

Advocacia Especializada
Russian Liberato Ribeiro de Araujo Lima
Advogado OAB RR 1134
Onias Mendes de Sousa Filho
Estagiário de Direito-RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALESSANDRO COSTA SILVA, nacionalidade: BRASILEIRA
estado civil: SOLTEIRO, profissão: AGRICULTOR, portadora da cédula de identidade RG
nº 241865, inscrita no CPF/MF sob nº 876.087.152-00, Telefone: (95) 98403-7491
endereço eletrônico: _____, residente e domiciliada à
RUA NATAN ALVES BRITO Nº 1333, Bairro: ALVORADA, cidade: BOA VISTA
RORAIMA

OUTORGADOS: RUSSIAN LIBERATO RIBEIRO DE ARAÚJO LIMA,
brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR Nº 1134, e ONIAS MENDES
DE SOUSA FILHO, estagiário de Direito e JOSÉ SANTANA FEITOSA
GUIMARAES inscrito na OAB/RR Nº 551 E, com endereço profissional na Rua
Dom Pedro I, nº 1292, bairro Mecejana, Boa Vista –RR.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus
procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia*
et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas
judiciárias ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo,
substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e
quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste
mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos advogados
acima descritos os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a
procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se
funda a ação, receber alvará em seus nomes, dar quitação, firmar compromisso,
pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
conforme art. 105 da lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

BOA VISTA / RR, 27 de MAIO de 2019

ALESSANDRO COSTA SILVA

OUTORGANTE

CPF sob nº 876.087.152-00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 241865

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/02/2019

DATA DE NASCIMENTO 05/09/1983

NOME ALESSANDRO COSTA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEICAO COSTA SILVA

NATURALIDADE RUROPOLIS - PA

DOC. ORIGEM CERTD NASC 10560 FLS 58 LIV A-78

ITATUBA-PA

CPF 876.087.152-00

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal do Brasil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ALESSANDRO.C.SILVA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 2490675

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

MARIA DA CONCEICAO COSTA SILVA

R. NATAN ALVES BRITO, 1333

ALVORADA -

CEP 69.317-194 - BOA VISTA - RR

CPF 509.963.472-91 RG 175588 SSP RR 18-04-96

Roteiro: 001.29.11.034400

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0058421-5

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
08/03/2019	07/02/2019	11/03/2019	09/04/2019	32	11/03/2019	03/2019
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 14 19 805	Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	13LDB01172	35286	34481	1,00000	5	805
						Cons. Faturado
						805

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
02/2019	518	TUSD (*)	Consumo 805 kWh a 0,774280	0,634620	623,29
01/2019	672	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		36,57
12/2018	737	Transmissão			
11/2018	777	Encargos			
10/2018	682	Tributos			
09/2018	659				
08/2018	445				
07/2018	490				
06/2018	452				
05/2018	552				
04/2018	697				
03/2018	580				
Média		Pis - 1,12			
12 meses	605	Cofins - 5,33			

Indicadores de Continuidade: 01/2019				
Ci:	14 - FLORESTA	EUSD	R\$ 220,48	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
DIC	9,24	1,76	18,49	36,99
FIC	8,46	6,00	16,92	33,84
DMIC	4,99	0,48	4,99	4,99

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
623,29	17,00	105,95

Reservado ao Fisco

DAF1.4598.2AA1.1263.F5F0.AEF3.3DB2.624D

Vencimento
21/04/2019

Valor a Pagar
R\$ 659,86

FaturaEventual.qip V.9.07 19/02/2018



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu: ALESSANDRO COSTA SILVA, nacionalidade: BRASILEIRA
estado civil: SOLTEIRO, profissão: AGRICULTOR, portadora da cédula de
identidade RG nº 241865, inscrita no CPF/MF sob nº 876.087.152-00,
Telefone: 95/98403-7481, endereço eletrônico: _____,
residente _____ e domiciliada _____ à
RUA NATAN ALVES BRITO Nº 1333, Bairro: ALVORADA, cidade:
BOA VISTA - RR, DECLARO para os devidos fins de direito e a quem possa
interessar que sou hipossuficiente nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da Lei nº 13.105, de 16
de março de 2015.

Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista – Roraima, 27 de MAIO de 2019.

ALESSANDRO COSTA SILVA

DECLARANTE

CPF Nº 876.087.152-00

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanh...>

SINISTRO 3190385152 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALESSANDRO COSTA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA
S/A
BENEFICIÁRIO ALESSANDRO COSTA SILVA
CPF/CNPJ: 87608715200

Posição em 10-07-2019 11:44:54

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Recebido em 10/07/19.



X ALESSANDRO COSTA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 876.087.152-00 Nome completo da vítima: ALESSANDRO COSTA SILVA

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

Nome completo: ALESSANDRO COSTA SILVA CPF: 876.087.152-00
Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA NATAN ALVES BRITO Número: 1333 Complemento: CASA
Bairro: ALVORADA Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.317-194
E-mail: SANTANAGUIMARAESPR@gmail.com Tel.(DDD): 195199469-2685

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 12.631 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA - RR, 27/05/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ALESSANDRO COSTA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA COMPLEMENTAR Nº 118/2019/DAT em referência ao BO nº 2744/2019- 4º DP - Boa Vista - RR, em 03/06/2019.

COMUNICANTE: Alessandro Costa Silva

RG: 168176373021-2 SSP/RR **CPF:**

ENDEREÇO: RUA. Natan Alves de Brito , Nº 1333, **BAIRRO:** Alvorada

CIDADE: BOA VISTA **ESTADO:** RORAIMA

SEXO: Masculino **PROFISSÃO:** Agricultor

DATA DE NASCIMENTO: 05/09/1983

GRAU DE INST: ENS. MÉD. COMP.

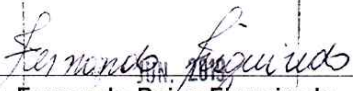
ESTADO CIVIL: Solteiro **TELEFONE:** 984037481

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: Maria da Conceição Costa Silva

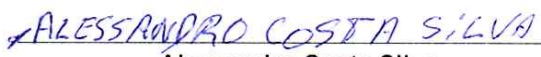
Compareceu nesta especializada para nos informar e corrigir a data e a hora em que ocorreu o acidente. Onde se lê 27/05/2018 as 11h15m deve ser corrigido, pois a data e a hora correta são 17/12/2018 as 16:00hs. Acrescenta ainda os dados do veículo em que estava dirigindo. Veículo Motocicleta HONDA BROS 150, Placa NBA7069, cor verde, Chassi 9C2KD0550DR111031, proprietário; Fabio Costa Silva. É o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA-ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL


Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Agente de Polícia
Mat. 042000787

CONFERIDOR


Alessandro Costa Silva.

Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº: 2744/2019	DELEGADO: Douglas Gabriel da Cruz		
DATA: 27/05/2019	ATENDENTE: Auricélia Rodrigues Noia		
HORA: 16h01min	LOCAL DA OCORRÊNCIA	DATA	HORA
	BR-432, Município do Cantá - RR	27/05/018	11h15mim

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: Alessandro Costa Silva	CPF:	RG: 373021-2 SESP/RR
DATA NASC: 05/09/1983	End: Rua Natan Alves de Brito, 1333 – Alvorada	
PAI:	MÃE: Maria da Conceição Costa Silva	
ESCOLARIDADE:	NATURAL: Rurópolis-PA	NACION: Brasileira
SEXO: Masculino	IDADE: 36 anos	RAÇA: Parda
TEL CEL: 984037481	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Agricultor

DADOS DO AUTOR/INFRATOR

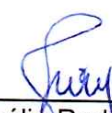
NOME: Diz se chamar " Raimundo "	CPF:	RG: SESP/RR
DATA NASC:	End: Não sabido	
MÃE:	PAI:	
NATURAL:	NACION:	
SEXO:	IDADE:	RAÇA:
TEL CEL:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
XXXXX	Acidente de trânsito	XXXXX

HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para informar que estava transitando pela BR acima mencionada na motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, 2012/2013, de cor Verde e Placa NBA7069, quando sofreu um acidente de trânsito; QUE o comunicante colidiu com um veículo Picap Strada, de cor vermelha (não verificou a placa), que estava sendo conduzido por um senhor que se disse chamar Raimundo; QUE teve fraturado a sua perna Esquerda em 02 locais; QUE foi socorrido pelo SAMU do município do Cantá; QUE o comunicante passou aproximadamente 60 dias internado no Hospital Geral de Roraima; QUE não tem interesse de representar contra a outra parte. É o relato.


Auricélia Rodrigues Noia
ACPC


Alessandro Costa Silva
Comunicante



4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA/RR





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRPA

[illegible]



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

SAC (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

Eu, FABIO COSTA SILVA
RG nº 333903-3, data de expedição 11/07/05
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 002.465.502-36
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de RORAIMA
RUA NATAN ALVES BRITO B: ALVORADA, nº 1333
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALESSANDRO COSTA SILVA, cujo o condutor era
ALESSANDRO COSTA SILVA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR BROS 150 ES Ano: 2012/2013
Placa: NBA-7069 Chassi: 9C2KD0550DR11403L
Data do Acidente: 17/12/2018

Local e Data: BOA VISTA-RR, 27 DE MAIO DE 2019 17 JUN 2019

FABIO COSTA SILVA
Assinatura do Declarante

ALESSANDRO COSTA SILVA

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



Dr. Edil Severino de Sousa Junior
Tabelão Substituto
Cartório Loureiro



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Alisson Costa Silva, II

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
23:20		18.12.2018
AGENTES	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
N 20		
02		
LIQUIDOS VENOSOS	SF 500 SF 500	
DA	°C 240	
X	38 220 100% 130% 150%	
ULSO	36 200	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
O	120	
TEMP	100	
ASPIR.	80	
A	60	
RESP	40	
O	20	
Exponit		
Assist		
Contro		
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÁCNICA
A		loguonesterio bucal.
B	Neorino 0.5% 20mg	múltiplo, 12/13, wesc
C	Dalman 20	20m
D	titolil 40mg	Variação
F		
G		
GLUCOSE	LIQUIDOS 1000ml	Cânula - Naso / Oro Faríngea 14/15
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica N
TOTAL 1000 ml		TEMPO DE ANESTESIA
		23:20h às 00:32h
OPERAÇÃO		ANOTAÇÕES
loguon + múltiplo		Lanango - Espasmo - Excesso Secre
		Depressão Respiratória - Hipoxia
		"Bucking" - Vômito
		Hemorragia - Anúmia
		Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Dr Folho (R3)		Dr Mox
PERDA SANGÜINEA		
		com

Dr Fábio França
1414

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

BOLESLAV ODENSEN

10/2/44 - ON DRYDOWN

→ ~~ASSERQ510~~ < RNA ~~ASSERQ510~~

COMPUESTOS ESTÉREOS

- Ovaries
 1st L
 2nd L
 3rd L
 4th L
 5th L
 6th L
 7th L
 8th L
 9th L
 10th L
 11th L
 12th L
 13th L
 14th L
 15th L
 16th L
 17th L
 18th L
 19th L
 20th L
 21st L
 22nd L
 23rd L
 24th L
 25th L
 26th L
 27th L
 28th L
 29th L
 30th L
 31st L
 32nd L
 33rd L
 34th L
 35th L
 36th L
 37th L
 38th L
 39th L
 40th L
 41st L
 42nd L
 43rd L
 44th L
 45th L
 46th L
 47th L
 48th L
 49th L
 50th L
 51st L
 52nd L
 53rd L
 54th L
 55th L
 56th L
 57th L
 58th L
 59th L
 60th L
 61st L
 62nd L
 63rd L
 64th L
 65th L
 66th L
 67th L
 68th L
 69th L
 70th L
 71st L
 72nd L
 73rd L
 74th L
 75th L
 76th L
 77th L
 78th L
 79th L
 80th L
 81st L
 82nd L
 83rd L
 84th L
 85th L
 86th L
 87th L
 88th L
 89th L
 90th L
 91st L
 92nd L
 93rd L
 94th L
 95th L
 96th L
 97th L
 98th L
 99th L
 100th L

1. POST. G.O. $\left\{ \begin{array}{l} \text{GURVZ} \\ \text{RESOL} \end{array} \right. \text{REZ (VZ)}$
 2. OUTRES $\left\{ \begin{array}{l} \text{RESOL} \\ \text{RES F} \end{array} \right. \times$

UxL Ux MFA12

[illegible]
$$y \equiv z \pmod{0}.$$

$5 \equiv 250$
 $5 \equiv 250$ COLD SAND 5000

5/20/2025

[Handwritten signature]



Max Souto Maior
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trânsito
CRM-RR 695

018

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF E
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.
Aux. Serv. Saúde
18-12-18

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		42									
Paciente	ALESSANDRO COSTA SILVA	Data Nascimento	05/09/1983	Idade	35 A 3 M 12 D	CNS	706301782898175	CPF	87608715200	Prontuário					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	RR	Data Emissão	16/07/2001	Sexo	M	Estado Civil	UNIAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BOA VISTA - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
Mãe	MARIA DA CONCEICAO COSTA SILVA	Endereço	AVENIDA - CONFIANCA III - 000 - CENTRO - CANTA - RR												
Class. de Risco	Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend	17	Temp.		Peso		Pressão					
Sector	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por:	ESSEN								
Queixa Principal	Cidade de morte 06 JUN 2019														
Anamnese de Enfermagem	GENTE SEGURADORA S/A														
amne - (HORA DA CONSULTA - 19:05h)															
Paciente refere um trauma de colisão moto x carro. Necessita assistência médica ou física de emergência.															
Exame Físico	BEG, LOTE, AAA, cefálico, edematoso, lesões múltiplas, excoriações, edema + limitação de movimento em ombros e pernas.														
Hipótese Diagnóstica	Trauma em perna esquerda + luxação em ombro?														
SADT - Exames Complementares	☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:														
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO														
1 - Analgesia com (g)															
2 - Dipirona 1g (g)															
3 - Dolo x perna + ombros (g)															
4 - Plasil - Amp. (g) deitado - lento - Aguar															
5 - Analg. + K + A + B															
Ingrid F. Battenbender Médica CRM-RR 2057															
Condução	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ortopedia														
óbito	☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /														
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico														
Impresso por: essen Data Hora: 17/12/2018 19:01:10															
06 JUN 2019															
GENTE SEGURADORA															

BLOCO D

Ata 11.02.19 9

 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 DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE ALESSANDRO COSTA SILVA	4 - CNES

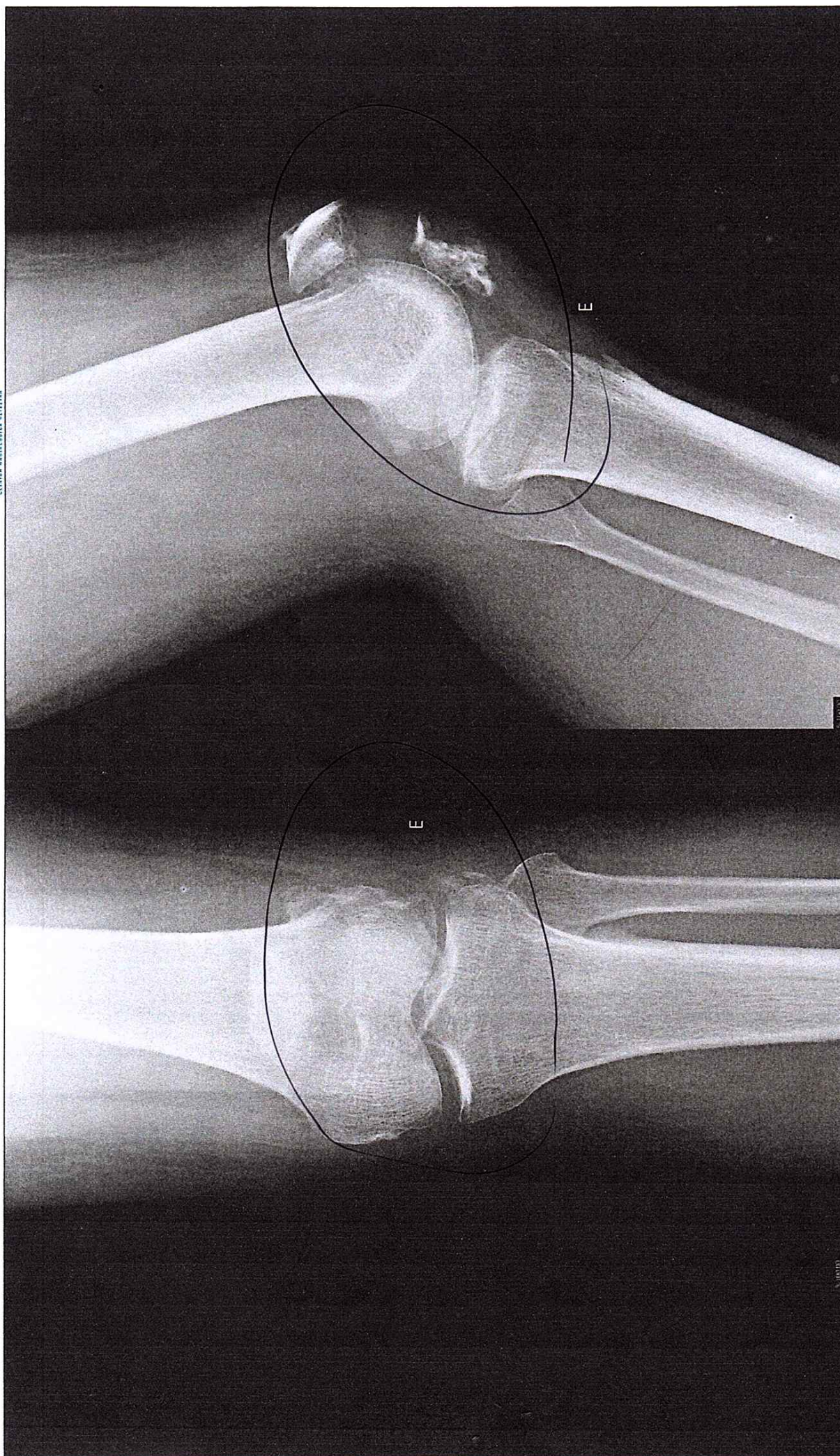
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE ALESSANDRO COSTA SILVA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 170464
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7106301782898175	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/09/83
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO - 17 JUN 2019	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ALUCIAÇÃO VISUAL - VITREO NA (2) - PRATICA ALGUNA DEVERA (2)	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 06 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Baccari, 484 - Boa Vista - RJ
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NO LUNGO LAL - 17 JUN 2019	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ALUCIAÇÃO VISUAL. DESINSTRUMENTO	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO ALUCIAÇÃO VISUAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

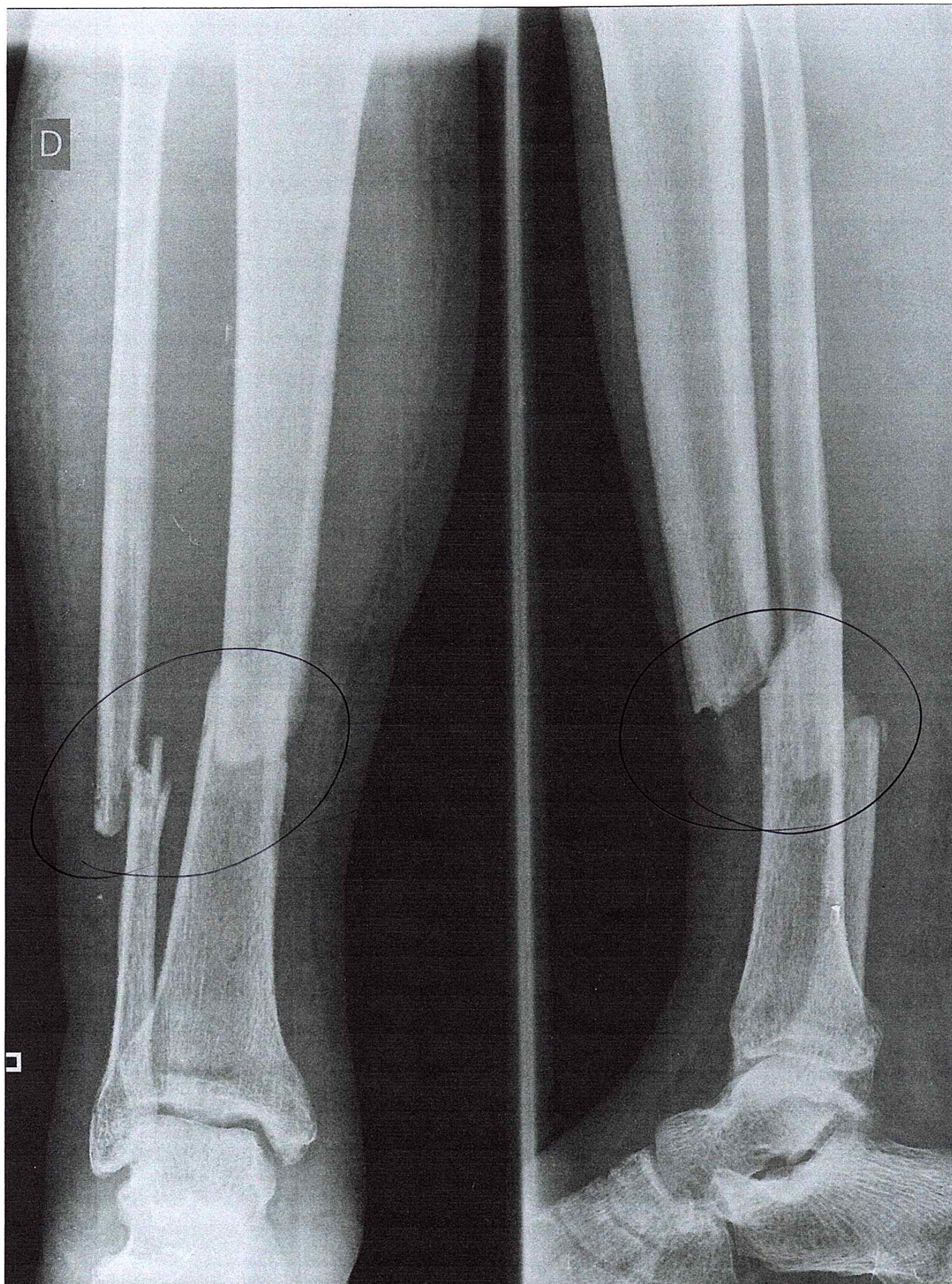
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DO CENSO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/12/18	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Alber - 0401010104
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0415040035 202 5828 5299	



ALESSANDRO COSTA DIAS ID:0083013
Data:07-03-2019 Hora:08:05:47 Data Nasc:05-09-1983
Centro Clínico Radiológico - CCRx



ALESSANDRO COSTA SILVA

2298

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/03/2019

Fabiola Castro

66,6 %

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADANIAS	
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 9451245150			
1ª VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
01	503483362		2012
FABIO COSTA SILVA NOME			
BDA VISTA-RR			
002.465.502-36 OPCIONTJ			
PLACA ANT/DJ			
9C2KD0550DR11031 CHASSI			
FAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.			
HONDA/NXR150 BROS ES MARCA/MODELO			
002P/0149CC/ CAP/ROT/CL			
PARTICU CATEGORIA			
VERDE COR PREDOMINANTE			
*PAGOK VENC. COTA UNICA			
*PAGOK VENC. COTAS			
LIC/CAD PAGO PREMIUM TARIFARIO (R\$)			
IOF (R\$)			
PREMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
04/01/2013			
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *			
PROIB. SAIR DA AMAZ DEID			
BDA VISTA-RR - Presidente			
DETRAN/RR			
DATA			
07/01/2013			

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE INTERESSE DE GUARDA UNICA CARGA APRESSOAS TRANSFERRIDAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
RR Nº 9451245150 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
002.465.502-36 CPF / CNPJ	2012 EXERCICIO
NBA7069 PLACA	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RR Nº 9451245150	
01	002.465.502-36 CPF / CNPJ
503483362 RENAVAM	NBA7069 PLACA
HONDA/NXR150 BROS ES MARCA/MODELO	
002P/0149CC/ CAP/ROT/CL	
VERDE COR PREDOMINANTE	
*PAGOK VENC. COTA UNICA	
*PAGOK VENC. COTAS	
LIC/CAD PAGO PREMIUM TARIFARIO (R\$)	
IOF (R\$)	
PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO	
04/01/2013	
OBSERVAÇÕES	
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *	
PROIB. SAIR DA AMAZ DEID	
BDA VISTA-RR - Presidente	
DETRAN/RR	
DATA	
07/01/2013	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

404-1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Alessandro Costa Silva, 35 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 17/12/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta tíbia - fíbula (E)
NO DIA 1/1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/02/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 28/02/19, ÀS 13,00h, COM O
DR. [Assinatura]

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUN 2019

GENTE SEGURADORA
Av. Capitão João Bezerra 484 - Boa Vista - RR

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

BOA VISTA, 11/02/19

Dr. Odinachi Okemim
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO