



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 Izuel Almeida da Silva, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: Auxiliar de adm, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 3262205 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 541.572.692-68, residente e domiciliado (a) na Rua: Comendado, 2:08, nº 196, Bairro: Sagui Clube, no município Boa Vista/RR, telefone: 99129-732919161, E-mail: 3212, vem através de seu advogado 3212 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 /RR 15, de junho de 20 19.

Izuel Almeida da Silva

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: Isaías Almeida da Silva
estado civil Solteiro, RG nº 336220-5, e CPF
nº 541.572.692-68, residente e domiciliado (a) na
Rua: Conselheiro, N: 196, Q: 08 Bairro:
Jaquei Clube, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 99129-7329 / 99161-3372.

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, 15 de Junho de 2019.

Isaías Almeida da Silva

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		306220-5	25/07/2014
 Polegar Direito		IZAEL ALMEIDA DA SILVA	
<i>Izael Almeida da Silva</i>		ISMAEL DA LUZ SILVA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		MARCIA FERREIRA DE ALMEIDA	
		RORAINÓPOLIS - RR	
		CERTID MASC 92492 FLS 132	LIV A-143
		BOA VISTA - RR	
		541.572.692-68	
		2 VIA	Hênio Stano Lima Andrade Diretor do IIC
		LEI Nº 113 DE 29-08-63	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

909968043
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME
ISRAEL ALMEIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
3362205 SSP RR

CPF
341.572.692-68

DATA NASCIMENTO
09/12/1993

FEIÇÃO
ISRAEL DA LUZ SILVA

MARCIA FERREIRA DE ALMEIDA

EXPRESSÃO

ACC

CAT. HAB. AE

Nº REGISTRO
05560085010

VALIDADE
19/11/2017

1ª HABILITAÇÃO
23/08/2013

OBSERVAÇÕES

Israel Almeida da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO
27/11/2014

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

41744959266
RR207440468

Assessor Carlos Junior
Diretor - Presidente
CETRAM RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DEFTRAN-RR (RORAIMA)

909968043
PROCURAÇÃO PLASTIFICADA

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para consultar com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
37764-3

Nº da Nota Fiscal: 000077627

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

Eletrôbras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.170/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sufr. B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Período de Consumo: JANEIRO/2016 - 26/02/2016

Valor da Unidade Consumidora: 369

Valor a Pagar (R\$): 114,04

Consumidor: LUIZA OLIVETRA GAMA DOS SANTOS
R. CASSITERITA 196 Q 08 JOQUEI CLUBE
CPF: 00050950010200
CEP: 69.313-098 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.09.509200

Atual:	700	Anterior:	22/01/2016
Anterior:	331	Anterior:	22/12/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/02/2016
Consumo Médio:	369	Emissão:	22/01/2016
Consumo Faturado:	369	Apresentação:	22/01/2016
Forma de Faturamento:	NORMAL	Fator de Potência:	FCAM
		Dias de Consumo:	31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	BI	14EDB09897 M	1511844	1.4.1.2	231

Período	Consumo	Valor
DEZ/15	331	3,77
NOV/15	216	15,09
OUT/15	214	38,82
SET/15	239	53,56
AGO/15	222	0,19
JUL/15	268	2,95
JUN/15	227	
MAI/15	220	
ABR/15	227	
MAR/15	217	

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 50	0,181423
51 A 100	0,175250
101 A 150	0,169077
151 A 200	0,162904
201 A 250	0,156731
251 A 300	0,150558

CONSUMO

30 A R\$	0,125818 =	3,77
70 A R\$	0,215697 =	15,09
120 A R\$	0,323540 =	38,82
149 A R\$	0,359492 =	53,56
DEVOCAO RES. 395/09 11/15		0,19
ILUMINACAO PUBLICA		2,95

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

Parabéns! Até o dia 12/01/2016, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 80DA.4FCC.E947.004F.1016.2588.7440.8023

Distribuição	Valor	Impostos e Contribuições	Valor
Distribuição	41,20	Base de Cálculo:	111,24
Energia	42,48	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão	0,00	Valor de ICMS:	18,91
Encargos	6,00	Valor de PIS:	0,46
Tributos	21,56	Valor de COFINS:	2,19

DIC			FIC			DMIC			DICRI		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,91	11,82	23,64	4,59	9,18	18,37	3,46				
Atualizado	3,37			5,00			2,45				

Conjunto FLORESTA

Período de Anulação: 11/2015

EUSD: 18,03

IMPRESSÃO BO



[imprimir nhn?funcao=imprimirbo&id=2435](#)



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 313 Equipe: Saldanha + Fabiano
 Paciente: Isabel Almeida da Silva Idade: 62 Sexo: F
 Endereço: Taboão
 Nº: 313 DATA: 06/01/16 HORA: 07:09
 Motivo (a) Regulador (a) Di (a) GRM: D1º Velório

☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL Cinto: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vidro: <input type="checkbox"/> quebrado <input type="checkbox"/> não quebrado Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> motorista <input type="checkbox"/> passageiro Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> FAF Esclarecimento: <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> No Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Queda, Altura superior a 1,5m <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Aguda <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Outros:
---	---	--	--

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Epiglote <input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Traqueia <input type="checkbox"/> Rosp. Pulmões <input type="checkbox"/> Orelhas <input type="checkbox"/> Apêndice <input type="checkbox"/> Outros:	Ventiladores <input type="checkbox"/> M.V. Enfiada <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Ferida Asférica	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Enfiada <input type="checkbox"/> Capilar arterial 2º <input type="checkbox"/> Ausente	Avul. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Mose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Oculin <input type="checkbox"/> Oculogria <input type="checkbox"/> Rinoantrax <input type="checkbox"/> Anestesia Alcoolizada <input type="checkbox"/> DNV
---	--	--	--

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Sat O2 %	T. Axila °C	Oxiemias	Tratado	APGAR
Início	120/70	87	21	98				
Fim								

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Queimada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Clamora	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Fer <input type="checkbox"/> Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoco <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Entorpecimento Sub-gloteal	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Traqueia instável <input type="checkbox"/> Rosp. paradoxal <input type="checkbox"/> Timpanismo	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Dor
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <u>capitulum</u> <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <u>capitulum</u> <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação			

Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	Fibrilação <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assintótica	Respiração <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Pulsatória <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aperto	Exatidão <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Outros:	Distúrbios <input type="checkbox"/> Cardíacos <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Outros:
--	--	---	--	--	---

☐ ILIBSO ☐ SEVERA ☒ INTERMEDIÁRIA ☐ LEVE ☐ MEDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): CRP 100000

MÚLTIPLOS MEIOS AÇÃOADOS

☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMT RAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 05/08/16

Stephanie

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Relatório ES: ☐ Término as: ☐

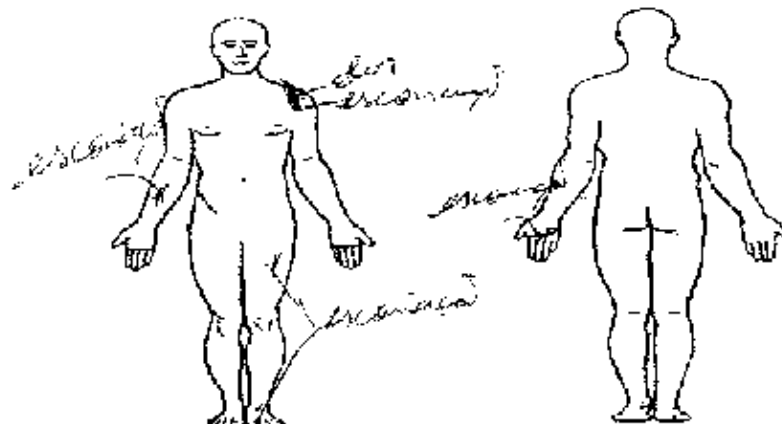
RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs: ☐

DESCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> Atendimento no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Correl. Morte	<input checked="" type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Tratante vítima de queda de um alto armário em D.D. ao lado, com consequente lesão de C6, com fratura com deslocamento em MMTJ e MMS + forte oligia em ombro E. Sem V. presentes, frito em peso + com fratura com deslocamento do ombro E. Lúcido ao ext. conforme EM 192

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
Abertura dos olhos	Adulto	Menores de 5 anos	Escore	Resposta verbal (verbal)	Resposta motora (motor)
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3
Resposta verbal	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1
				0	0
Resposta motora	Orientado	Orientado	5	> 35	5
	Confuso	Confuso	4	70 - 89	4
	Palavras inapropriadas	Palavras inapropriadas	3	50 - 69	3
Resposta motora	Som ou gestos	Som ou gestos	2	01 - 49	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	5	1
				0	0
Resposta motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	14 - 15	6
	Localiza a dor	Retra ao toque	5	11 - 13	5
	Flexão normal	Retra a dor	4	8 - 10	4
Resposta motora	Flexão anormal	Flexão normal	3	5 - 7	3
	Extensão a dor	Extensão normal	2	3 - 4	2
	Nenhuma	Nenhuma	1		1



05.09.16
Stephanie

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	3 pom. lúmen	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	3 boladun. lúmen	
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	SEP 2 SE-0	

+ 1st compresso
+ 1st gaze

06/01/2016

Guia de Atendimento

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSPE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

160526290	08/01/2016 09:18:25	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	MANHA 07-13
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
IZABEL ALMEIDA DA SILVA	09/12/1993	22 A 0 M 28 D		54157269288
Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
SSP/RR	25/07/2014	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	Pal	Naturalidade	Contrato	Quelcação
MARCIA FERREIRA DE ALMEIDA	ISMAEL DA LUZ SILVA	RORAINOPOLIS - RR	(95) 99121-8503	
Endereço	RUA - MANOEL FELIPE - 1342 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº de Carteira	Validade	Autorização
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:	Pressão
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		JACKSON SOUZA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AQ: 224 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 08:00)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO). APRESENTA ESCORIAÇÕES NO OMBRO (E), LADO N. JOELHO (E) E MÃO (E).

Exame Físico

LOTE, ECG (15), P. A. A.

Hipótese Diagnóstica

TRAUMATISMO

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) DICTOPENACO 01 COMP. (IM)
2) DICTOPENACO 24 EV
3) TILATIL 20mg (EV)

SUTURA + CURATIVO

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Adilson L. Gomes Lourenço
MÉDICO
CRM-RR 12719

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: JACKSON SOUZA
Data Hora: 08/01/2016 09:31:00



160526290

