



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Josi Amarante da Silva, brasileiro (a),
estado civil: solteiro, Profissão: Desempregado,
portador (a) da Cédula de Identidade CIRG 140288 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 581.404.172-20, residente e domiciliado (a) na
Vicinal 18 Km E, nº 51N, Bairro:
Centro, no município São Luiz/RR, telefone:
98803-4154, 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
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.

São Luiz de Aracá/RR 02, de dezembro de 2020.

Josi Amarante da Silva

Outorgante



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: José Amarante da Silva, estado civil Solteiro, RG nº 140288, e CPF nº 581.404.172-20, residente e domiciliado (a) na Vicinal 18 Km 17 Bairro: Centro, Cidade São Luiz de Anadia - Roraima, telefone (95) 98803-4154.

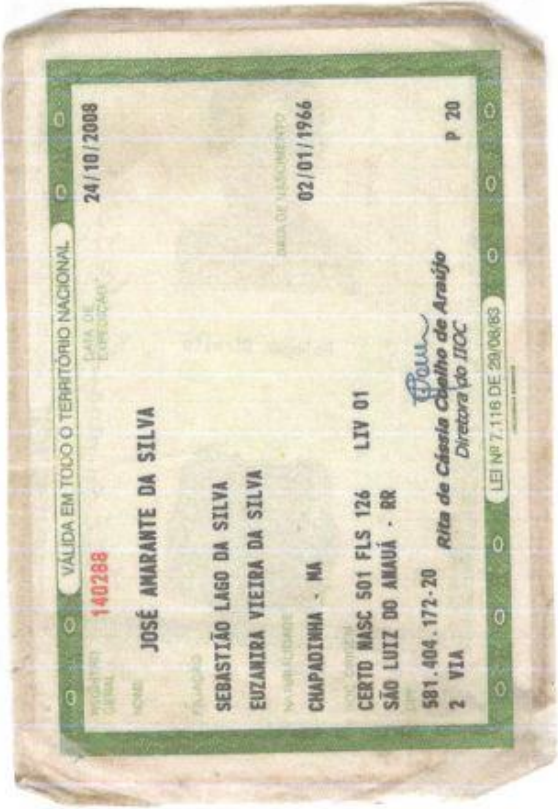
DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

São Luiz de Anadia, 02 de Dezembro de 2020.

José Amarante da Silva

DECLARANTE







Para contato
consulte o número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003588911

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	20/10/2019	308	165,17

JOSE AMARANTES DA SILVA

V. 18 KM E CENTRO

CPF: 00058140417220

CEP: 69.370-000 - SÃO LUIZ DO ANAUA

ROT: 401.050.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	9819		Atual: 05/09/2019
Anterior:	9511		Anterior: 07/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 05/10/2019
Consumo Médio:	308		Emissão: 04/09/2019
Consumo Faturado:	308	FCAM	Apresentação: 05/09/2019

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fal.	Média 12 meses
RURAL	BI	TDB1617572		4.2.2.2	303

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 263	CONSUMO 308 A R\$ 0,536282 = 165,17
JUL/19 162	
JUN/19 133	
MAI/19 176	
ABR/19 309	
MAR/19 320	
FEV/19 390	
JAN/19 398	
DEZ/18 395	
NOV/18 359	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 308 - 0,444240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/09/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 7F90.45B4.10EA.4357.105D.0CDA.0CF0.89AE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 42,36	Base de Cálculo: 165,17
Energia: 89,82	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 28,07
Encargos: 4,66	Valor do PIS: 0,03
Tributos: 28,33	Valor do COFINS: 0,23

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	
							0,00
							0,00

ROT: 401.050.01.51.039000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0531242-6

TOTAL A PAGAR - R\$
165,17

MÊS FATURADO
09/2019

VENCIMENTO
20/10/2019

Nº da Nota Fiscal:

003588911 FCAM

8362000001 3 651/00/5000 3 00000000531 4 24260919008 5



SEQ.: 00043 UC: 0531242-6 DT. LEIT.: 05/09/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 9819 NORMAL TOTAL: 165,17 CARGA: 001
DT. VENC.: 20/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3201





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE Ocorrência: **385/19** DATA: 27/02/2019 HORA: 16:42
ATENDENTE: ACPC RUY DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA Ocorrência

DATA: 17/01/2019 HORA: 06:00
LOCAL: VICINAL 18, KM 13, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOSÉ AMARANTE DA SILVA RG: 140288 SSP/RR CPF: 581.404.172-20
DATA DE NASCIMENTO: 02/01/1966 IDADE: 53 SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CHAPADINHA UF: MA
PAI: SEBASTIÃO LAGO DA SILVA MAE: EUZANIRA VIEIRA DA SILVA
CNH PJ
GRAU DE ESCOLARIDADE: FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ENDEREÇO: VICINAL 18, KM 17, SÍTIO SÃO JOSE, SÃO LUIZ DO ANAUA-RR
REFERÊNCIA: PERTO DA PONTE
TELEFONE: 95 988030065/95 988034154

CODIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1001	TRANSITO	ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que na data e hora acima estava indo juntamente com seu filho a São Luiz do Anauá, na motocicleta conduzida por seu filho, PLACA NUJ2679, RENAVAM 00500346089, CHASSI 9C2KD0540DR111280, quando colidiu com um porco, que foi socorrido pelo proprietário do porco, conhecido por RAIMUNDÃO DA ZUMIRA, que o levou para o hospital de São Luiz do Anauá e de lá foi encaminhado para Rorainópolis por falta de material naquela unidade, que a policia militar não foi ao local. Que apresentou cópia autenticada da Guia De Atendimento do Hospital De Rorainópolis, no momento da confecção deste Boletim de Ocorrência, segue em anexo. É o relato.

ACPC RUY
AGENTE DE POLÍCIA

José Amarante da Silva
JOSÉ AMARANTE DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

() Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº **013042265101**

VIA **01** CDD. RENAVAM **00500346089** R.N.T.R.C. **2018**

NOME **JOSE AMARENTE DA SILVA**

RR

CPF / CNPJ **581.404.172-20** PLACA **NUJ2679**

PLACA ANT / UF **9C2KD0540DR111280** CHASSI **9C2KD0540DR111280**

ESPÉCIE TIPO **PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.** COMBUSTIVEL **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/NXR150 BROS ESD** ANO FAB. **2012** ANO MOD. **2013**

CAP / POT / CIL **2P/0149CC/** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **VERDE**

I ***PAGO*** VENC. COTA ÚNICA ***PAGO*** VENC. COTAS **1º *******
P ***PAGO*** **2º *******
V ***PAGO*** **3º *******
A ***PAGO***

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **R\$0.7** CUSTO DO SEGURO (R\$) **R\$90.33** DATA DE PAGAMENTO **14/11/2018**

SEM RESERVA **DETRAN-RR** **SAIR AMAZ**
OCID *

LOCAL **SAO LUIZ-RR** DATA **14/11/2018**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042265101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
581 - PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **14/11/2018**

VIA **01** CDD. RENAVAM **00500346089** R.N.T.R.C. **2018** PLACA **NUJ2679**

MARCA / MODELO **HONDA/NXR150 BROS ESD** ANO FAB. **2012** ANO MOD. **2013**

CAP / POT / CIL **2P/0149CC/** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **VERDE**

CHASSI **9C2KD0540DR111280**

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENF (R\$) **R\$81.29** DENATRAM (R\$) **R\$9.03** CUSTO DO SEGURO (R\$) **R\$90.33**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **R\$9.15** INF (R\$) **R\$0.7** RESERVA DO SEGURO (R\$) **R\$185.5**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **14/11/2018**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ **09.343.002/0001-04**

CARTÓRIO tabrora@nopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av Drª Nardana, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

AUTENTICAÇÃO
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé.
Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$3,10.
Rorainópolis - RR, 17 de junho de 2019.

GILVAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado
- VÁLIDO SOMENTE SEM EMBENAS OU EMBENAS -

CARTÓRIO tabrora@nopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
Av Drª Nardana, s/n | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

AUTENTICAÇÃO
Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é verdade e dou fé.
Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$3,10.
Rorainópolis - RR, 17 de junho de 2019.

GILVAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado
- VÁLIDO SOMENTE SEM EMBENAS OU EMBENAS -



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACEDO

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE NASC.: ____/____/____
RG: ____ UF: ____
CPF: ____-____-____
SUS: ____

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
17	10	19	7:05	

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Jose Amarante da Silva. Idade: 53a Sexo: M

Rua/Avenida: Vic-18 Km 18 Nº: ____ Complemento: ____

Bairro: 2. Rural Município: São Luiz Estado: RR Telefone: 98803-4154

Filiação: Pai: ____ Mãe: Euzanira Vieira Silva.

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☒ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

04 TIPO DE ACIDENTE

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

na estrada

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO: ____

DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

06 DOENÇA OCUPACIONAL

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR) ____

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE: Clínica de lesões ortopédicas com Pareo -

RESUMO CLÍNICO: chequei lesões ortopédicas com trauma em T.I. Inferior Esq. - com escoriação superficial na perna

EXAME FÍSICO: certa deformidade da Perna.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)

Rx de T.I. Inferior Esq.

RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO PROVAVEL: Vitima de Acidente de Tráfego Causado

de carro com Pareo

Suspeita de fratura em T.I. Inferior Esq.

DEFINITIVO: ____

08 DESTINO DO PACIENTE

☐ REMOVIDO PARA ____

☐ INTERNADO NO (A) ____

☐ ALTA ☐ RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFETADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ____

DATA: ____

RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Enfª Odeute

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Paulo Sérgio de Souza

17/01/2019

... Guia de Atendimento SPA 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900089213 17/01/2019 10:21:56 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 8

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Pronto Atendimento
JOSE AMARANTE DA SILVA 02/01/1966 53 A 0 M 15 D 58140417220

Tipo Doc Documento A*rgA*o Emissor Data EmissA*o Sexo Estado Civil RaA*sa/Cor Naturalidade
IDENTIDAD 140288 SSPRR 24/10/2008 M PARDA CHAPADINHA

Mãe Pai Contatos
EUZANIRA VIEIRA DA SILVA SEBASTIAO LAGO DA SILVA - Cel2: 34039733 - -

EndereA*o AVENIDA - JOAO RODRIGUES - - - -

Class. de Risco Plano Convenio N da Carteira Validade AutorizaA*o Sis Prenatal
SUS - SISTEMA A*SNICO DE SA*DE 36.4 139/80

Motivo do Atendimento Carate do Atendimento Profissional do Atend. Procedencia Temp. Peso PressA*o
SPA - PRONTO ATENDIMENTO URG*NCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
DEMANDA ESPONTANEA MARCIA BARBOSA

Queixa Principal ☐ S*ndrome Febril ☐ SintomA*tico RespiratA*rio ☐ Suspeita de Dengue

mnese de Enfermagem GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

crise de tosse (sic)

Exame F*isico Ferida contusa na perna (S)

HipA*tese DiagnA*stica t*stina negativa

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIA*o APRAZAMENTO OBSERVAA*o

1) ACP e SIV

2) Dipirona (1gr) (EV)

3) Tramadol (40mg) (EV)

4) Cefalotina (2gr) (EV)

5) Analg*ico oral

Conduta

☐ Alta por DecisA*o M*edica ☐ AmbulatA*rio

☐ Alta a Pedido ☐ ObservaA*o (Alta 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ InternaA*o

☐ TransferA*ncia para: Data e Hora da SaA*da/Alta: 24-01-2019

A*bito

Antes do 1A* Atendimento? ☐ Sim ☐ N*o Destino: ☐ Fam*lia ☐ IML Anatomia PatolA*gica

Assinatura do Paciente ou ResponsA*vel

Carimbo e Assinatura do M*o

Dr. Oscar E. Riss Quiroga

Clinico Geral

CRM-RR 1993

CEP: 508.713-07

HRSGOSP

Confere
com original

JOSE ALESSANDRO

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUZA PINTO

Ed. 173 - Km 143

CEP: 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

PP

1) Digl. lase

2) Kapla 4-6/6

3) metformina 500mg, 12/12

4) paracetamol 240mg, 12/12

5) D, p, r, c, 2ml, 12/12

6) T, l, c, l, 200mg, 12/12

7) Tramadol 100mg, 12/12

8) CENAF 100mg, 12/12

9) J, S, V, V, + C, C, G, A

123

14.30 Juntos reunidos a
permanecer em repouso P.O
para evitar reações pós-ónto
terica

nao Perante levantamento
em autôgrafos a for
no brônquio, apertar
a tosse e m m IE
PI barcos a pedrin
PI que coxer
08 e de onde fterar

PA: 160x80

SP: 98%

BC: 78

Dr Gustavo Furtado

17h 70. 100x70mm

P- 88 bpm
R- 16mm

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
RSC-057

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO 404 Amarante	LEITO 23	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE JONAS L. M. Alves			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr.º			

05.070.016/0004-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

BR 174 - Km 458

CEP: 69370-070

CORRIMANGOLIS

18/01/19

Prescrição

Dele Dize

Confere
Tom original

Relatório de Enfermagem

Horário

Observações

1º) Repetir 1x e 6h

2º) Metformina 500mg 1x

3º) Paracetamol 500mg 1x

4º) Paracetamol 500mg 1x

5º) D. p. 2x 12h

6º) T. de 1. 20, 2x 12h

7º) Tramadol 100mg - 1x

8º) Antibio 1x

9º) Suor 1x

ESOM Alves W. Silva

CPF: 508.713.072-00

HRSGOSP

36.48

36.48

36.48

36.48

36.48

36.48

36.48

36.48

36.48

Paciente com colapso, com

pressão baixa; Tanto a

medicação.

CCF 711 4X0 id 15 24 12/12h. 12-24 12/24h

18-36°C 12-36°C
78 bpm 74 bpm
170 x 100 mm 19 rpm
20 rpm 110 x 80 mm

SSUV
12h T 36.3°C
P 70 bpm
R 20 rpm
PA 130/70 mmHg

18h T 36.2°C
P 76 bpm
R 20 mmHg
PA 140/80

24h T 36.3°C
P 72 bpm
R 16 bpm
PA 120/80 mmHg

CCF
T: 35.3°C
P: 64
R: 16
PA 120/70

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	JOSE. AUSA PAULI.		
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÕES	
	0 Dado vivo	SND	
	02 af triotensol 2/12/12	12/12/12	
	03 Dapson e clatol	12/12/12	
	04 Curativo com Filibac	12/12/12	
	05 Jj varicec	12/12/12	
	06 Jj varicec	12/12/12	
	07 Jj varicec	12/12/12	
	08 Jj varicec	12/12/12	
	09 Jj varicec	12/12/12	
	10 Jj varicec	12/12/12	
	11 Jj varicec	12/12/12	
	12 Jj varicec	12/12/12	
	13 Jj varicec	12/12/12	
	14 Jj varicec	12/12/12	
	15 Jj varicec	12/12/12	
	16 Jj varicec	12/12/12	
	17 Jj varicec	12/12/12	
	18 Jj varicec	12/12/12	
	19 Jj varicec	12/12/12	
	20 Jj varicec	12/12/12	
	21 Jj varicec	12/12/12	
	22 Jj varicec	12/12/12	
	23 Jj varicec	12/12/12	
	24 Jj varicec	12/12/12	
	25 Jj varicec	12/12/12	
	26 Jj varicec	12/12/12	
	27 Jj varicec	12/12/12	
	28 Jj varicec	12/12/12	
	29 Jj varicec	12/12/12	
	30 Jj varicec	12/12/12	
	31 Jj varicec	12/12/12	
	32 Jj varicec	12/12/12	
	33 Jj varicec	12/12/12	
	34 Jj varicec	12/12/12	
	35 Jj varicec	12/12/12	
	36 Jj varicec	12/12/12	
	37 Jj varicec	12/12/12	
	38 Jj varicec	12/12/12	
	39 Jj varicec	12/12/12	
	40 Jj varicec	12/12/12	
	41 Jj varicec	12/12/12	
	42 Jj varicec	12/12/12	
	43 Jj varicec	12/12/12	
	44 Jj varicec	12/12/12	
	45 Jj varicec	12/12/12	
	46 Jj varicec	12/12/12	
	47 Jj varicec	12/12/12	
	48 Jj varicec	12/12/12	
	49 Jj varicec	12/12/12	
	50 Jj varicec	12/12/12	
	51 Jj varicec	12/12/12	
	52 Jj varicec	12/12/12	
	53 Jj varicec	12/12/12	
	54 Jj varicec	12/12/12	
	55 Jj varicec	12/12/12	
	56 Jj varicec	12/12/12	
	57 Jj varicec	12/12/12	
	58 Jj varicec	12/12/12	
	59 Jj varicec	12/12/12	
	60 Jj varicec	12/12/12	
	61 Jj varicec	12/12/12	
	62 Jj varicec	12/12/12	
	63 Jj varicec	12/12/12	
	64 Jj varicec	12/12/12	
	65 Jj varicec	12/12/12	
	66 Jj varicec	12/12/12	
	67 Jj varicec	12/12/12	
	68 Jj varicec	12/12/12	
	69 Jj varicec	12/12/12	
	70 Jj varicec	12/12/12	
	71 Jj varicec	12/12/12	
	72 Jj varicec	12/12/12	
	73 Jj varicec	12/12/12	
	74 Jj varicec	12/12/12	
	75 Jj varicec	12/12/12	
	76 Jj varicec	12/12/12	
	77 Jj varicec	12/12/12	
	78 Jj varicec	12/12/12	
	79 Jj varicec	12/12/12	
	80 Jj varicec	12/12/12	
	81 Jj varicec	12/12/12	
	82 Jj varicec	12/12/12	
	83 Jj varicec	12/12/12	
	84 Jj varicec	12/12/12	
	85 Jj varicec	12/12/12	
	86 Jj varicec	12/12/12	
	87 Jj varicec	12/12/12	
	88 Jj varicec	12/12/12	
	89 Jj varicec	12/12/12	
	90 Jj varicec	12/12/12	
	91 Jj varicec	12/12/12	
	92 Jj varicec	12/12/12	
	93 Jj varicec	12/12/12	

12	36, 4°C	78	21	120x80
18	36, 5°C	79	20	120x80
24	36, 2°C	78	19	120x80
06	36, 2°C	74	19	120x80

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOV. OTTOMAR DE SOUSA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA (MÉDICOS)

UNIDADE / SETOR HRSGOSP / INTERNAÇÃO	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <i>João Imaculado</i>			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÕES	
27/10/19	<i>Po sempre / arco</i>		
28/10/19	<i>Demstras de perfuração</i>		
	<i>11h - 12h30min</i>		
	<i>Do com prescra</i>	Confere com original	
	<i>Ortope</i>	US 370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO	
	<i>Ortope</i>	Br 174 - 12h30min	
	<i>Ortope</i>	CEP 69.310-970	
	<i>Ortope</i>	RORAIMA-POLIS	

Dr. Gustavo F. F. F. F.
Ortopedista
CRM-RR 1255

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 008.713.072-00
HRSGOSP

José Ananias L. 23

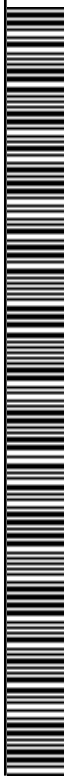
12h Paciente no leito, em repouso P. Anestésico
17.01.19 nos repou quixos, apresenta sangramento
moderado em membro superior, este
em jejum P.O. Hado a enurese leve

Confere
com origina

537180


Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
HRS G O S P

05.370.016/01-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 408
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTONIAR DE SOUSA PINTO

Bl. 174 - Km 408

CEP: 69.370-970

Joseph

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Conferir com origina prol. exp.

TIPO DE INTERVENÇÃO: ossos per. e

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

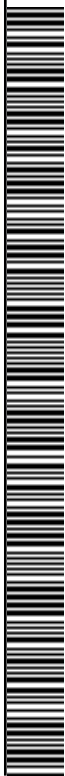
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
MASCOSP

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① P - l - D H S P A.
- ② M P S C (Int. M P S C) C y o o r
- ③ Incauto - e : p r e t. ex p a t e d i e f u e
no l e g e a s t e l p e r n e l e x t r a n e a n t e
c o n l i n e a t e p a t e r n e p a t e r n e
- ④ I x a n t e l e p e r n e m e a n t e a n y i c.
c a t r o l l e d d a n a r e d y s c e n t e.
p l a t e r n e. c e p l e g o T e s t p a r f a n. →





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

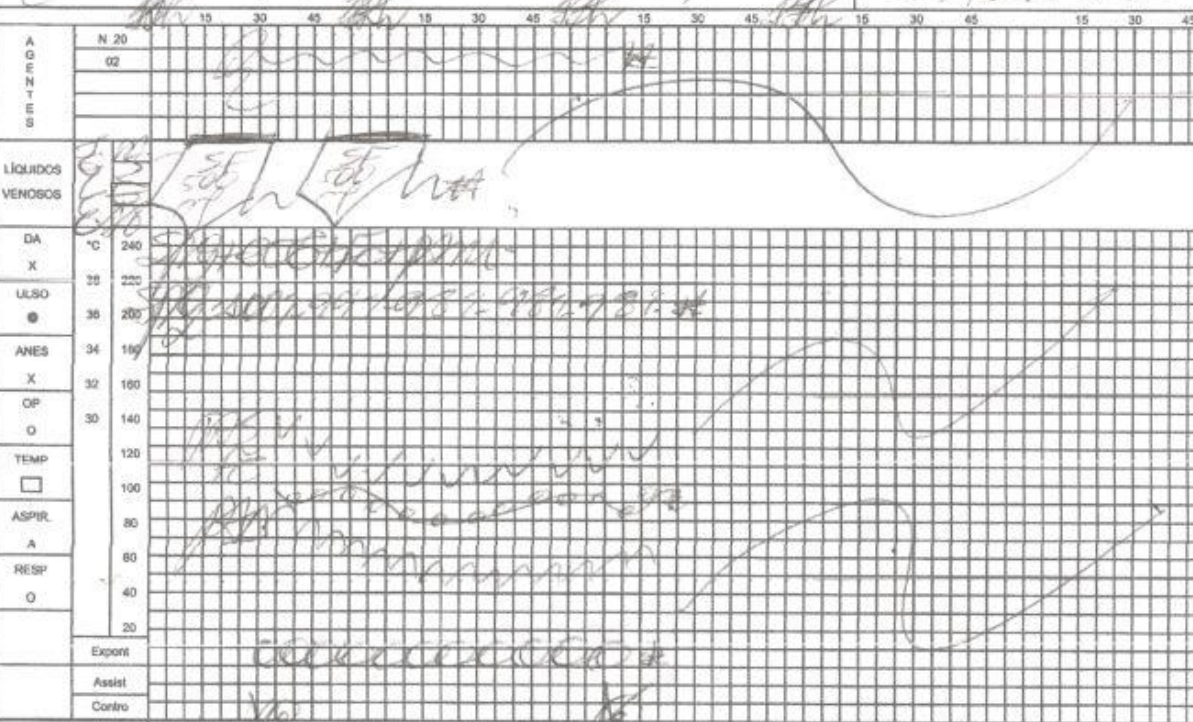
João Amaraente da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Enidodanil 5mg (Dose 10:30h catat.)
Kotalan 25mg

Nº

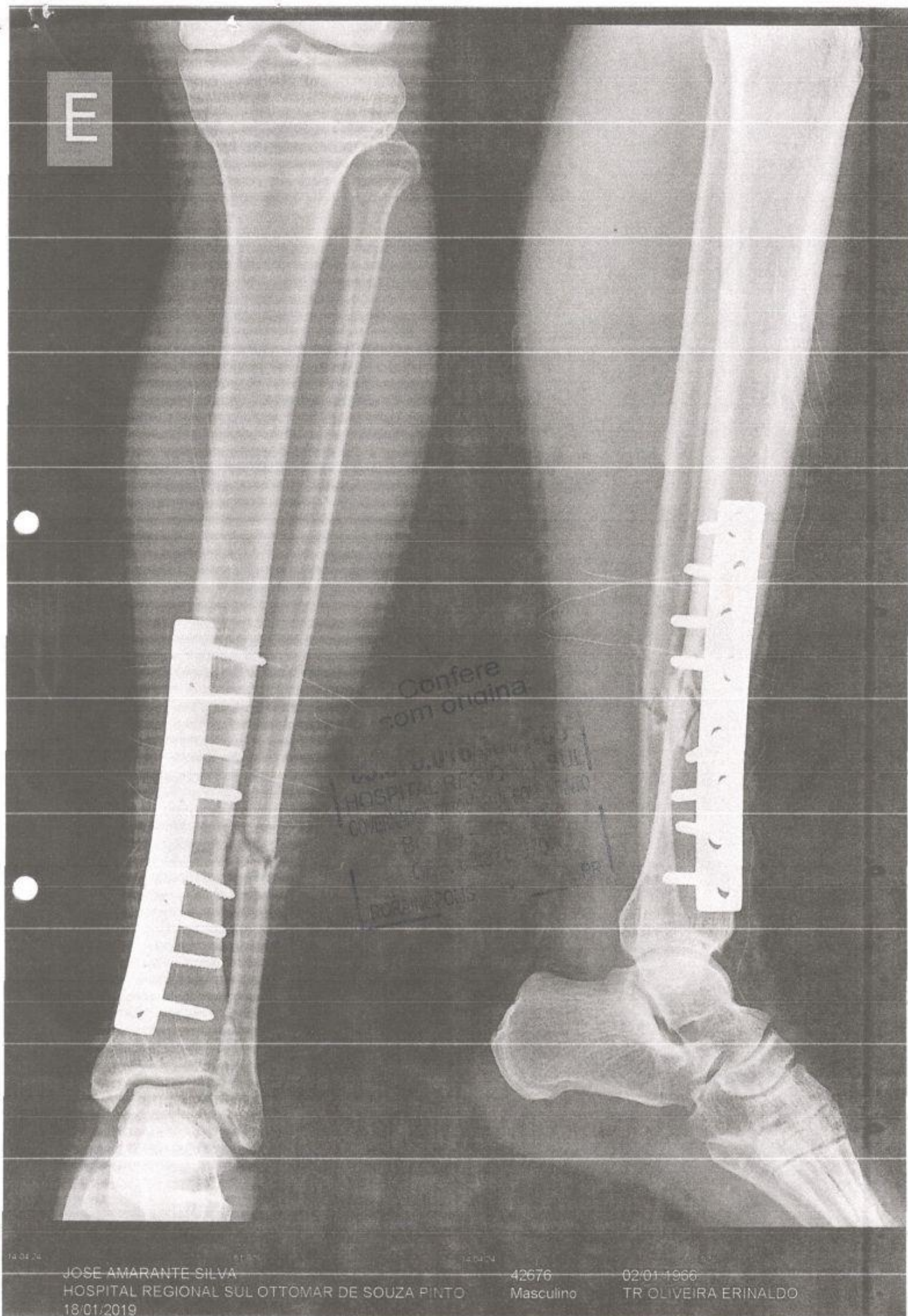
1054-46
17/05/19



AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A <i>Neocadina R. Sing.</i>			
B <i>Primor 60mg</i>		<i>B. S. A.</i>	
C <i>Epidura 20mg</i>		<i>4 - 36/min</i>	
D			
E			
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Nasos / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	<i>Exposição para (C)</i>		<i>Larango - Espasmo - Excesso Secre</i> <i>Depressão Respiratória - Hipoxia</i> <i>"Bucking" - Vômito</i>
ANESTESIA	<i>Elson Alves da Silva</i>	<i>Dr. Gustavo</i>	<i>Perda Sanguínea</i>

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 508.713.072-00
HRSGOSP

Confere
com original
05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Bd. 174 - Km 488
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190215457

Vítima: JOSE AMARANTE DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AMARANTE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	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: JOSE AMARANTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003783-4

Conta: 000004115-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você