



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE Izael Almeida da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Auxiliar de DM,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 3362205 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 541.572.692-68, residente e domiciliado (a) na
Rua: Constituinte, Q: 08, nº 196, Bairro:
Soc. Clube, no município Boa Vista/RR,
telefone: 99129-7329199161, E-mail: 3312,
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

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

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

Boa Vista - RR /RR 15, de janeiro de 20 19.

Izael Almeida da Silva

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.317B

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

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

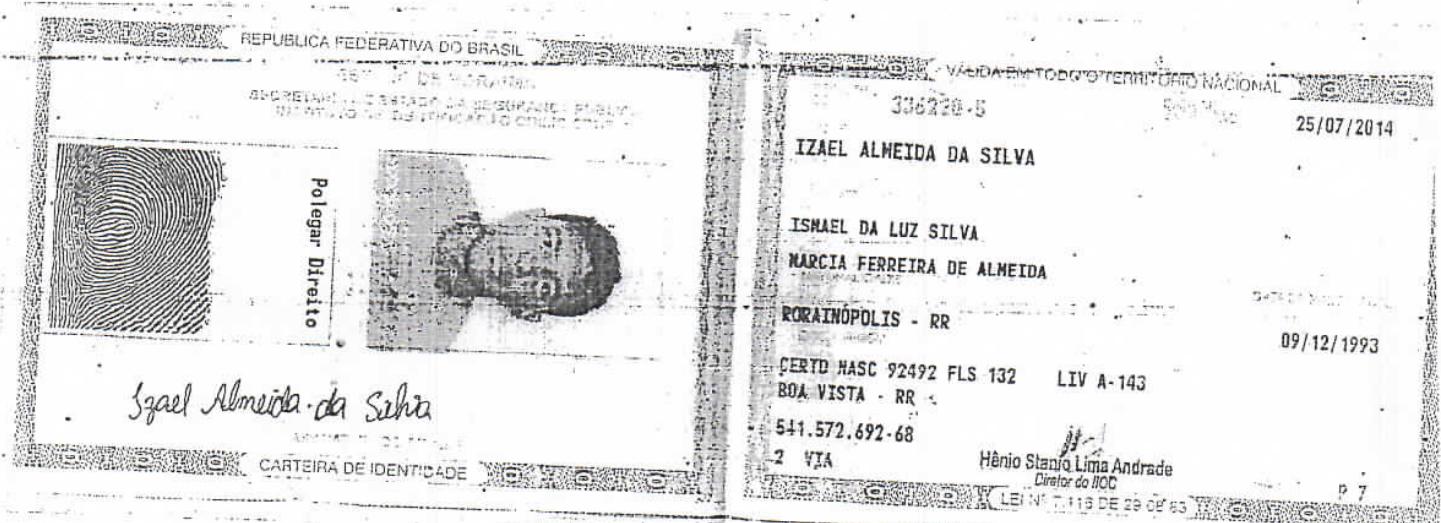
EU: Izael Almeida da Silva,
estado civil Solteiro, RG nº 336220-5, e CPF
nº 541.572.692-68, residente e domiciliado (a) na
Rua: Comandante N. 196, Q:05 Bairro:
Jogos Clube, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 901129-7329199161-3312.

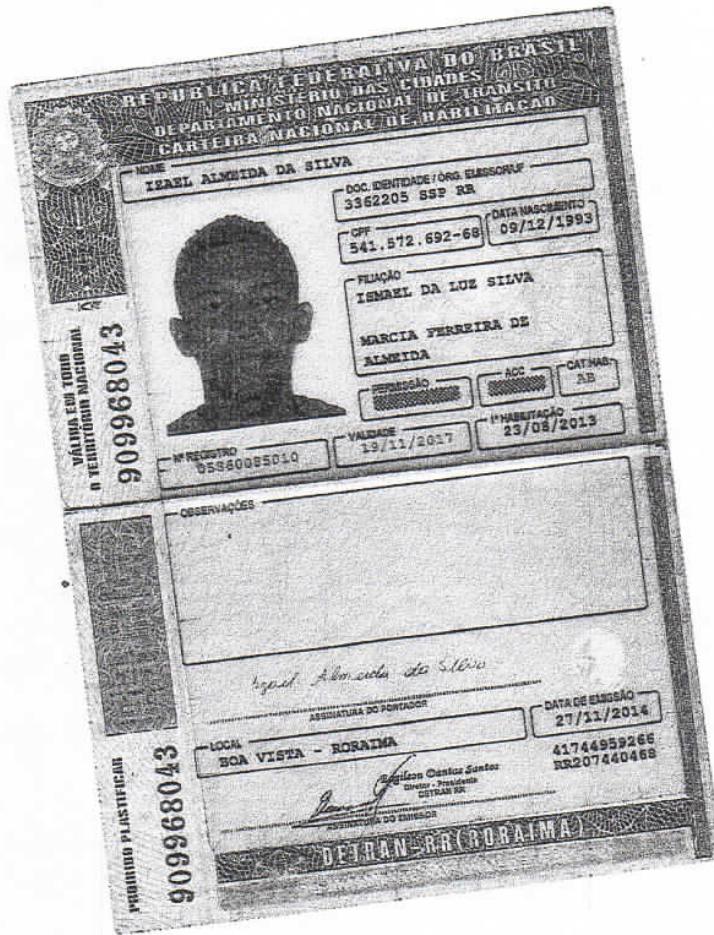
DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista - RR, 15 de Junho de 2019.

Izael Almeida da Silva

DECLARANTE





DISPONÍVEL <input type="checkbox"/> Agendado no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Corpo em Mota	COLETA <input type="checkbox"/> Coleta e Silva <input type="checkbox"/> HGS <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
---	---

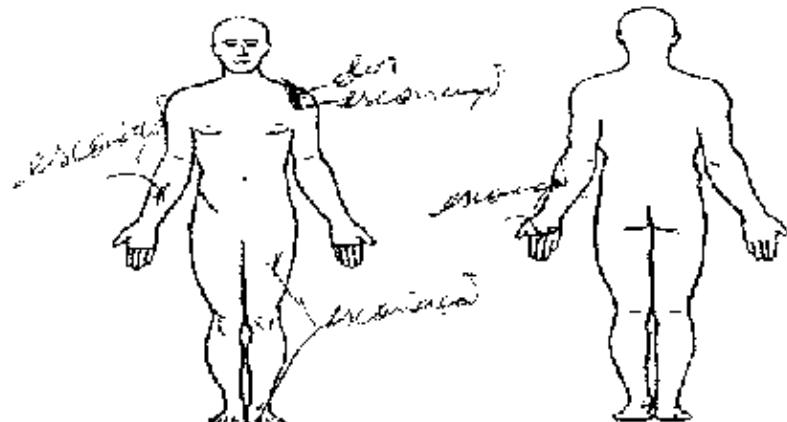
ENTENDE DO PACIENTE Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:	_____ _____ _____
TERMO DE RECUS A: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nessa oportunidade:

Residente Vila União de 45 anos de idade encaminhado em 03/02/2019, com suspeita de TETRAG, suspeita com exames em RMJ e USG + foliculograma, embora o resultado dos exames, feito em casa + exames realizados no hospital de sumaré, tiveram os resultados conforme RM 002

ESCALA DE GLOSA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escalas	
Abstinentes	Abre os olhos	Abre espontaneamente	4	10 - 24
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	36 - 38
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	39 - 68
Alerta	Orientado	Orientado	5	0
	Confuso	Confuso	4	> 69
	Palavras incoerentes	Olho a dor	3	70 - 89
	Sono ou gêmeos	Brincando a dor	2	90 - 99
	Nenhuma	Nenhuma	1	100 - 100
Uma Reação	Obedece com dificuldade	Movimentos extintivos	8	0
	Localiza a dor	Reage ao toque	7	14 a 18
	Flexão normal	Reage a dor	6	19 a 23
	Flexão anormal	Flexão normal	5	24 a 30
	Palidez e dor	Flexão anormal	4	31 a 37
	Nenhuma	Nenhuma	3	38 a 4

ESCALA DE GLASGOW

ESCORE DO TRAUMA



05/02/16
Stephanie

GESTANTE IG p/ semana: _____ Perda de líquido: _____ <input type="checkbox"/> Com certeza <input type="checkbox"/> Sem certeza	MATERIAL E MEDICAÇÃO Movimentos fetais: _____ BCF: _____ 3 poms laran 3 zodaduras 3 EP + SG - 0 1 pote comprimido 1 net gaze
--	--

06/01/2016

...: Guia de Atendimento UZ...

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

06/01/2016 09:18:25		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		MANHA DT-13	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Frontuário	
IZAEL ALMEIDA DA SILVA		09/12/1993	22 A 0 M 28 D		54157269288		
Identidade	3362205	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	
	SSP/RR		25/07/2014	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	
Mãe				Pal			
MARCIA FERREIRA DE ALMEIDA				ISMAEL DA LUZ SILVA			
Endereço	RUA - MANGEL FELIPE - 1342 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR						

Classe de Risco	Plano Convênio	N.º de Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Centro de Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sist.				
Socor	Tipo de Chegada						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						
Quadro Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Fibril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Antecedentes de Enfermagem	GSC	TOTAL
		AQ: 1 234 RV: 123456 MRV: 1 23456

Antecedentes - HORA DA CONSULTA: _____
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (ACIDENTE DE MOTO), APRESENTA ESCORRIMENTOS NO OMBRO (E), LESÃO NO JOELHO (E) E MÃO (E).

Exame Físico

WTE, ECG (S), +, Q. R.

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA

SADT - Exames Complementares

<input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRASOM	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
1) DICLOFENACO 01 AMT (im) 2) DIAZOL 2g (EV) 3) TILSTIL 90mg (EV)						

SUTURA + CURATIVO

Conduta:
 Alta por Decisão Médica
 Alta e Pediço
 Alta e Revisão
 Transferência para:

AL 715
 Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora de Saída/Alta: / / / / / /

Óbito

Antes de 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IMI. Anomalia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura
Carimbo
CRF RR 17792 Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: jackson.souza
 Data Hora: 06/01/2019 09:31:00



