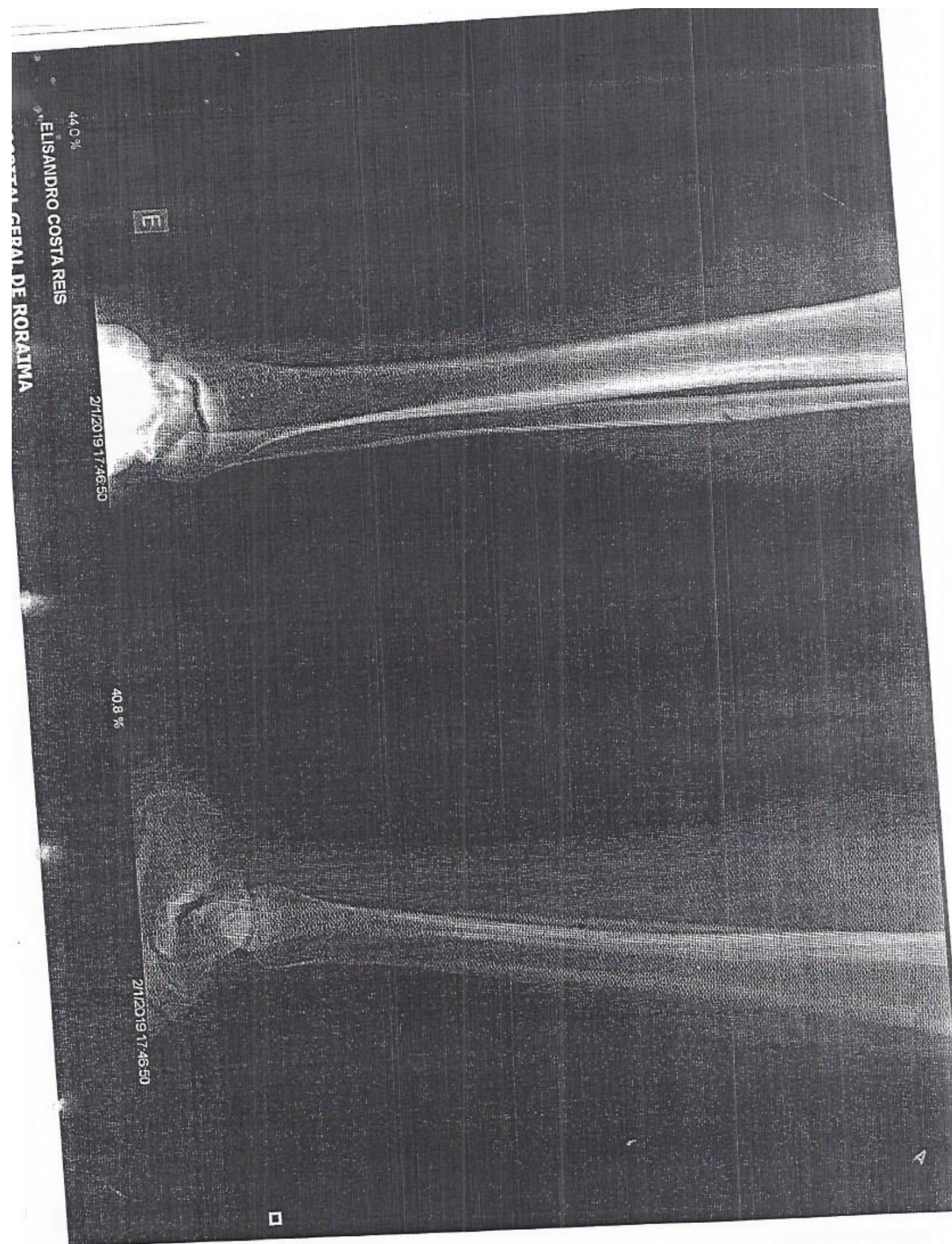












E

44.0 %

ELISANDRO COSTA REIS

CEBAL DE RORAIMA

21/12/2019 17:46:50

40.8 %

21/12/2019 17:46:50

□

4





E

ELISANDRO COSTA REIS

HOSPITAL GERAL DE BOBATA

21/1/2019 17:46:50

78.9%





ELISSANDRO COSTA REIS,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA

21/1/2019 16:54:26

57.5%

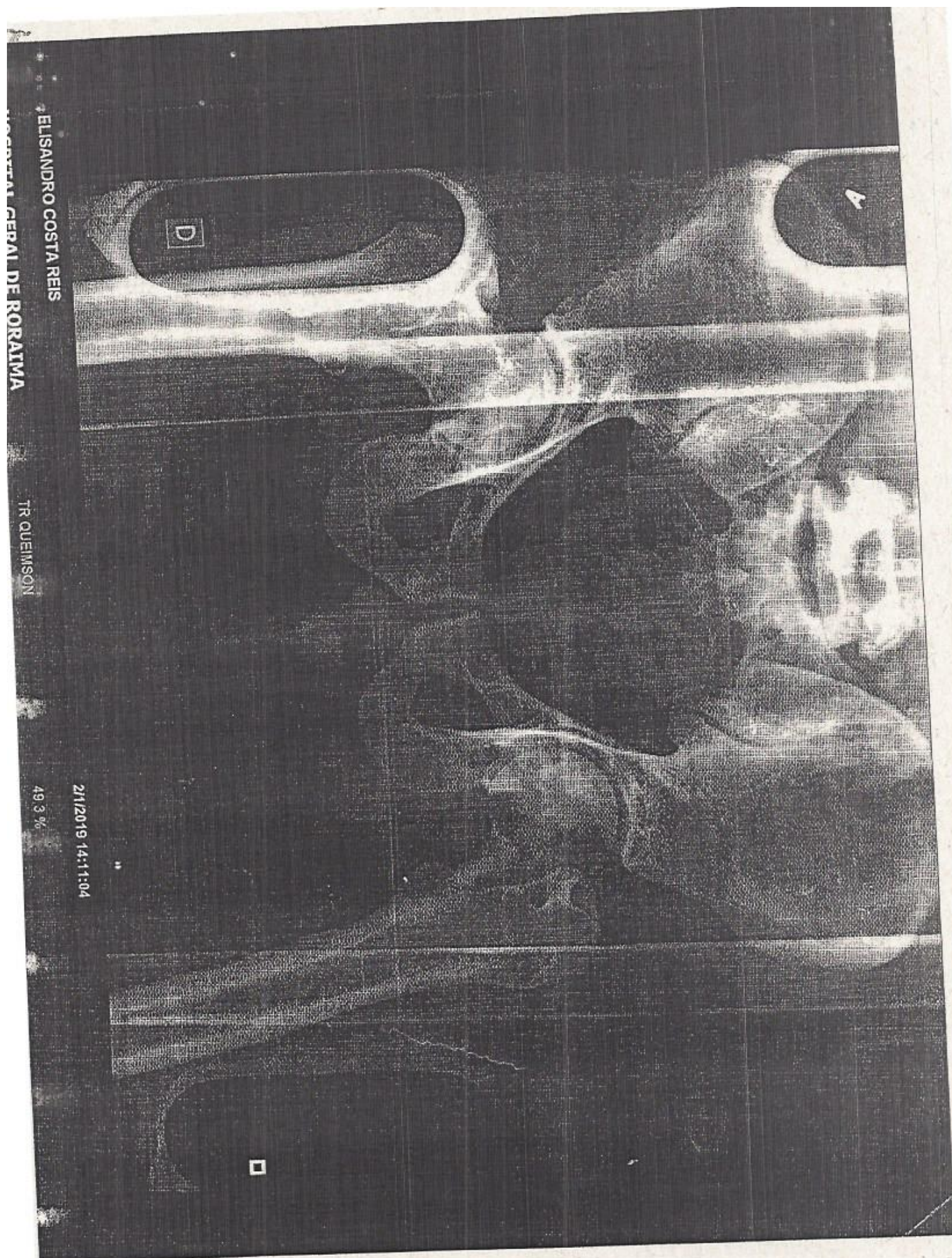


06/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição









ELISANDRO COSTA REIS

SECRETARIA DE RORAIMA

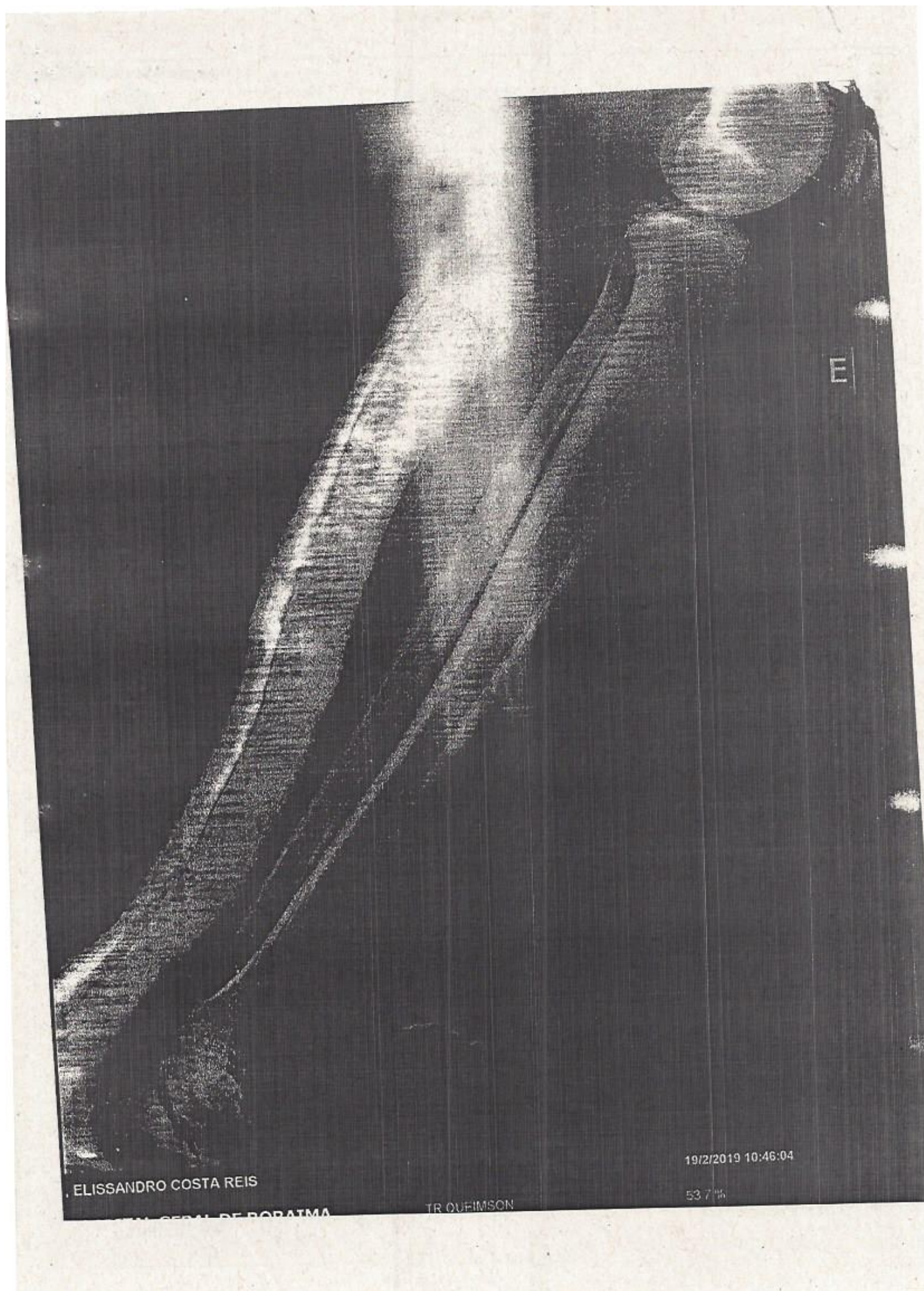
TR QUEIMSON

21/12/2019 14:11:04

49.3 %

□





E

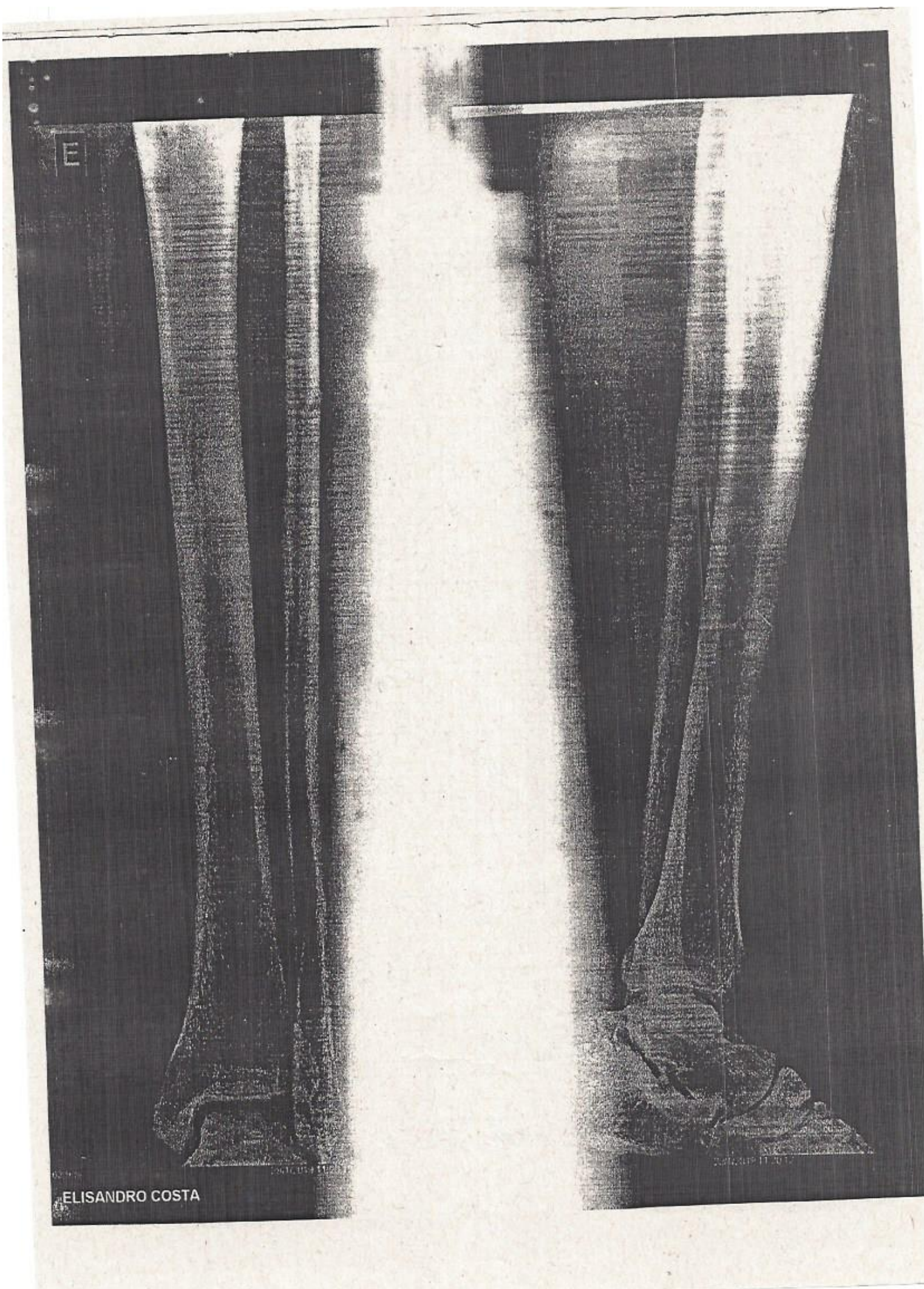
ELISSANDRO COSTA REIS

TR QUEIMSON

19/2/2019 10:46:04

53.7%





ELISANDRO COSTA





4G 1 100% 16:45



seguradoralider.com.br

3



Nome

## JUSTRO 3190212673 - Resultado de r beneficiário

IMA ELISSANDRO COSTA REIS

BERTURA Invalidez

NTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

CIÁRIO ELISSANDRO COSTA REIS

PJ: 82679576268

Posição em 29-03-2019 17:45:41

Seu pedido de indenização foi negado. Env  
para seu endereço, com mais informações  
conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta

Referência

Ver Carta





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

Dr. John Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE ESUALDO de Lima Teixeira, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: DESCAMPEGADO,  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 4300021 SSP/MA  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 720.084.312-15, residente e domiciliado  
(a) na RUA RIO AMAZONAS, nº 726,  
Bairro: BELE VISTA no  
município BOA VISTA /RR, telefone: (95) 991137982, E-mail:  
\_\_\_\_\_, vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

BOA VISTA /RR 06, de Abril de 2019.

Esualdo de Lima Teixeira

Outorgante

CPF/MF nº





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 3178

Dr. John Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 3408

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU:** ESUALDO de Lima TEIXEIRA

estado civil SOLTEIRO, RG nº 4300021 SSP/MA e CPF

nº 720 084-312-15, residente e domiciliado (a) na

RIO AMAZONAS Nº 726

Bairro: BELA VISTA, Cidade BOA VISTA

- Roraima, telefone (95) 991137982.

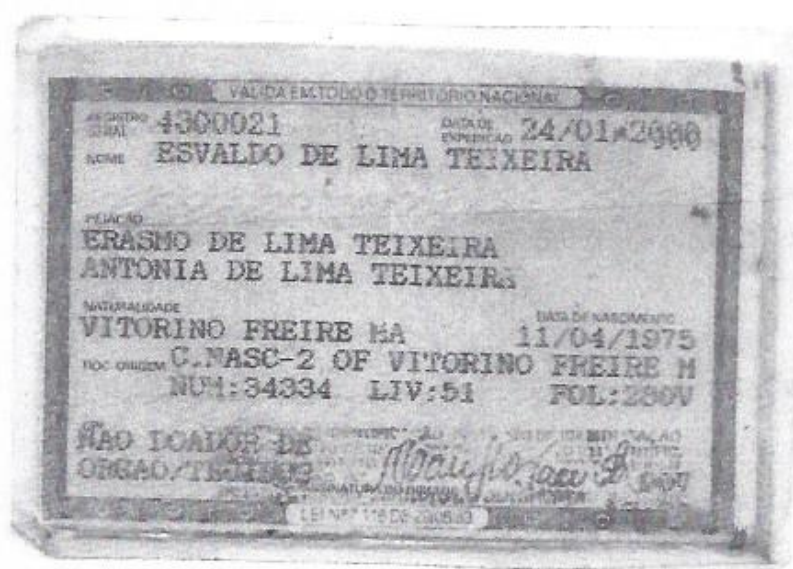
**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

BOA VISTA - RR, de Agosto de 19.

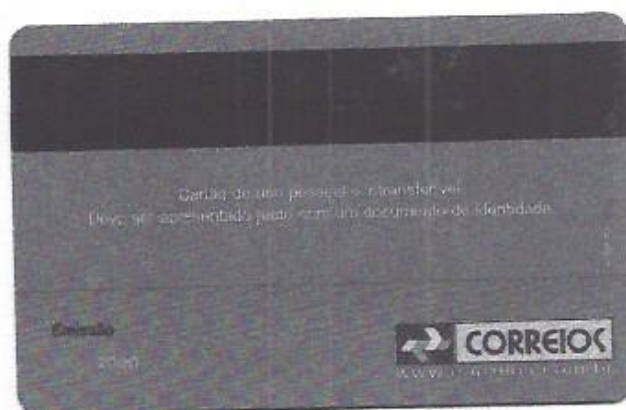
ESUALDO de Lima TEIXEIRA

**DECLARANTE**

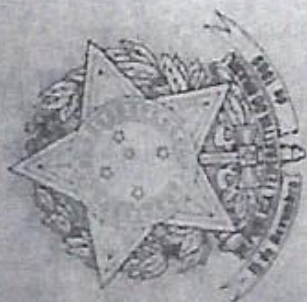












**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**



00036 PA

Número ..... 35.223

Série .....



*Paulo Sérgio de Lima Teixeira*  
ASSINATURA DO PORTADOR



Scanned by CamScanner



12

**04 445 627/0001-07**  
**CONTRATO DE TRABALHO**  
**F. Lopes Dantas Santos-ME**

Empregador Av. Centenario, 3035 - A. Centenario  
CGC/MF CEP 69.300-000  
Rua Bom Vista 1-1 Nº Roraima  
Município Est.  
Esp. do estabelecimento Serviços Gerais  
Cargo CBO nº 95290  
Data admissão 18 de maio de 2003  
Registro nº 29 Fls./Ficha 4130  
Remuneração especificada R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais) mensais  
F. LOPES DANTAS SANTOS - ME  
F. Lopes Dantas Santos  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
Titular  
1º F. Lopes Dantas Santos - ME  
Data saída 07 de junho de 2003  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
F. Lopes Dantas Santos  
Com. Dispensa CD Nº 933845

13

**CONTRATO DE TRABALHO**  
**02 932 041/0001-41**

Empregador Ouro Verde Agrosilvopastoril Ltda.  
CGC/MF Rua Botão de Ouro Conj. Primavera 178 - Pádua  
Rua CEP 69.301-970  
Município Est.  
Esp. do estabelecimento Bom Vista - Roraima  
Cargo Serviços Gerais  
CBO nº 992225  
Data admissão 01 de agosto de 2003  
Registro nº 127 Fls./Ficha 39 livro 3  
Remuneração especificada R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais) mensais  
Ouro Verde Agrosilvopastoril Ltda.  
F. Lopes Dantas Santos  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
Sócio-Gerente  
1º F. Lopes Dantas Santos  
Data saída 10 de setembro de 2003  
Ouro Verde Agrosilvopastoril Ltda.  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
F. Lopes Dantas Santos  
Com. Dispensa CD Nº



**Eletrobras**  
**Distribuição Roraima**

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
**2088842-7**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Simeão de Azevedo, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.000-3)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 001820519

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MES     | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2018 | 06/12/2018 | 976           | 718,03              |

ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA  
R. RIO AMAZONAS 726 JARDIM BELA VISTA  
CPF: 00072008431215  
CEP: 69.316-124 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.16.004300

| DADOS DA LEITURA            |       | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 92736 | Anterior:        | 17/11/2018 |
| Anterior:                   | 92810 | Anterior:        | 17/10/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 17/12/2018 |
| Consumo Medido:             | 976   | Emissão:         | 16/11/2018 |
| Consumo Faturado:           | 976   | Arrecadação:     | 17/11/2018 |
| NORMAL                      |       | 31               |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |                | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |
|------------------------------|----------------|------------------------------|---------|
| Classificação:               | COMERCIAL      | Grupo:                       | BI      |
| Endereço:                    | 00072008431215 | Código Fiel:                 | 3.1.3.2 |
| Medição:                     | 1517250        | Médo 12 meses:               | 1155    |

| HISTÓRICO VLT | CONSUMO | DESCRIÇÃO DA CONTA             | VALOR  |
|---------------|---------|--------------------------------|--------|
| OUT/18        | 1086    | 976 A R\$ 0,690552 =           | 673,91 |
| SET/18        | 1009    | CORREÇÃO MONETARIA DA 09/18-00 | 0,07   |
| AGO/18        | 858     | CORREÇÃO MONETARIA IG 09/18-00 | 7,71   |
| JUL/18        | 806     | MULTA POR ATRASO DE 1 09/18-00 | 0,55   |
| JUN/18        | 939     | MULTA POR ATRASO 09/18-00      | 0,16   |
| MAI/18        | 1012    | MULTA POR ATRASO 09/18-00      | 11,72  |
| ABR/18        | 1371    | JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 | 5,07   |
| MAR/18        | 1152    | JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 | 18,78  |
| FEV/18        | 1377    | ILUMINACAO PUBLICA             |        |
| JAN/18        | 1307    |                                |        |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 10/2018  
Valor R\$: 652,57

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N 2.479 DE 30.10.16. CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FISCO: 54F5.9DF7.899F.0D70.C292.51B5.6912.B124

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
| Distribuição:             | 541,01 | Base de Cálculo:          | 673,97 |
| Energia:                  | 0,00   | Alíquota ICMS:            | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:            | 114,57 |
| Encargos:                 | 0,00   | Valor do PIS:             | 3,25   |
| Tributos:                 | 132,96 | Valor do COFINS:          | 15,14  |

ÍNDICES DE CONTINUIDADE

| ÍNDICE | VALOR | ÍNDICE | VALOR |
|--------|-------|--------|-------|
| 8,45   | 16,91 | 33,82  | 8,46  |
| 0,00   | 0,00  | 16,02  | 33,84 |
|        |       | 4,65   |       |

DISTRITO: 09/2018 224.67

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 FEV 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Recova, 444 - São Paulo - SP





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000099/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2019 12:29 Data/Hora Fim: 02/01/2019 12:44  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 02/01/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 02/01/2019 09:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. nossa senhora da consolata

Bairro: São Vicente

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vitorino Freire

Sexo: Masculino

Nasc: 11/04/1975

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Antonia de Lima Teixeira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Rio Amazonas

Bairro: Bela Vista

Telefone: (95) 99113-7982 (Celular)

Nº: 726



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 841.869.762-87

Renavam 00897667786

Número do Chassi 8AFER13P97J006614

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo I/FORD RANGER XLT 13P

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Placa JXX0557

Número do Motor C34208061

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo I/FORD RANGER XLT 13P

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Data de Impressão: 02/01/2019 12:45  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000099/2019

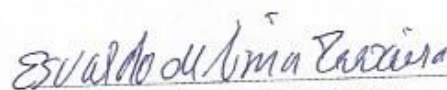
|                                         |                                                       |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Última Atualização Denatran 07/08/2015  | Restrições REST.BEN.TRIBUTARIO                        |
| Nome Envolvido                          | Envolvimentos                                         |
| Desconhecido 1                          | Possuidor                                             |
| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta                         |
| CPF/CNPJ do Proprietário 720.084.312-15 | Placa NAN1811                                         |
| Renavam 00506099350                     | Número do Motor JC41E1D711688                         |
| Número do Chassi 9C2JC4110DR711688      | Ano/Modelo Fabricação 2013/2013                       |
| Cor PRETA                               | UF Veículo Roraima                                    |
| Município Veículo Boa Vista             | Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS                      |
| Modelo HONDA/CG 125 FAN KS              | Veículo Adulterado? Não                               |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                                    |
| Última Atualização Denatran 23/01/2013  | Restrições REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA |
| Nome Envolvido                          | Envolvimentos                                         |
| Esvaldo de Lima Teixeira                | Proprietário                                          |

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que conduzia a sua motocicleta pela Av. Nossa senhora da Consolata quando, no cruzamento da Av. Surumú, um veículo ranger prata, conduzido por uma mulher não identificada, cruzou a sua preferencial causando a colisão entre os veículos. Após a colisão a condutora do automóvel saiu do local sem prestar socorro a vítima. Tal colisão causou lesões corporais na vítima, tendo inclusive quebrado dois dedos da sua mão esquerda. A PM não compareceu ao local do acidente. A vítima foi socorrida e levada ao HGR pela sua cunhada Sra. Sandra Gomes. É o relato.

### ASSINATURAS

  
Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Responsável pelo Atendimento

  
Esvaldo de Lima Teixeira  
(Comunicante / Vítima)

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

AGENTE DE POLÍCIA  
COMUNICADOR





02/01/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> 1ª Classificação<br>Secretaria de Estado da Saúde<br>Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE<br>Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308                                                                                                                                                                                                                               |  | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.:                      |  | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.: |  | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.: |  |
| 1901053984 02/01/2019 09:37:20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                  |  | DIURNO: 07-19                                                                                                                                                                                         |  | 6                                                                                                                                                                                                     |  |
| Paciente <b>ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA</b><br>Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade<br>Mãe <b>ANTONIA DE LIMA TEIXEIRA</b><br>Endereço <b>RUA - CONSTELACAO - 1188 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                                   |  | Data Nascimento <b>11/04/1975</b> Idade <b>43 A 8 M 21 D</b><br>Sexo <b>M</b> Estado Civil <b>NAO</b> Raça/Cor <b>PARDA</b> Naturalidade <b>BRASILEIRA</b><br>Contato <b>(95) 99134-1903</b> Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b> |  | CNS CPF Prontuário<br>00022401                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| Class. de Risco Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal<br>Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b> Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b> Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão<br>Setor <b>GRANDE TRAUMA</b> Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b> Procedimento Sol. Registrado por <b>MICHELE CAVALCANTE</b> |  | Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório... <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue.                                                                |  |                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| Anamnese de Enfermagem<br><i>Anamnese (HORA DA CONSULTA - h)</i><br><i>Queixa de dor no abdômen - pi (F)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | GSC<br>AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 6 MRV: 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                                                        |  | TOTAL<br>28 FEV 2019                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| SADT - Exames Complementares<br><input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                |  | PRESCRIÇÃO<br><i>Dipirona 1g</i><br><i>Clonazepam 0,5mg</i><br><i>Clonazepam 0,5mg</i>                                                                                                                                     |  | APRAZAMENTO<br>OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Intensificação</i>                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta:                                                                 |  | 24 JAN. 2019                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                       |  |
| óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                                                                                                                                                                                               |  | Assinatura do Paciente ou Responsável<br>Impresso por: <i>michele.cavalcante</i><br>Data Hora: 02/01/2019 09:39:45                                                                                                         |  | Assinatura do Médico<br>Talés Saúde Médico<br>CRM 145678                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                       |  |



02/01/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b><br>Secretaria de Estado da Saúde<br>Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE<br>Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308                                                                                      |  | 1ª Classificação/Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |  | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.                                                                    |  | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.                                          |  |
| 1901053984                                                                                                                                                                                                                                 |  | 02/01/2019 09:37:20                                                                                                                                                                                                   |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                      |  | DIURNO/07-19 6                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Paciente<br><b>ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                |  | Data Nascimento<br><b>11/04/1975</b>                                                                                                                                                                                  |  | Idade<br><b>43 A 8 M 21 D</b>                                                                                                                                                                                                                                           |  | CNS<br>CPF<br><b>00022401</b>                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Tipo Doc<br>Documento                                                                                                                                                                                                                      |  | Órgão Emissor Data Emissão                                                                                                                                                                                            |  | Sexo<br><b>M</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Estado Civil<br><b>NAO</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Mãe<br><b>ANTONIA DE LIMA TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                     |  | Endereço<br><b>RUA - CONSTELACAO - 1188 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                             |  | Raça/Cor<br><b>PARDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                |  | Nacionalidade<br><b>BRASILEIRA</b>                                                                                                                                                                                                            |  |
| Contato<br><b>(95) 99134-1903</b>                                                                                                                                                                                                          |  | Ocupação<br><b>NÃO INFORMADA</b>                                                                                                                                                                                      |  | Profissional do Atend.<br><b>INFORMADO</b>                                                                                                                                                                                                                              |  | Procedência<br><b>28 FEV 2019</b>                                                                                                                                                                                                             |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                                                                                                                                                                                           |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>                                                                                                                                                                             |  | Tipo de Chegada<br><b>DEMANDA ESPONTANEA</b>                                                                                                                                                                                                                            |  | Registro por<br><b>MICHELE CAVALCANTE</b>                                                                                                                                                                                                     |  |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                              |  | Queixa Principal<br><input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                            |  | Validade<br><b>28 FEV 2019</b>                                                                                                                                                                                                                                          |  | Autorização<br><b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b>                                                                                                                                                                                               |  |
| Class. de Risco<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                     |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                 |  | N° da Carteira                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Sis Prenatal                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Anamnese de Enfermagem<br><i>[Handwritten Signature]</i>                                                                                                                                                                                   |  | Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ) h)                                                                                                                                                                                   |  | GSC<br>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                                                                                                                                                   |  | TOTAL                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                               |  | Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                  |  | SADT - Exames Complementares<br><input checked="" type="checkbox"/> RAO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |  | PRESCRIÇÃO<br><i>[Handwritten Prescription]</i>                                                                                                                                                                                               |  |
| Conduta<br><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>[Handwritten Signature]</i> |  | Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta:                                                                                     |  | APRAZAMENTO<br>OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                               |  | OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| óbito<br>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                                     |  | Assinatura do Paciente ou Responsável<br><i>[Handwritten Signature]</i>                                                                                                                                               |  | Assinatura do Médico<br><i>[Handwritten Signature]</i>                                                                                                                                                                                                                  |  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308<br>Nova Planície Tel (95) 2121-0620<br>AUTENTICAÇÃO<br>24 JAN. 2019<br>Certifico e dou fé que a presente<br>cópia é fiel reprodução Original<br>que foi apresentada neste Hospital |  |
| Impresso por: <b>michele.cavalcante</b><br>Data Hora: 02/01/2019 09:39:45                                                                                                                                                                  |  | Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                 |  | Assinatura do Médico                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Assinatura do Médico                                                                                                                                                                                                                          |  |





GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

*Esvaldo Lima Teixeira*

*Paciente com quadro de  
Fz 5º HTA @  
Tucopaz*

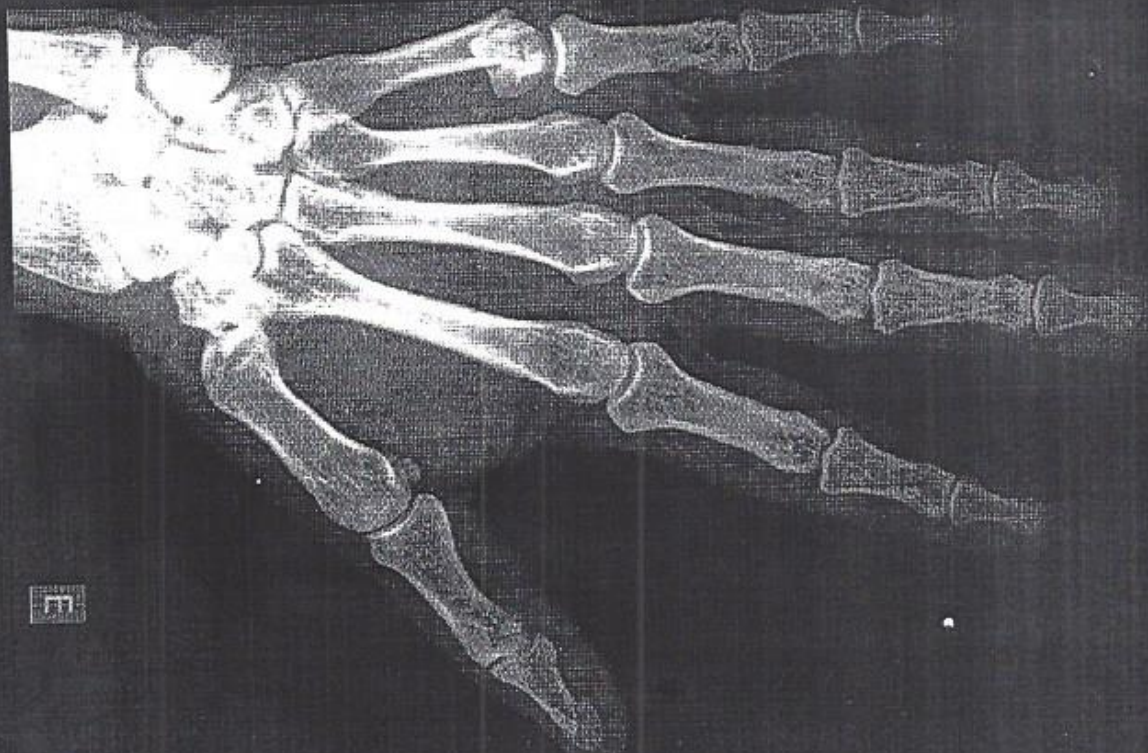


*12/02/19*

*Carlos Enrique La Rosa*  
Médico  
CRM-RR 463

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Finto, 536 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.301.150 - CNPJ: 04.013.406/0001-09





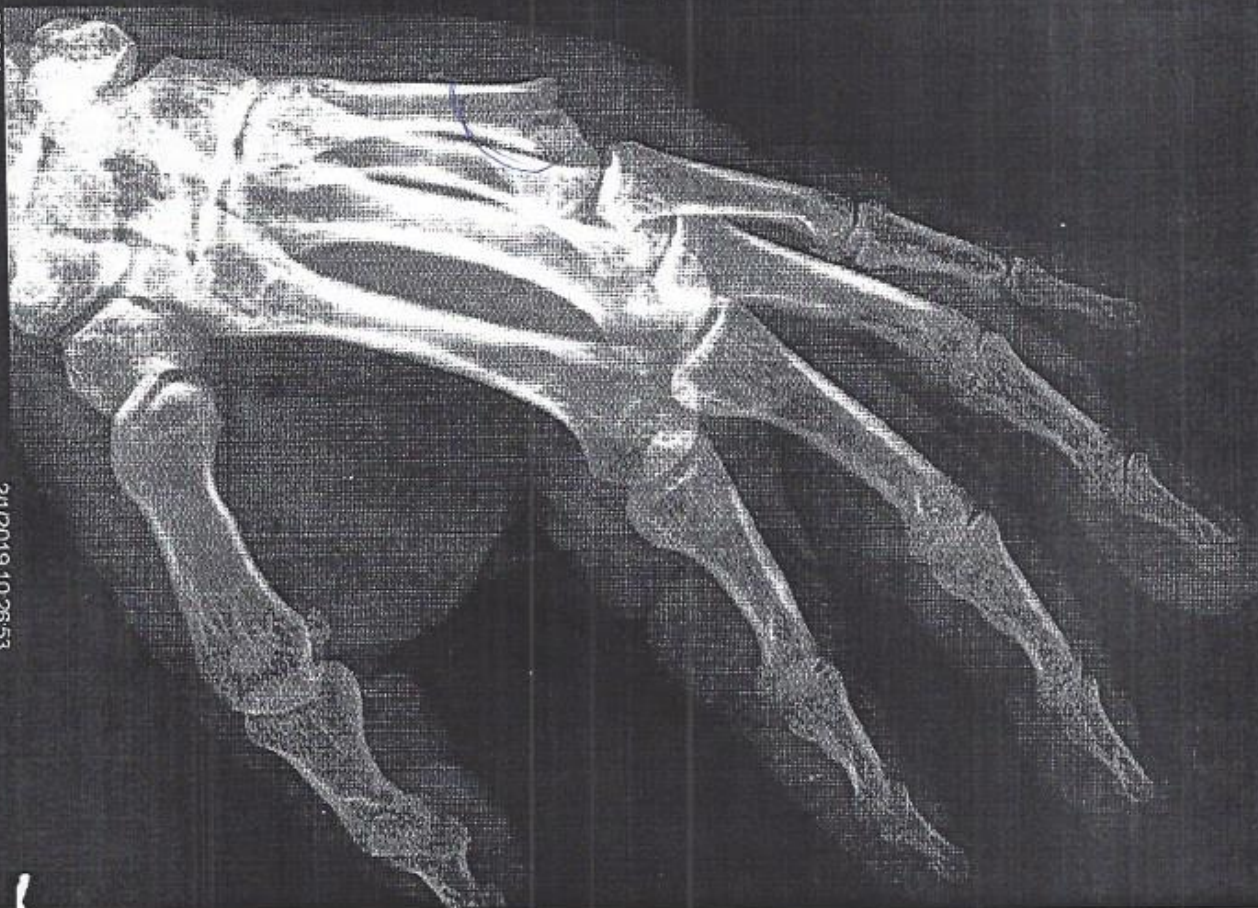
71.3 %

ESVALDO DE LIMA,

21/12/2019 10:26:53

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

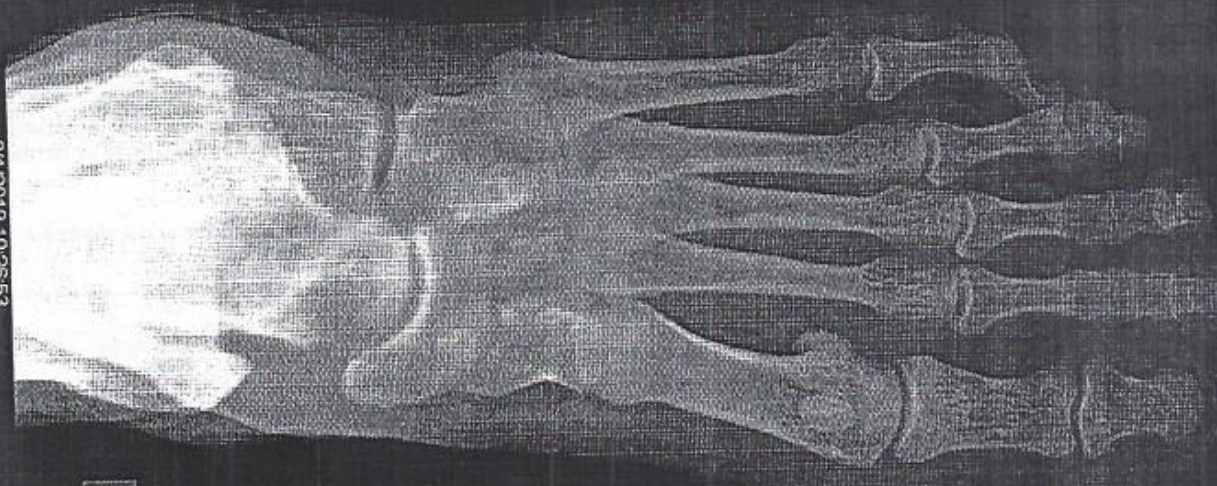
TR. ADRIANO LIMA



97.3 %

21/12/2019 10:26:53





66.0 %

21/2019 10:26:53

ESVALDO DE LIMA .

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR ADRIANO LIMA



61.2 %

21/2019 10:26:53





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
No. Leito/Bloco: \_\_\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_\_ Tempo de Atendimento Fonoaudiológico: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO/CONDUTA MATUTINA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Avaliação global:</b><br>Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante<br>Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )<br>Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente<br>Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CECAP ( ) intubação ( ) traqueostomia                                                                                                    |
| <b>Avaliação indireta da deglutição:</b><br>Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida<br>Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arritmica ( ) rítmica<br>Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR                                                                                                               |
| <b>Avaliação funcional da deglutição:</b><br>Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral<br>Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido<br>Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral<br>Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral<br>Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher |
| <b>Achados:</b> ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Intercorrências:</b> ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose<br>( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O <sub>2</sub> _____ %                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Conduta:</b><br>( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação<br>( ) terapia fonoaudiológica ( ) alta da fonoterapia                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>OBS.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>FONOAUDIÓLOGO RESPONSÁVEL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

AVALIAÇÃO/CONDUTA VESPERTINA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Beteira, 444 - Jd. Santa - RR

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Triagem cognitiva do paciente ( ) consciente ( ) inconsciente ( ) ativo ( ) sonolento ( ) choroso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Avaliação global:</b><br>Tônus muscular: ( ) normal ( ) hipotônico ( ) hipertônico ( ) flutuante<br>Controle cervical: ( ) parcial ( ) total ( ) ausente ( )<br>Controle de tronco: ( ) senta com apoio ( ) senta sem apoio ( ) ausente<br>Condição respiratória: ( ) ventilação mecânica ( ) CECAP ( ) intubação ( ) traqueostomia                                                                                                    |
| <b>Avaliação indireta da deglutição:</b><br>Reflexos orais: ( ) busca ( ) sucção ( ) mastigação ( ) gag ( ) mordida<br>Sucção não nutritiva: ( ) ausente ( ) presente ( ) débil ( ) arritmica ( ) rítmica<br>Sucção nutritiva: ( ) presente ( ) ausente ( ) funcional ( ) não funcional ( ) coord. SxDxR ( ) incoord. SxDxR                                                                                                               |
| <b>Avaliação funcional da deglutição:</b><br>Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral<br>Alimentação: ( ) seio materno ( ) líquido ( ) líquido engrossado ( ) pastoso ( ) semi-sólido ( ) sólido<br>Via de alimentação: ( ) oral ( ) enteral ( ) oral/enteral<br>Acesso: ( ) SNG ( ) SOG ( ) PEG ( ) (gastronomia/jejunostomia) ( ) parenteral<br>Utensílio de alimentação: ( ) mamadeira ( ) copo ( ) canudo ( ) colher |
| <b>Achados:</b> ( ) refluxo nasal ( ) escape extra oral ( ) deglutições múltipla ( ) resíduos após a deglutição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Intercorrências:</b> ( ) tosse ( ) vômito ( ) esforço respiratório ( ) engasgo ( ) cianose<br>( ) aumento da frequência cardíaca ( ) náusea ( ) palidez ( ) ↓ saturação de O <sub>2</sub> _____ %                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Conduta:</b><br>( ) sugiro direta via oral ( ) sugiro direta via oral assistida ( ) sugiro direta SNG ( ) indicação de via alternativa de alimentação<br>( ) terapia fonoaudiológica ( ) alta da fonoterapia                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>OBS.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>FONOAUDIÓLOGO RESPONSÁVEL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3190179255 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A  
BENEFICIÁRIO ESVALDO DE LIMA TEIXEIRA  
CPF/CNPJ: 72008431215

**Posição em 20-03-2019 12:07:39**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

