



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

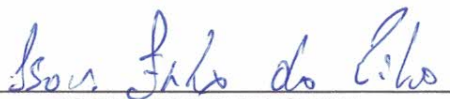
PROCURAÇÃO

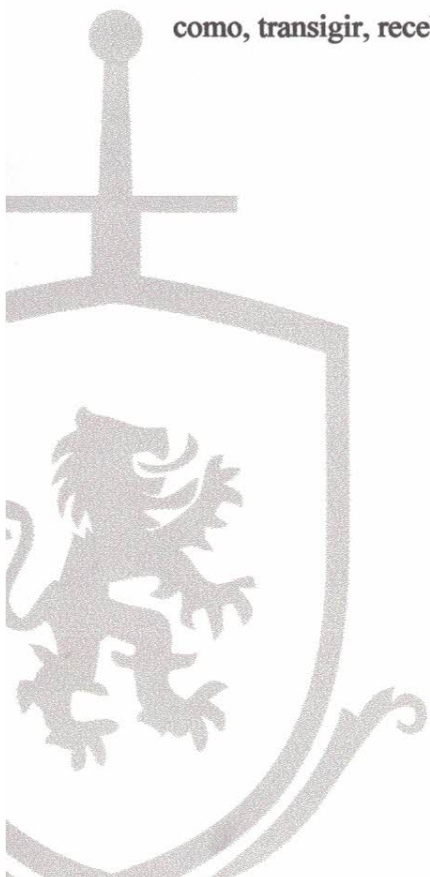
Outorgante: ISAIAS FELIX DA SILVA, Brasileiro, solteiro, desempregado, portador
(a) do RG nº 235349 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 867.697.152-87, residente na Rua
José Alber Sampaio nº 2110, Bairro: Senador Helio Campos, CEP: 69.316-508, Boa
Vista- RR nesta Capital. Tel.: (95) 99119-3011.

Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado,
Advogado, OAB/RR sob o nº 619 **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO**
JUNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 1280, todos
com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº335 – Centro, Boa
Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

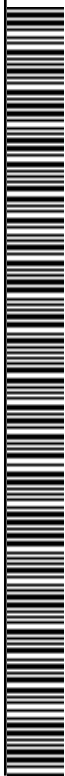
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para
representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a
praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu
favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal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

Boa Vista/RR, 13 de dezembro de 2019.

x 
ISAIAS FELIX DA SILVA



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

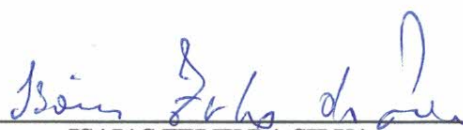
DECLARAÇÃO DE POBREZA

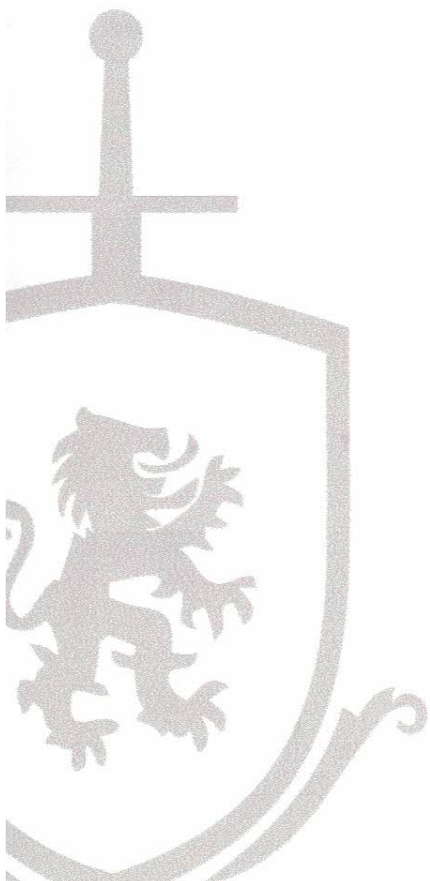
Eu : **ISAIAS FELIX DA SILVA**, Brasileiro, solteiro, desempregado, portador (a) do RG nº 235349 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 867.697.152-87, residente na Rua José Alber Sampaio nº 2110, Bairro: Senador Helio Campos, CEP: 69.316-508, Boa Vista-RR nesta Capital. Tel.: (95) 99119-3011.

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

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 13 de dezembro de 2019.

x 
ISAIAS FELIX DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 23:25 Data/Hora Fim: 31/07/2019 23:42
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM-068520 Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Leonardo da Cruz Barroncas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 31/07/2019 20:56

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: RUA ESTRELA DÁLVA COM RUA ESTRELINHA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: EDESIO RODRIGUES FERREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 57

Profissão: Eletricista

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA GUARÁ

Nº: 348

Bairro: ARACELI

Telefone: (95) 99162-2541 (Celular)

Nome Civil: JOSELIA MENDES DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Itaituba

Sexo: Feminino

Nasc: 23/09/1983

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Odelina Mendes da Silva

Nome do Pai: José Valentin da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 200.772

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 719.449.822-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA GUARÁ

Nº: 348

Complemento: CASA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

Bairro: ARACELI CEP: 69.314-640
Telefone: (95) 98107-6798 (Celular)

Nome Civil: ELIKA GABRILA AMORIM DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade 10

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 500055-6 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA GUARÁ

Nº: 348

Bairro: ARACELI

Nome Civil: ISAIAS FELIX DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 36

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 235349 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSE ALBER SABAIÓ

Nº: 2110

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Telefone: (95) 99119-3011 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 2 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: ROP/PM-068520 - VTR-105 (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 867.697.152-87	Placa NUI0270
Renavam 00262914638	Número do Motor KC15E5A212927
Número do Chassi 9C2KC1550AR212927	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/04/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Isaias Felix da Silva

Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023274/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 037.518.632-81	Placa NUL9128
Renavam 91097012988	Número do Motor KC25E0G025612
Número do Chassi 9C2KC2500GR025594	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 14/09/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Edesio Rodrigues Ferreira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Conforme Relatório apresentado descreve que: foram acionados via CIOPS para o local e no horário acima descrito para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima. Segundo o Sr EDÉSIO, nos informou que seguia pela Avenida Estrela D'Alva, sentido BR174, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 START vermelha, placa NUL9128, e levando na garupa sua companheira (item2- JOSELIA MENDES DA SILVA) e sua filha (item3- ELIKA GABRILA AMORIM DA SILVA), sinalizou para fazer a conversão à esquerda, estando ainda parando na faixa de divisão das vias para entrar na Rua Estrelinha, foi colidido no pneu dianteiro do seu veículo pela motocicleta HONDA/CG 150 FAN cinza, placa NUI0270, conduzida pelo Sr. ISAIAS que vinha em sentido contrário, que este não confirmou a versão, e nos informou que o condutor da motocicleta vermelha, Sr Edésio entrou em sua frente ocasionado a colisão. Informo que o Sr. ISAIAS (suspeita de fratura no punho esquerdo e calcanhar esquerdo) e a Srª JOSELIA (suspeita de fratura no punho esquerdo) foram removidos ao Pronto Socorro Estadual estando sob cuidados médicos. Veículos foram liberados no local. Avarias dos veículos conforme perícia que fora realizada no local pelo perito criminal Eduardo. Informo ainda que há câmeras de monitoramento na cobertura do estacionamento do supermercado DB.

ASSINATURAS

Paulo Cesar Fernandes Bezerra

Agente de Polícia
Matrícula 42000504

Responsável pelo Atendimento

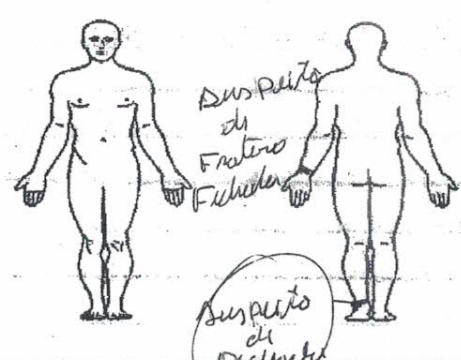
ROP/PM-068520 - VTR-105

(Comunicante)

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

31



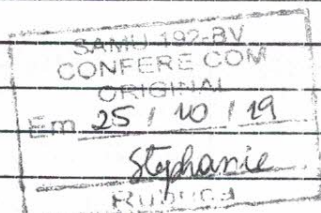
		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1357 -				
EQUIPE SAMU BV		BRAVO II		EQUIPE: Frc. Douglas concl. Charles				
Paciente: 3 anos Felix da Silva		Idade: 37		Sexo: M				
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca ☒ Negra ☒ Parda ☒ Amarela ☒ Indígena-Etnia						
Endereço: Av. Estúlio D'alva		Bairro:						
Nº 12880		DATA 31/07/2019		HORA J/G: 21:00		BASE ☒ VIA ☒ ☒ RÁDIO		
Médico (a) Regulador (a): Dr. Ciro		HORA J/G: 21:11				☒ CELULAR		
MOTIVO INICIAL: Motor moto								
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒		1 a 3 horas ☒		4 a 24 horas ☒		Mais de 24 horas ☒		
Não sabe ☒								
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica								
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência								
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar								
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA		
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Bicicleta		☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus		☒ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança		
AValiação INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAl. NEUROLÓGICA		
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia		☐ Bradicárdico ☒ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade		☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 21:30	130x90	99	20	99%	-	-	0.9	-
Fim 22:01	130x80	98	20	100%	-	-	-	-
AValiação SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA				ABERTURA OCULAR				
☒ Dor ☐ Hematoma ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Luxação ☒ Fratura fechada ☐ Fratura exposta ☐ Amputação ☐ Evisceração ☐ Afundamento de crânio ☐ Ferimento penetrante ☐ Tórax instável ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Ferida aspirativa ☐ Empalamento ☐ Outros				☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ A dor ☐ Sem resposta				
				RESPOSTA VERBAL				
				☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta				
				RESPOSTA MOTORA				
				☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta				
AValiação CARDÍACA		AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
☐ Ritmo Sinusal ☐ FV ☒ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia		☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçiosa ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva		☐ Diabetes ☒ Alergias nega ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☒ Medicação de uso MO				
GRAVIDADE COMPROVADA		☒ Nulo ☒ Pequena ☒ Média ☒ Severa		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL				
		Dr. Lucas Duarte Cirurgião Geral CRM-RR 1787		Em 25/10/19 Stephanie RUBICA				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
INCIDENTES		MEIOS ATENDIDOS		OUTROS				
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote		☒ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN		☐ Bombeiros ☐ Outros:				
RCP		INICIADA AS:		TÉRMINO ÀS:		RCP COM SUCESSO ☒ RCP SEM SUCESSO ☒		
DESTINO		☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento / HGR		☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN		☐ Hosp. Uplmed ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros		

P.E. DO F. TERMO DE RECUSA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n° ____	☐ Acesso venoso Scalp n° ____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

FOMOS encaminhados para uma continuidade de tratamento traumático pelo Centro de regulação, moto e moto: vítima voluntária em chumbo dorsal, vítima voluntária da moto Brg. data: Com uma fratura fechada no punho, esquerdo, e uma fratura fechada no tornozelo esquerdo, realizado por: Comunicação. O Central de regulação



Dr. Edson Silva Santiago
417048

Assinatura e carimbo do profissional



*Ortopedia - Dr. Muel

Tumor acentuado em fêmur e punho por acidente
motociclistas. Aponta FCC em MIE. RX
unifuncionando fratura de malhelo medial (E).

CD: Sutura + Curativo + Gesso.
Internação hospitalar.

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista
CRM 100.000

Sou assistido do
Dr. Muel.

*Ortopedia - Dr. Muel

Tumor acentuado em fêmur e punho por acidente
motociclistas. Aponta FCC em MIE. RX
unilaterais fratura de metacarpo medial (E).

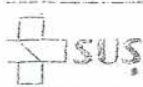
AD: Sutura + Curativo + Gesso.
Internação hospitalar.

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista
CRM 10.419/2006

Sou assistido do
Dr. Muel.

BLOCO B

Alta 13.08.19



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - CID 10 PRINCIPAL		14 - CID 10 SECUNDÁRIO	
15 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		16 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

31 - CNPJ DA SEGURADORA

32 - Nº DO BILHETE

33 - SÉRIE

34 - CNPJ EMPRESA

35 - CNAE DA EMPRESA

36 - CBOR

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADO

39 - EMPREGADOR

40 - AUTÔNOMO

41 - DESEMPREGADO

42 - APOSENTADO

43 - NÃO SEGURADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - Nº DO DOCUMENTO

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - Nº DO DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - Nº DO DOCUMENTO

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - Nº DO DOCUMENTO

57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

59 - Nº DO DOCUMENTO

60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

62 - Nº DO DOCUMENTO

63 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

65 - Nº DO DOCUMENTO

66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

68 - Nº DO DOCUMENTO

69 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

71 - Nº DO DOCUMENTO

72 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

74 - Nº DO DOCUMENTO

75 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

77 - Nº DO DOCUMENTO

78 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

80 - Nº DO DOCUMENTO

81 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

83 - Nº DO DOCUMENTO

84 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

86 - Nº DO DOCUMENTO

87 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

89 - Nº DO DOCUMENTO

90 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

92 - Nº DO DOCUMENTO

93 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

95 - Nº DO DOCUMENTO

96 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)

98 - Nº DO DOCUMENTO

99 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100 - ASSINATURA E CARIMBO (NO REGISTRO DO CONSELHO)



FEDIDO DE PARECER

VIDAUE: H C
NOME: ISANI FELIX DA SILVA
IDADE: 36 REGISTRO: _____
COO: B ENFERMARIA: 220 LEITO: 05
T: _____ EMERGÊNCIA: _____

E: ONTO RORAIMA PARA: CLINICA HONOR

Ados Clínicos:

URUTHERIA

Paciente com fratura de tornozelo esquerdo,
afetada por claudicação bilateral há 10 dias.
Exames: Rastreamento, Biorresonância,
Clínica ortopédica
Solicito AVALIAÇÃO

12 108 15
Data

Dr. Jans A. Lopes Aguiar
CRM-RR 580
Médico

O mesmo não se encontra
mais no setor

Data

Médico



ISAÍAS SILVA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

ASSINATURA:



ISAÍAS SILVA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

ASSINATURA: _____



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: Isaias Felix da Silva, 36a.

Soluto

Avaliação da Clínica Médica.

Dados:

Paciente apresentar apnéia,
dispnéia, bradicardia, náuseas
e vômitos em CC, em 12.08.
19. Sem melhora apesar do tt
proposto. Procedimento cirúrgi-
co suspenso.

DATA 12/08/19

12 08 19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Daniel Soares Ferreira

Médico

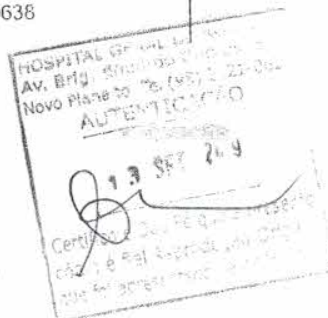
CRM-RR 1179

Dr

Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638



220-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Imaculada da Silva 36 ANOS,

ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 31/7/19, COM

DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur direito

NO DIA 1/8/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fixação com placa e parafusos SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Ronel Mota E DR. Dr. [assinado]

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/8/19, ÀS 14h, EM Boa ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL Dr. Ronel Mota NO DIA 1/8/19, ÀS 14h, COM O Dr. [assinado]

ORIENTAÇÕES GERAIS :

NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.

NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.

QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.

NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.

AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. [assinado]

A VISTA, 13/8/19

MÉDICO



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652492

Vítima: ISAIAS FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISAIAS FELIX DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ISAIAS FELIX DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000028432-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 00471/00472 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYYW 39ZN7 CBR5D FK3ER