



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE(S): KELSON SARAIVA JULIO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG nº 228585 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 727.490.912-68, residente e domiciliado na Rua Estrela Dalva, bairro Raiar do Sol, Boa Vista – RR.

OUTORGADO(S): REGINALDO ALENCAR DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF nº 539.074.772-00 e OAB-RR nº 1892, com escritório profissional à Av. Carlos Pereira de Melo, 3603, sala 1, bairro Santa Tereza, nesta capital, onde recebe às intimações de praxe.

PODERES PARA A CLÁUSULA "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad judicium et extra*", em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal, podendo interpor quaisquer ações, requerer medidas de segurança ou preventivas, sempre na defesa dos interesses do outorgante, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da Administração Pública direta e indireta, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo, ainda, firmar recibos e demais documentos, inclusive junto às serventias notariais, podendo requerer, promover, declarar e assinar o que for preciso, assim como levantar alvará e substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Boa Vista-RR, 14 de setembro de 2019.

Kelson Saraiva Julio
OUTORGANTE

encar da Silva:53907477200,

21/10/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentação_parte 1



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001300/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/01/2019 15:28 Data/Hora Fim: 18/01/2019 15:45

Origem: Pessoa Física - Particular Data: 18/01/2019

Delegado de Polícia: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 15/01/2019 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA SOL NASCENTE

Ponto de Referência: PROXIMO AO COMERCIAL SÃO FRANCISCO

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Nova Cidade

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)Nome Civil: **KELSON SARAIVA JULIO (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RO - Cerejeiras

Sexo: Masculino

Nasc: 19/01/1982

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marta Saraiva Julio

Nome do Pai: Elifio Rodrigues Julio

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 228585

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 727.490.912-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESTRELA DALVA

Bairro: PROFESSORA ARACELES

Telefone: (95) 99115-0672 (Celular)

Nº: 1196

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEM A ESTE DP INFORMAR QUE NA DATA, LOCAL E HORA SUPRA, ESTAVA TRAFEGANDO NA SUA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD PLACA NAP-2942 COR AZUL ANO 2018/2018, RENAVAM 01144428472, CHASSI 9C2KDO810JR016159, QUANDO DE REPENTE UM CACHORRO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE; QUE NÃO TEVE TEMPO DE EVITAR A COLISÃO; QUE O COMUNICANTE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES NO CORPO TODO; QUE FRATUROU A PERNA E O TORNOZELO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES; QUE ESTÁ AGUARDANDO PARA SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.



Delegado de Polícia Civil: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça
Impresso por: Betty Iara Gama Gonzalez
Data de Impressão: 18/01/2019 15:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE BOY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6997 - ATENDIMENTO: CARTÓRIO LOUREIRO COM.BR.

AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé
LAF. Em testemunho da verdade.
Boa Vista-RR, 28/02/2019
Emitido: 2.45 FUNDEJURR.0.25.FISC.0.10.FECON.0.10.ISS.0.10
Selo RECPR1583452GOBGGALRL471L38
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br
CPF Solicitante: 72749091288

Thays Coutinho Weber
Escritorinha Autorizada
Cartório Loureiro



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001300/2019

ASSINATURAS

Betty Iara Gama Gonzalez
Responsável pelo Atendimento

Kelson Saraiva Julio
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e cesso que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6091 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR
AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé
LAF. Em testemunho da verdade,
Boa Vista-RR, 28/02/2019
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10
Selo: REC FIR 1583451YQKZ5SSOWW65H14
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 72749091268

Thays Coutinho Weber
Escrivente Autorizada
Cartório Loureiro



encar da Silva:53907477200,

21/10/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentação_parte 1

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. KELSON 91265010 CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS 134456	
MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 126.30105.66-2 NÚMERO 2637327 SÉRIE 001-0 UF RR <i>Kelson Saraiva Julio</i> ASSINATURA DO TITULAR POLEGAR DIREITO 	

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
NOME KELSON SARAIVA JULIO LOC. DE NASC. CEREJEIRAS FILIAÇÃO ELIFIO RODRIGUES JULIO MARTÁ SARAIVA JULIO DOC. APRESENTADO R.G. 228585 SESP RR ESTADO CIVIL CASADO LEI Nº 5049, DE 10 DE MAIO DE 1995. RG 228585 CNH 727.490.912-68 T. ELEITOR 2487522674 SEÇÃO 17 ZONA 04 NATURALIZADO PORT. M. J. N. DATA LOCAL DA EMISSÃO DRT/RR DATA DA EMISSÃO 14/04/2004 ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO DATA DE NASC. DE / / PARA / / DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO	

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



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, MAYWELL SARATUA JULIO

RG nº 4068971, data de expedição 19/02/2015

Órgão SSP - RN, portador do CPF nº 540548852-68

com domicílio na cidade de BOM VISTA, no Estado de

PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ESTRELA D'ALVA, nº 1196

complemento LOJA VIKING, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

KELSON SARATUA JULIO, cujo o condutor era

KELSON SARATUA JULIO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 160 BROS RSD Ano: 2018

Placa: NAP 2942 Chassi: 9C2KDD 810 JR 016 159

Data do Acidente: 15/01/2019

Local e Data: BOM VISTA - RN - 28/03/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Condão João Bezerra, 444 - Bom Vista - RN

Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bom Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. São João, 1307 - Bom Vista - RN
Fone: (084) 3437-0100
daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

97386-55922034583
Recebido por: VERDADEIRA e(s) firma(s)
MAYWELL SARATUA JULIO

Em testemunho da verdade, SSP
De que dou fé, em 28 de março de 2019.
Consulte o(s) tabelião(s) em tabelioesportal.sp.gov.br
RBCP/RN/002850119CL/2019/03/21

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 Total: R\$ 3,00

97.386
18044140
Tabela de Valores de Aquino
Escritório Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090187/19

Vítima: KELSON SARAIVA JULIO

CPF: 727.490.912-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELSON SARAIVA JULIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KELSON SARAIVA JULIO : 727.490.912-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: KELSON SARAIVA JULIO
CPF: 727.490.912-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

KELSON SARAIVA JULIO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Kelson Sampaio Fúlio, de 36 anos, data de nasc: 19/01/82 contato: (95)-9115-0672/984073246, com o diagnóstico: Fx T12 @, tendo como indicação o procedimento: Anterior T12 @ da ESPECIALIDADE ORTOPEDIA, sem data de agendamento no momento até a normalização do serviço eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 dias de antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profissionais da área. Portanto, assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realização dos procedimentos, o serviço de ORTOPEDIA irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato acima de acordo com as prioridades médicas e previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 07/02/19 às 9h com o médico DR. Ribeiro, para acompanhamento extra hospitalar até a normalização da situação e conto da unidade para a realização do procedimento indicado.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**



15/04/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

Ure Al



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Porto Alegre - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901059922	15/01/2019 19:51:41	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
KELSON SARAIVA JULIO		19/01/1982	36 A 11 M 27 D	707008880367236	72749091268	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	228585	SSPRO		M	SOLTEIRO(A)	BRANCA
Mãe				Paí	CEREREJEIRAS - RO	Nacionalidade
MARTA SARAIVA JULIO				ELIFIO RODRIGUES JULIO	Contato	BRASILEIRA
Endereço					(95) 99115-0672	Ocupação
RUA - ESTRELA D'ALVA - 1196 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR						AUTÔNOMO
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		ALEXSANDRO PEREIRA			
Queixa Principal						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Paciente encaminhado ao Hosp. Comum e Silva. História de queda de moto. Acidente por furo de pneu.						
Exame Físico	Exame Físico (E) + limitação de movimento + dor					
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Realizou no Comum: 1) Dipirona 2g c						
2) Paracetamol 400mg						
3) Solicitar Raio-X						
Artemis da Silva Souza Médico CRM-RR 2045						
Condição						
☐ Alta por Decisão Médica			☐ Ambulatório			
☐ Alta a Pedido			☐ Observação (Até 24h)			
☐ Alta a Revelia			☐ Internação			
☐ Transferência para:			Data e Hora da Saída/Alta:			
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 15/01/2019 19:52:29

© 2019
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE
CNPJ nº 16.040.000/0001-90
Fone: (51) 301-8834



1901059922

Ortopedia 15-01-19

Parte relatada auditada de acordo com
do TNZ

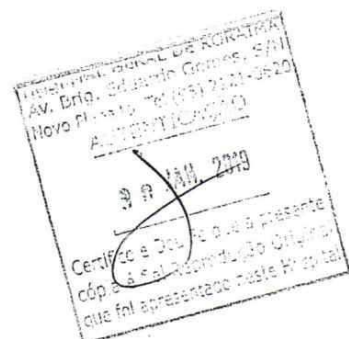
AO Exame: exames MIE + elca TNZ

AO Rx: Fratura bimalar TNZ

AD: Internação para tratamento cirúrgico



Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE-684





EMERGENCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Kelson Tullio

Ka do TNZ @ AP
P

07-02-19



Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 684

DATA 15/04/19

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

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		4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
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					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) 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					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

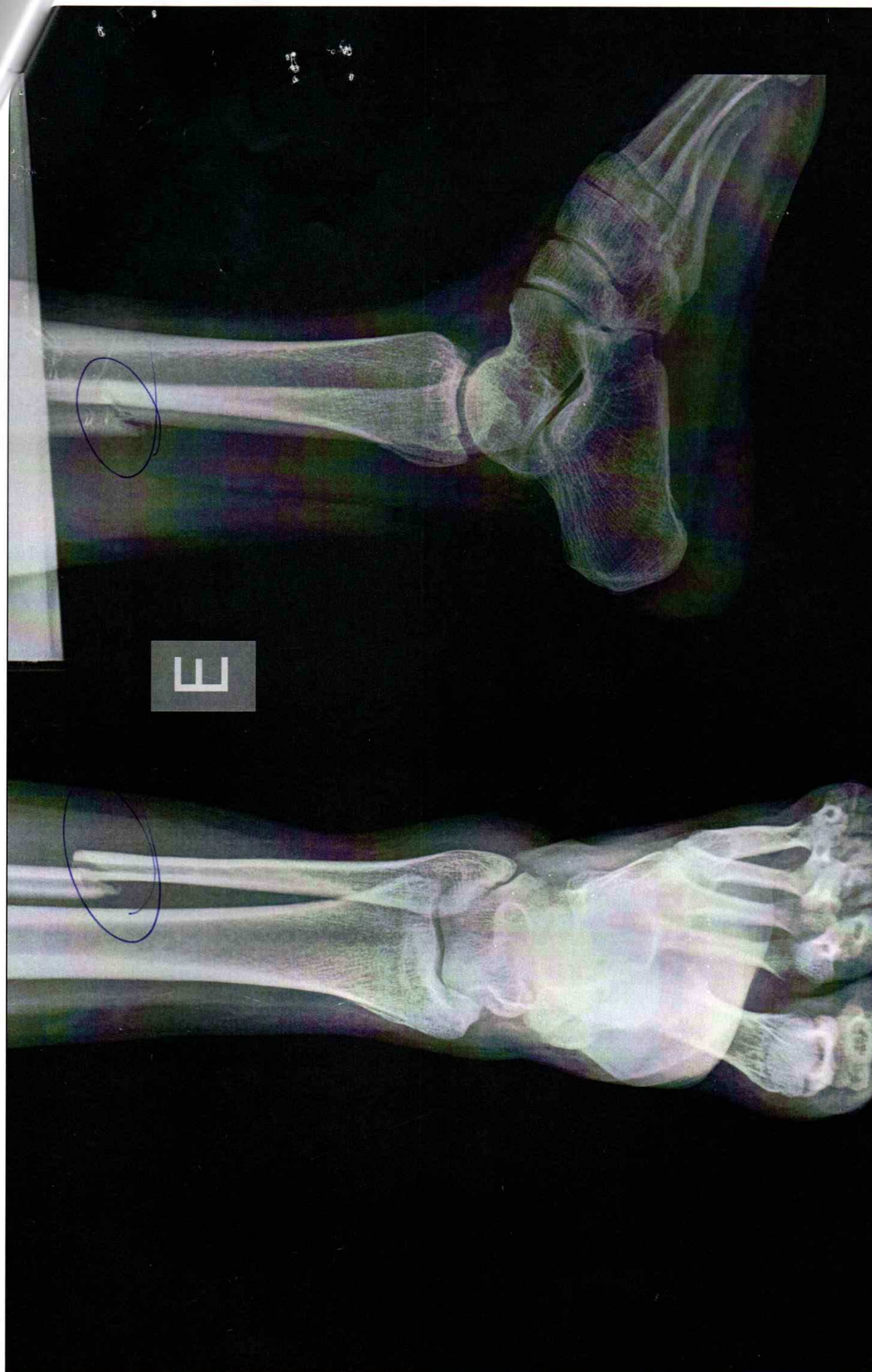
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		DIH		DN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Kelson S. Julio				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	Alta - Dr. Pedro Di Giovanni				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 16157 RQE: 684



, KELSON SARAIVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

15/11/2019 20:20:44

62,1 %





68.2 %

15/11/2019 20:20:44

, KELSON SARAIVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

54.1 %

15/11/2019 20:20:44



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VALORES FREQUENTES POR SUACARCA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

RR Nº 013746473860 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/02/2018

VA 01 540.548.852-68 CPF / CNPJ
RENAVAM 01144428472 MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESD0 PLACA
2018 ANO FAB. 9 CATE. Nº CHASSI 9C2KDD0810JF016159

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENANTIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$74.52	R\$8.28	R\$82.8
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIDO SEGURO (R\$)
R\$4.15	R\$0.65	R\$170.4
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA	☐	26/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
013746473860
178336552-7

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

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0055104-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001992051

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	06/01/2019	454	404,59

HAXWELL SARATVA JULIO
R. ESTRELA DALVA 1196 PROF ARACELI S MAIOR
CPF: 00054054885263
CEP: 69.315-076 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.04.019600

DADOS DA LEITURA	KWh	KVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	35615		Atual: 17/12/2018
Anterior:	35161		Anterior: 17/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 17/01/2019
Consumo Medido:	454		Emissão: 14/12/2018
Consumo Faturado:	454	FCAM	Apresentação: 17/12/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	BI	2819726	L 1507896	3.1.3.2	382

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 454 A R\$ 0,791912 = 359,52
NOV/18 433	ILUMINACAO PUBLICA 45,07
OUT/18 571	
SET/18 317	
AGO/18 430	
JUL/18 478	
JUN/18 489	
MAI/18 373	
ABR/18 195	
MAR/18 191	
FEV/18 366	
TARIFA SEM TRIBUTOS	
0 A 454 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda que a suspensão da unidade e a regularização do valor de R\$ 312,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
11/2018	355,23	

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

RESERVADO AO FISCO A123.BF6E.958F.9492.6C05.40B7.C294.1ED3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 89,19	Base de Cálculo: 359,52
Energia: 189,12	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 61,11
Encargos: 9,82	Valor do PIS: 1,82
Tributos: 71,39	Valor do COFINS: 8,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
2,67 9,00 0,53

DISTRITO

10/2018

127,12

ROT: 29.001.22.04.019600

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0055104-0	TOTAL A PAGAR - R\$ 404,59
MÊS FATURADO 12/2018	VENCIMENTO 06/01/2019
Nº da Nota Fiscal: 001992051	FCAM

83620000004 7 04590075000 6 000000000055 4 10401218008 9



SEQ.: 00057 UC: 0055104-0 DT.LEIT.: 17/12/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 35615 NORMAL TOTAL: 404,59 CARGA: 005
DT.VENC.: 06/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190203410

Vítima: KELSON SARAIVA JULIO

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), KELSON SARAIVA JULIO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14142452

2500



GOVERNO DO PARANÁ
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

トコトメ:

RECEITÁRIO

Leo En
by means
Jeter . Full given

DATA

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Flávio, 536 - Centro - Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNEP: 94.013.406/2001-08

Aasivalluqa e Caguita





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAROEBE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
CLAYTON OLIVEIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO

Nome: Kelson Sereia Julo

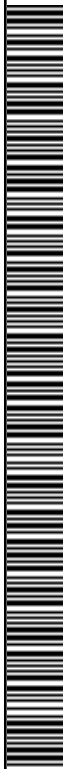
Paciente realizou as sessões de
fisioterapia pedidas pelo médico
devido pós fratura em MIE e MSE.
Sessões ocorreram no período
de 24-06-19 ao dia 24-07-19.

[Handwritten signature]

Data: 24.10.2019

Hellen Cristina M. L. Diniz
Fisioterapeuta
CREITO: 225039.1.F

Assinatura





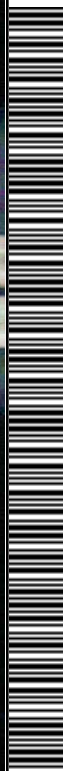
, KELSÓ SARAIVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

27/3/2019 15:44:56

62.1 %

E




GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
PALACIO DO PATRIMONIO DO BRASIL
COORDENACAO GERAL DE ATENCAO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
Kelson Sampaio *Julio*

lando
pet cl fratura fíbula
de tto comissuras
segue sl alta no
momento.



Dr. Anderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676

29219

CLINICA ESPECIALIZADA GERAL DE ORTOPEDIA
Rua General Figueiredo, 536 - Centro Boa Vista BR
CEP: 91.201-150 - Fone: (51) 3093.1000