



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Carlos Luiz Gouveia Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 231000 SSP/RR
CPF: 752.627.032-91 Endereço: Rua Jair S. Mota
Bairro: Área branca CEP: 69.312 - 268 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99137 - 7230 E-mail: _____

Nº: 1026

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 14 de Setembro de 2020.

Carlos Luiz Gouveia Filho.
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Carlos Luiz Gouveia Filho
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
Profissão: _____ RG: 231000 SSP/RR
CPF: 752.627.032-91 Endereço: Rua Jair S. Mota
Nº: 1026
Bairro: Asa Branca CEP: 69.312-263 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99137-7230 E-mail: _____

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

Boa Vista/RR, 14 de setembro de 2020.

Carlos Luiz Gouveia Filho
Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Carlos Luiz Gouveia Filho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	pintor automotivo
IDENTIDADE:	231000 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Jair da Silva Mota

OUTORGADO

NOME:	Gleisiane da Sá
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	funcionaria
IDENTIDADE:	144.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvao 1832

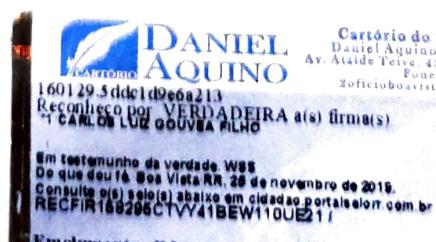
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/11/2019 cobertura Invalidade, vitima: Carlos Luiz Gouveia Filho.

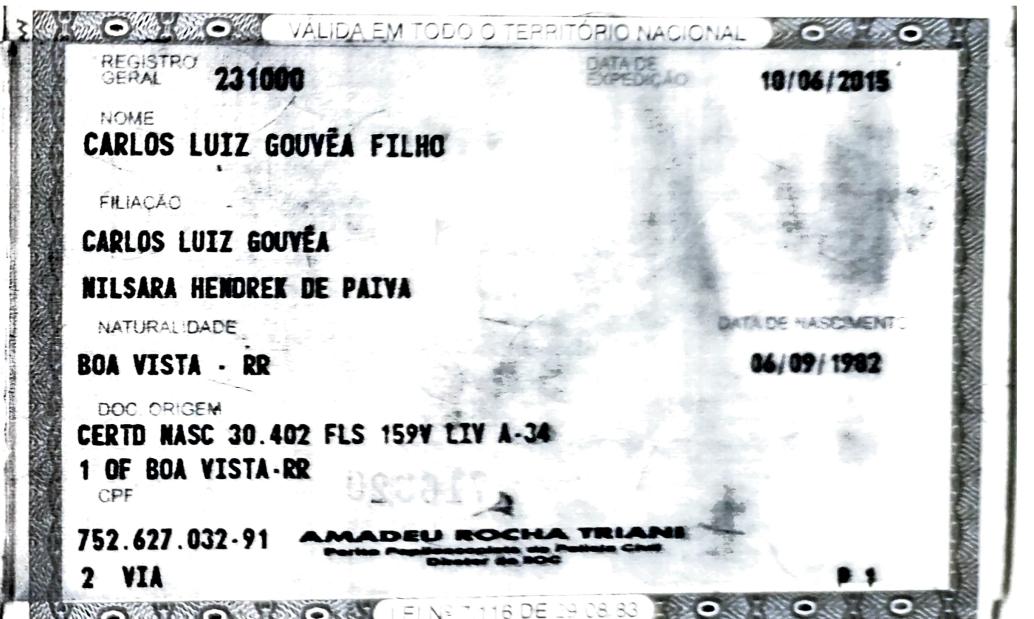
Boa Vista 25-11-19

LOCAL E DATA

X Carlos Luiz Gouveia Filho.

ASSINATURA DO OUTORGANTE





ENERGIA		a Roraima Energia, informe este NÚMERO		0022109-0								
RORAIMA ENERGIA S.A. Av. Capitão Eze Gómez, 671 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 07.341.470/0001-44 Fone: 24.007.022-8 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0 1 Regime Especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ 308/13												
NOTA FISCAL 5458415 FCAM*		A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é fixada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.										
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)									
JUNHO/2020	28/07/2020	557	638,79									
NILSARA HENDREK DE PATVA R. JAIR S. MOTA 1026 - ASA BRANCA CEP: 69.312-268 - BOA VISTA		CPF: 00022514880220										
DATAS DA LEITURA												
Atual: 24/06/2020	Anterior: 25/05/2020	Próxima leitura: 27/07/2020										
Emissão: 23/06/2020	Apresentação: 24/06/2020	Dias de consumo: 30										
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA												
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Faturamento								
1.1.1.2	RESIDENTIAL	RTF	TDB1738493	NORMAL CONVENC								
DADOS DA LEITURA (kWh)												
	KW/H TOTAL	INJETADO TOT/RTA	KW/H F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KW/H INTERMED	INJETADO INTERMED	KW/H RESERVADO	INJETADO RESERVADO				
Leit. Atual	7059											
Leit. Anterior	6502											
Constante	1.000											
Resíduo												
Medido	557											
Faturado:	557											
DESCRIÇÃO DA CONTA												
CONSUMO PARCELAMENTO DE DEBITO 5/S ILLUMINACAO PUBLICA	557 A R\$ 0,755234 = 420,66	193,26	24,87									
OUTRAS INFORMAÇÕES												
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 557 - 0,617778												
Média 12 meses: 617												
HISTÓRICO DE MEDAÇÃO												
JUN/19 241	JUL/19 255	AGO/19 242	SET/19 373	OUT/19 341	NOV/19 132	DEZ/19 684	JAN/20 733	FEV/20 667	MAR/20 986	ABR/20 871	MAI/20 686	JUN/20 557
LICEN 06007619120 E FAÇA OPOSIÇÃO VENCIMENTO 16/11/16 21/26 Parabéns! Até o dia 23/06/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.												
 MENSAGENS IMPORTANTES REAVISO DE VENCIMENTO												
RESERVADO AO FISCO												
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE										
Energia:	100,83	DIC	Mensal	Trimestral								
Distribuição:	0,00	Realizado	0,36	Anual								
Transmissão:	0,00			36,99								
Encargos:	13,04											
Perdas:												
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$												
Base de Cálculo:	420,66											
ALÍQUOTA	17,00%	VALOR	71,51									
ICMS:	0,20%		0,88									
PIS:	0,99%		4,17									
COFINS:	7,55%		10,66									
Conjunto: FLORESTA	Mês apuração: 04/2020	EUSD:	262,51									

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

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTGL WY5SX 8QF5V B29WU



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:46 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:49
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 018722
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 04/11/2019 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cauamé
Logradouro: BR 174 logo após o Shopping Pátio Roraima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JULIANA RODRIGUES DE SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 20/05/1984 Idade: 35 anos
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Elon Rodrigues de Sousa Nome do Pai: José Rodrigues de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 742.943.502-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Adonias Rabelo de Araújo Nº: 16
Complemento: Casa
Bairro: Cambará
Telefone: (95) 99141-7628 (Celular)

Nome Civil: CARLOS LUIS GOUVÉIA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos
Profissão: Repositório

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 231000

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jade Nº: 453
Bairro: Pedra Pintada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

Nome Civil: VANDERLANIA PEREIRA DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino
Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Jade Nº: 453
Bairro: Pedra Pintada

Nome Civil: LAURA CRISTINA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 48 anos
Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 50
Logradouro: Rua: TV T
Bairro: Cauamé

Nome Civil: RUAN BARRETO RODRIGUES (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 22/08/2016 Idade: 3 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Juliana Rodrigues de Sousa Nome do Pai: Gilson Barreto Lima

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 730.970.472-04

Placa NAR-9900

Renavam 00897609719

Número do Motor KC08E27015632

Número do Chassi 9C2KC08207R015632

Ano/Modelo Fabricação 2007/2006

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvidos

Juliana Rodrigues de Souza

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):



Delegado de Polícia Civil: Fernando Bruno de Souza
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de impressão: 05/02/2020 09:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038862/2019-A02

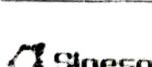
Informo-vos que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima, que ao chegarmos no endereço acima citado, a viatura do SAMU já estava no local socorrendo os envolvidos no sinistro, que segundo informações os itens 3 e 4 trafegavam no sentido Shopping Pátio em 01(uma) motocicleta que não conseguimos identificar pois quando chegamos essa moto já tinha sido retirada do local, quando uma bicicleta conduzida pela item 1 atravessou a BR e houve o acidente, que logo após o sinistro o item 2 que conduzia 01(uma) motocicleta HONDA CG 150 TITAN na cor Prata de placa NAR 9900 e também trafegava no sentido Shopping Pátio não conseguiu parar e acabou se chocando na motocicleta dos itens 3 e 4, que a motocicleta foi liberada para a Sra Larissa Rodrigues que é sobrinha da item 2, que todos os envolvidos foram remidos ao HGR com escoriações, que a perícia não foi acionada pois o local havia sido violado.

Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA SENHORA JULIANA COMARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, OS DADOS DE SEU FILHO RUAN BARRETO RODRIGUES, O QUE FOI FEITO ACIMA, O QUAL ERA TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA NAR-9900, QUE ESTÁ EM NOME DE ANTONIO CARLOS SILVA ARAUJO E QUE À MESMA CONDUZIA NO DIA QUE FORAM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSITO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS. QUE À SENHORA JULIANA NÃO POSSUI CNH. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, QUE ESSE ADITAMENTO/ACRÉSCIMO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o aditamento/acréscimo.

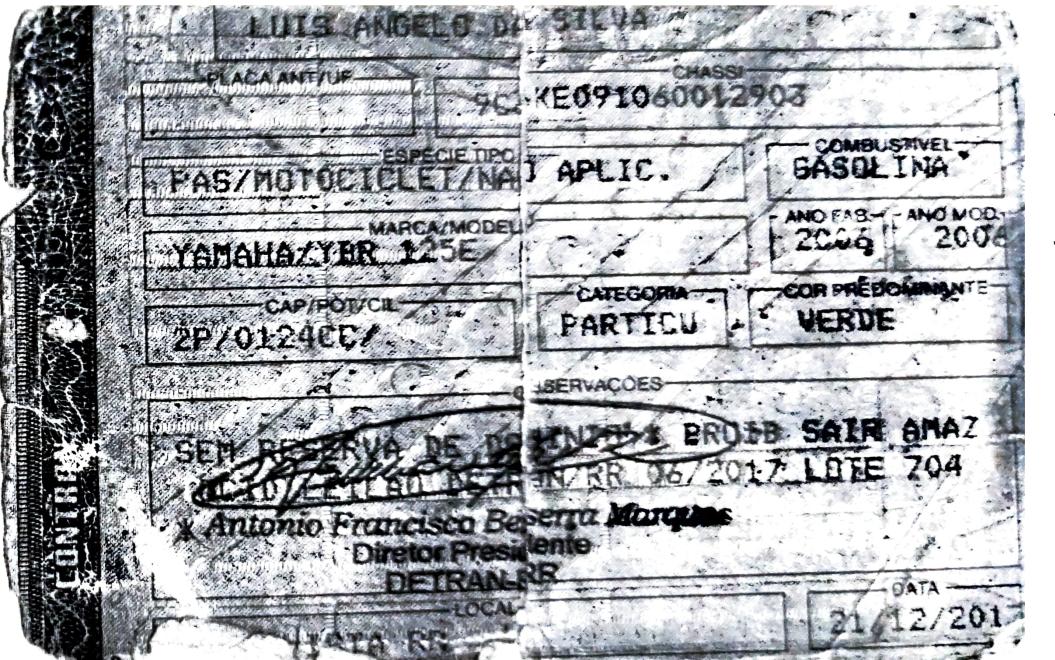
	ASSINATURAS
<p>Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento</p>	<p>AGENTE DE POLÍCIA ADTOR</p>
<p>Juliana Rodrigues de Souza (Vítima / Envolvido / Comunicante)</p>	

"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 ontem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Fernando Bruno de Souza
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/02/2020 09:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA									
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1 ^a Classificação	Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação		
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.				
1901182713	05/11/2019 08:24:08							DIURNO 07-19	7
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
CARLOS LUIZ GOUVEIA FILHO			06/09/1982	37 A 1 M 29 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
Mãe				M	UNIAO ESTAVEL	PARDA		BRASILEIRA	
NILÇARA HENDREK DE PAIVA				NI			Contato	(95) 99119-9369	
Endereço							Ocupação		
RUA - RUA JADE PEDRA PINTADA - SN -- BOA VISTA - RR									
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.	Procedência		Temp.	Peso	Pressão	
OUTROS	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA						Registrado por:	ERBEJONE.SIMPILIO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL		
					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p><i>Alude de dor no peito</i> <i>Alude de dor no Abdômen</i> <i>No modo</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Jacente</i> <input checked="" type="checkbox"/> com lesão óssea contusa.</p>								
Exame Físico									
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			
<p><i>05/11/2019 08:20:55</i></p> <p><i>05/11/2019 08:20:55</i></p>									
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>								
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :								
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IM Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Impresso por: erbejone.simplicio Data Hora: 05/11/2019 10:38:38	Carimbo e Assinatura do Médico 								
<p><i>o paciente ERBENON - SN</i> <i>alude dor com intensa</i> <i>dor abdominal</i> <i>do 3º mês K (c)</i> <i>al. r. 1000 e mestrado</i> </p>									

Anexo I

alterado 05/11

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente		NIR		
5 - NOME DO PACIENTE		8 - N° DO PRONTUÁRIO		
Carlos Henrique Galvão Fidus		176524		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO		
710612012522114124613		Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - FONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
Milena Henrique de Fidus		ddd / / / /		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRA)		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		
R. Jade - SN - Pedro Pinto		Q Q		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Bae Vista		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<p>Fratura exposta da 3^o MTR p/ (F) + FX</p> <p>Calcaneo</p>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<p>A Supracitada</p>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>RX + TC</p>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura exposta da 3 ^o metatarso + Calcaneo (F)				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
<p>Fratura metatarso</p>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA				
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
28 - DOCUMENTO				
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
Medico Residente				
Ortopedia e Traumatologia				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
Pedro Di Giovanni				
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
05/11/18				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURODORA				
37 - N° DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR				
45 - DOCUMENTO				
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
1295				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
BPA				



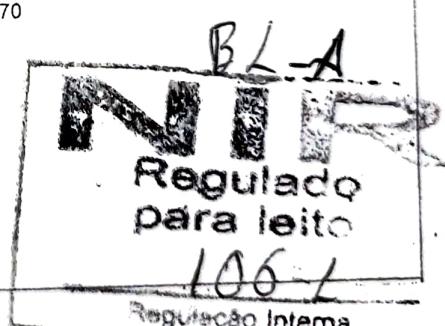
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



PACIENTE	Carvalho Graujo Gaujão	RH	DN
AGNÓSTICO	Ex-Graujo	MTT	(-)
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA 05.11.19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SIM
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		NUNCA
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SIM
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12:18:24 6
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SIM
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		8:22
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		14:22 4
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SIM
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		12:18:24 6
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		14:2
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SIM
13	SSVV + CCGG 6/6 H		12:18:24 6
14	CURATIVO DIÁRIO		Recomendado
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

15:23 PA - 157 + 84
P - 116



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GT

RELATÓRIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 05/11/19

PACIENTE: Turbo Cruz Gómez Filho DN: 111
DIAGNOSTICO(S): Fx lesão 4º m/TT (C) + fx clavos

DIH: 111

KANBAM: _____ Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 111): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS:

CULTURAS (111):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 111): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

*Reag. ag de cunhos de ferro
objeto do 4º MTT (C) (ta quebrado)
após melhora do ponto nôo agudo cunho
com curativo + antibiótico de choice*

Boa Vista, 05 de 11 de 2019. Hora: _____

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Carla Luiz Gouveia Filho CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clinicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de 11 de 2019.

Assinatura do paciente: Anderson Pereira da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: Espónia

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

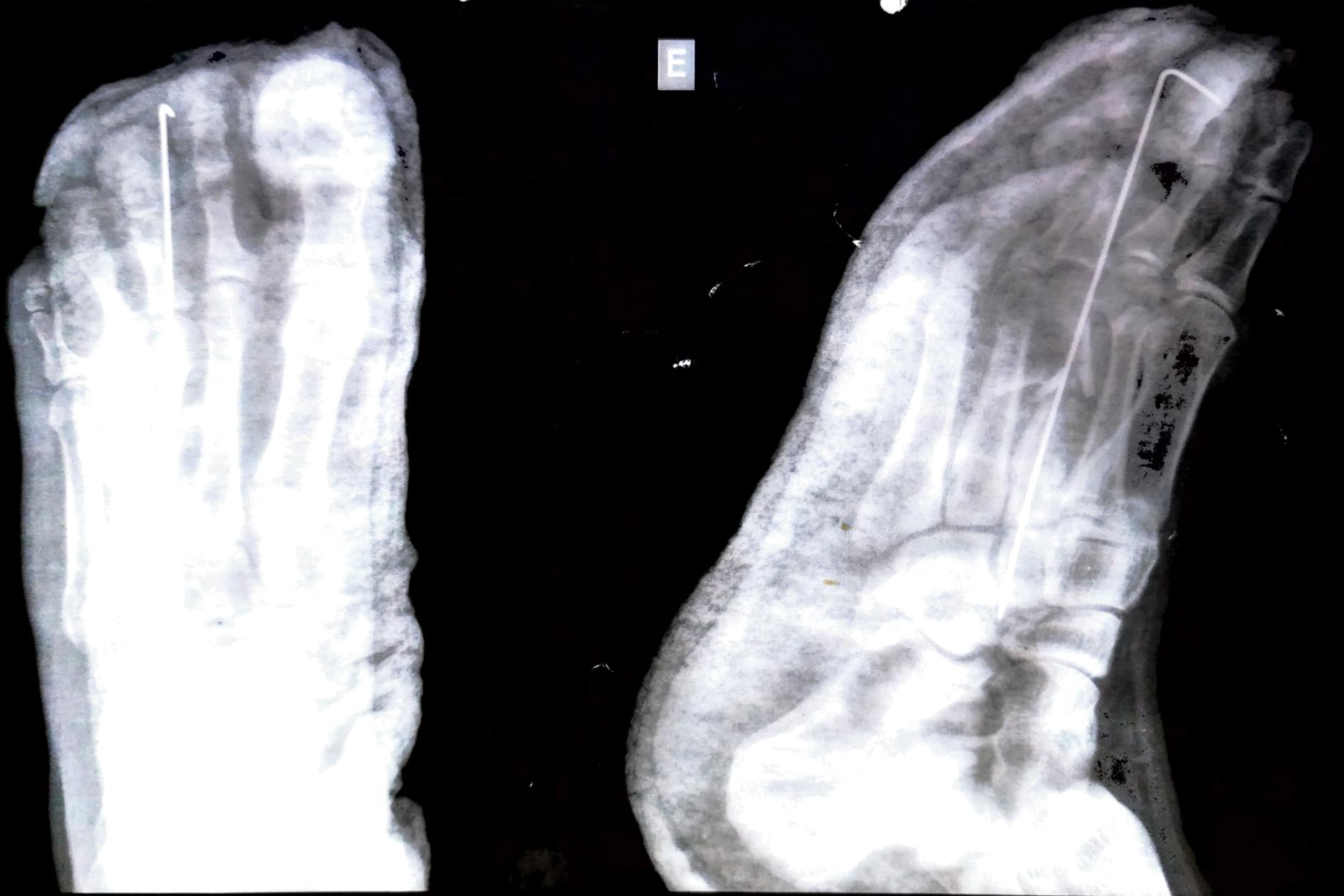
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: Giovanni

Dr. Pedro Oncologista
Ortopedista CRM-ROR 684

Assinatura/ carimbo do Medico Regulador
CRM-ROR 684

CRM _____ / _____



66,4 %

66,6 %

CARLOS LUIZ GARCIA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 432

Nr: 2854

Data: 12/11/2019

Tec: SUELI



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

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDN3 NN5D8 HCR4W WUVE3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº db sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

752.627.032-91

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Luiz Gouveia Filho

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

5 - Nome completo:

Carlos Luiz Gouveia Filho

6 - CPF:

752.627.032-91

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: gain s. Mota

9 - Número:

1026

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Lda Branca

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-268

15 - E-mail:

ILOFRRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(35)98404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 21015

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário para alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/08/2020

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

AC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Igreiz Gouveia Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Carlos Igreiz Gouveia Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.627.032 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

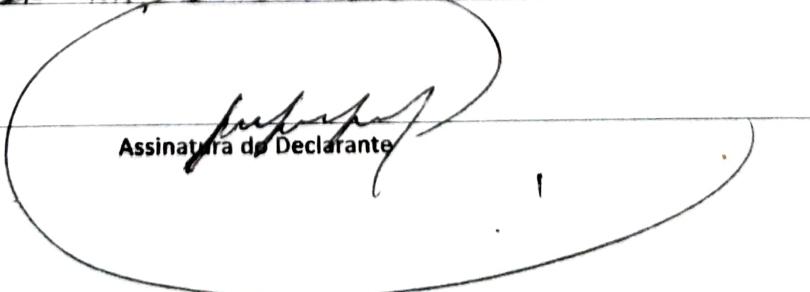
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bonito</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309 - 209</u>
E-mail:	<u>INOIRRRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bonito - RR, 01/10/2020


Elair Inácio de Souza
Assinatura do Declarante

SINISTRO 3200302258 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO CARLOS LUIZ GOUVEA FILHO

CPF/CNPJ: 75262703291

Posição em 27-10-2020 20:33:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/09/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00



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



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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