



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: VANDERLEI LIRA DE SOUZA, brasileiro (a),
estado civil: UNIÃO ESTAVEL, Profissão: MOTO TAXI,
portador (a) da Cédula de Identidade CIRG 3176037 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 930.914.782-20, residente e domiciliado (a) na
RUA ARARA AZUL, nº _____, Bairro:
PARQUE AMAZONIA, no município ROIMONDOLIS /RR, telefone:
(95) 991434659, 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.

_____/RR _____, de _____ de 20____.

Vanderlei Lira de Souza
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: WAUDEIRI LIRA DE SOUSA, estado civil UNIDO ESTÁVEL, RG nº 3126037, e CPF nº 950.914.782-20, residente e domiciliado (a) na RUA ARAÚCA AZUL Bairro: PARQUE AMAZONIA, Cidade RORAINÓPOLIS - Roraima, telefone (95) 99143-4659.

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.

_____, ____ de _____ de _____.

Wanderli Lira de Sousa

DECLARANTE





**RORAIMA
ENERGIA**

Para contato
consulte o número
deste número

SEU COBIGO

0146207-5

Roraima Energia S.A.
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: 003371469

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	16/08/2019	161	143,94

EDIHAURA SOUSA DE PAIVA
R. A 0350 QD 32 LOTE 31 NOVO HORIZONTE
CPF: 00000980074320
CEP: 69.373-000 - RORATINOPOLIS

ROT: 518.069.18.16.025650

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	4328			Atual:	31/07/2019
Anterior:	4167			Anterior:	29/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	30/08/2019
Consumo Medido:	161			Emissão:	30/07/2019
Consumo Faturado:	161	FCAH		Apresentação:	31/07/2019

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	100006884		1.1.1.1	135

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 144	CONSUMO 161 A R\$ 0,764602 = 123,10
MAI/19 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,84
ABR/19 133	
MAR/19 126	
FEV/19 123	
JAN/19 148	
DEZ/18 148	
NOV/18 150	
OUT/18 168	
SET/18 136	

TARIFAS E PREÇOS: 0 A 101 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/07/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 7BAD.6446.283A.8BB7.0070.D9C8.543E.C293

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,63	Base de Cálculo:	123,10
Energia:	67,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	20,92
Encargos:	3,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	20,92	Valor do COFINS:	0,00

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	
05/2019							0,00





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, Sheila Gonçalves da Silva
RG nº 352850-2, data de expedição 30/10/2006
Órgão Itaituba - PA, portador do CPF nº 010.894.662-26
com domicílio na cidade de Rorainópolis, no Estado de Roraima
Rua Anaua - Campolândia SIN, nº 510
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Vanderlei Lira de Sousa, cujo o condutor era
Vanderlei Lira de Sousa.
Veículo: moto Modelo: Honda / CG 160 Titan 8x Ano: 2016
Placa: NAR JJ43 Chassi: 9C2KC2210H R007284
Data do Acidente: 04/09/19

Local e Data

Rorainópolis 18/09/2019



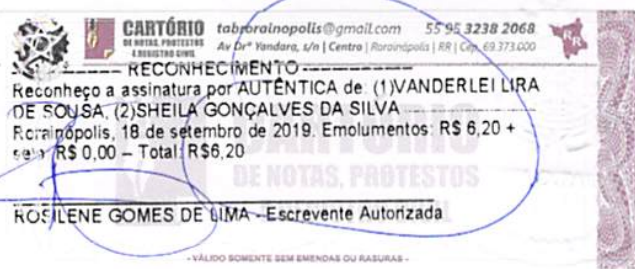
Sheila Gonçalves da Silva

Assinatura do Declarante

Vanderlei Lira de Sousa

Assinatura do Condutor

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZX6 JDLL2 CDVC4 SRJQR



	ESTADO DE RORAIMA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS "Seu primeiro instrumento de cidadania"	
---	--	---

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **1432/19** DATA: 11/09/2019 HORA: 15:08hs
ATENDENTE: WENDEL FERNANDES SOARES DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA
DATA: 04/09/2019 HORA: 16:10hs
LOCAL: AV. AYRTON SENA EM FRENTE A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL RORAINÓPOLIS.

DADOS DA VÍTIMA
NOME: VANDERLEI LIRA DE SOUSA RG: 3176037 SSP/RR CPF: 930.914.782-20
DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1989 IDADE: 29, ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: UF:
PAI: JOAQUIM JOSÉ DE SOUSA MÃE: PEDRA LIRA DE SOUSA
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
ENDEREÇO: RUA-ARARA AZUL Nº30, PARQUE AMAZONIA RORAINÓPOLIS.
TELEFONE 95 99143-4659
REFERÊNCIA

CÓDIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1001/1003	TRÂNSITO	ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

BREVE RELATO DO FATO

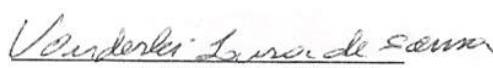
Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que trafegava na Av. Ayrton Sena sentido bairro centro conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 160 TITAN EX 2016, RENAVAL-01113698079, Chassis:9C2KC2210HR007284, COR PRETA PLACA NAR-1143 RR, em nome de SHEILA GONÇALVES DA SILVA, relata que estava a sua frente uma motocicleta HONDA/CG 125 CARGO ES 2013, COR BRANCA RENAVAL-0049705400, Chassis:9C2JC4140DR500508, PLACA NUI-3849 RR em nome de DISK GAS E ÁGUA LTDA EPP, conduzida por um indivíduo identificado por JAIZINHO, que puxava uma carrocinha, relata que repentinamente a carrocinha que a motocicleta a sua frente estava puxando se soltou vindo de encontro com a motocicleta do comunicante que não teve como frear a tempo pois estava próximo vindo a colidir na motocicleta causando lesão corporal grave no comunicante resultando na queda, que o comunicante foi socorrido por uma VTR da Polícia Civil que passava no momento do sinistro e deu socorro ao mesmo que foi encaminhado ao PSE local para procedimentos médicos.

Registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar.

Tabelionato de Notas e Protestos do IPR
FTIQUETA NO VERSO


WENDEL FERNANDES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA


VANDERLEI LIRA DE SOUSA
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) providência(a): _____		
Intimado para dia ____/____/____	as ____:____	Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____		
() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:		
_____, Data ____/____/____, Horário: ____:____		

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação 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.



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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724273

Vítima: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANDERLEI LIRA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: VANDERLEI LIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000001383-8

Conta: 000000822046-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Pag. 00787/00788 - carta_15R - INVALIDEZ

00050394



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZX6 JDLL2 CDVC4 SRJQR

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

1900128322	04/09/2019 16:21:07	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	TARDE 13-19	32
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
VANDERLEI LIRA DE SOUSA	25/10/1988	30 A 10 M 10 D		93091478220	
Tipo Doc	Documento	ArgAção Emissor	Data EmissAção	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	3176037	SSP RR		M	
Mãe		Pai			
PEDRA LIRA DE SOUSA					
EndereAço					
RUA - RODOVIA BR 174 - - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR					

Class. de Risco	Plano Convenio	N da Carteira	Validade	AutorizaAção	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA NÍCIO DE SAÁDE				
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedencia	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÁNCIA				
SelAor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
	DEMANDA ESPONTANEA				

Quixa Principal	☐ SAndrome Febril	☐ SintomÁtico RespiratÁrio	☐ Suspeita de Dengue
-----------------	--	---	---

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

PRESCRIAção	APRAZAMENTO	OBSERVAção
1) A V P e S IV	16/23	
2) SF 0,9 1.000 ml	16/23	SANDRA
3) T remediado 100-5) + SF 0,9 1.16/30		
4) 250 - 1		
5) 250 - 1		
6) 250 - 1		
7) 250 - 1		
8) 250 - 1		
9) 250 - 1		
10) 250 - 1		

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Exame Físico
Nota, Glasgow 15, abd.

Carimbo e Assinatura do MÃdico
Dr. Oscar E. Reis
Clnico Geral CRM-RR 1998
04 SET 2019



1900128322



PRESCRIÇÃO DIÁRIA





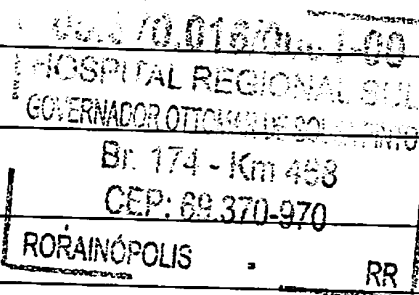
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: QUARTO: LEITO: 12 Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE: Venâncio Sérgio

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:



DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

05/01/2020

1) Dieta Comum

2) Sólido Líquido

3) Oxigenação 10p (12h) 17h.

4) Dor no abdômen 6h

5) Temperatura 37,0°C 12h

6) Mar. 11h

7) Curativo Amarelho

8) AC

R. 1 Bt6

com. 12h

com. 12h

RORAINÓPOLIS - RR

Br. 174 - Km 453
CEP: 69.370-970

06.

2h 06

32

m. T. elevado

curativo amarelho

24 06

hora	T.	P.	R.	PA
12	36,6	68	19	100%
18	36,3	72	20	100%
24	36,1	72	20	110%
06	36,1	52	20	110%





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

[illegible]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS7J 6TKFG UYMXU JS28K



SETOR:

QUARTO:

LEITO:

12

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0000-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
BORAINÓPOLIS - RR

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

07/09/29

Ch. R. L. L.

2) Self Selected

③ $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COO}^- + \text{H}^+$ (acid) (base)

(2) Return 2004(4) 66h SM

⑤ Flower in open W/2h

(6) Uterus ante partum

07/6

Paul B. H. Gold

Mr. David M. Mendenhall

a match

Time	T.	R.	S.	PA
12	36°	80	20	110x20
18	35.7	68	20	100x60
24	36°5	70	19	120x80
06	36°2	65	19	100x70





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: *Ortopedia* QUARTO: LEITO: *12* Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:
VANILDEI LIMA DE SOUZA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:
Marcelo ZEITOUNE

PRESCRIÇÃO:



RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM
<i>08/9/19</i>	<i>1) Dieta OMAL LIVRE</i>	
	<i>2) Suco de laranja</i>	
	<i>3) Ceftriaxona 1g IV em 12/12h</i>	<i>18h OBS</i>
	<i>4) Paracetamol 2ml IV 6/6h</i>	<i>12h 18h 24h OBS</i>
	<i>5) Temoxicilina 20mg IV com v.o. 12/12h</i>	<i>10h 24h OBS c/ pps</i>
	<i>6) Curativo de ferida cirúrgica</i>	<i>na ferida</i>
	<i>7) Sinais vitais 6/6h</i>	<i>Rotina</i>
	<i>8) Curativos gerais da enfermagem</i>	
<i>Eucalipto</i>	<i>Paciente em boa estado geral. Ativo. Sem queixas</i>	
	<i>relatos importantes no momento. Mantém atestado de trabalho</i>	
	<i>Prescrição de cura hospitalar para amputação.</i>	
	<i>Marcelo Zeitouné</i> <i>CRM/R 1794 TE-OT 0896</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: <i>Otorina</i>	QUARTO:	LEITO: <i>12</i>	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: <i>WIZ FERNANDO OLÍGIA DA SILVA</i>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: <i>Marcelo Testoune</i>			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM	
<i>08/9/19</i>	05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO Br. 174 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAINÓPOLIS - RR <i>(1) Dose da Linc</i> <i>(2) Sal Helaminico</i> <i>(3) Biotina 2ml em Bivido</i> <i>(4) Sinais vitais 6/6 Hs</i> <i>(5) Curativos Gerais de Greenough.</i>	HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
<i>Evolução -</i>	<i>Paciente submetido a reação incremental sob anestesia tópica -</i> <i>do 5º laboratório estrangeiro + controle fisiológico foi reação +</i> <i>emissão de esturdo. Paciente sem intercorrências. Conduta: Alta</i> <i>hospitalar com prescrição e orientações quanto a acompanhamento</i> <i>ambulatorial.</i>		
	Marcelo Testoune CRM 123456 ROR 123456789 Fono 123456789		





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>21/09/2019</u>	O.S. _____

Cláudia Lira de Sá

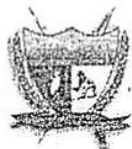
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Tratamento de DTA</u>
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo</u>	1º AUXILIAR: _____	
2º AUXILIAR: _____	INSTRUMENTADORA: _____	
3º AUXILIAR: _____	ANESTESIA: _____	
ANESTESISTAS: <u>Dr. Aldo</u>	ANESTÉSICO: _____	
INÍCIO: _____	FIM: _____	DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Realizado em sala de cirurgia de emergência
1) Laparoscopia de MIV
2) Retirada do corpo estranho
3) Sutura laparoscópica



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/07/19 O.S. _____

Charles Evans

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Este do fígado e FCL por C

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Despeço líquido e embolização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

05.370.016/0001
HOSPITAL REGIONAL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA
Br. 174 - Km 403

05.370.016/000-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 403
CEP: 69.370-970

CIRURGIÃO: M. C. Elvares 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: [Assinatura]
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Prezent în MMH pe la fiecare 2 MMH.
 2) Absența Anticorpilor MMH.
 3) Absența de depozite
 4) Lungă timp pentru a se realiza testele de laborator - Perioada de timp
 5) Prezent pe la plan
 6) Vârsta = peste 60 de ani MMH





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Vanderlei Lima de Souza				04/09/19	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Limpeza Cirurgica			INÍCIO	FIM	
			12:10	18:15	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Carlos		Dr. Claudio			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		Dr. Camila			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Lucete			
PO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Raqui					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
01	CATGUT SIMPLES N° 00			HORAS DE OXIGÊNIO	800
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	991
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	2A
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	300
	CATGUT CROMADO N°		01	XILOCAÍNA Bupivacaína	X
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		01	FLAXEDIL	80
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE cloridino	
	FIOS DE SEDA N°		02	PENTRANE	BC 78
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE Amp + sub	
06	MONONYLON COM AGULHA			ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE	
03	PÁRES DE LUVAS N°			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
01	AGULHAS			MERTHIOLATE	
20	COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
01	LÂMINAS PARA BISTURI		20ml	clorascidino	
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

ATENÇÃO ESCRVA NO VERSO SE NECESSARIO



D

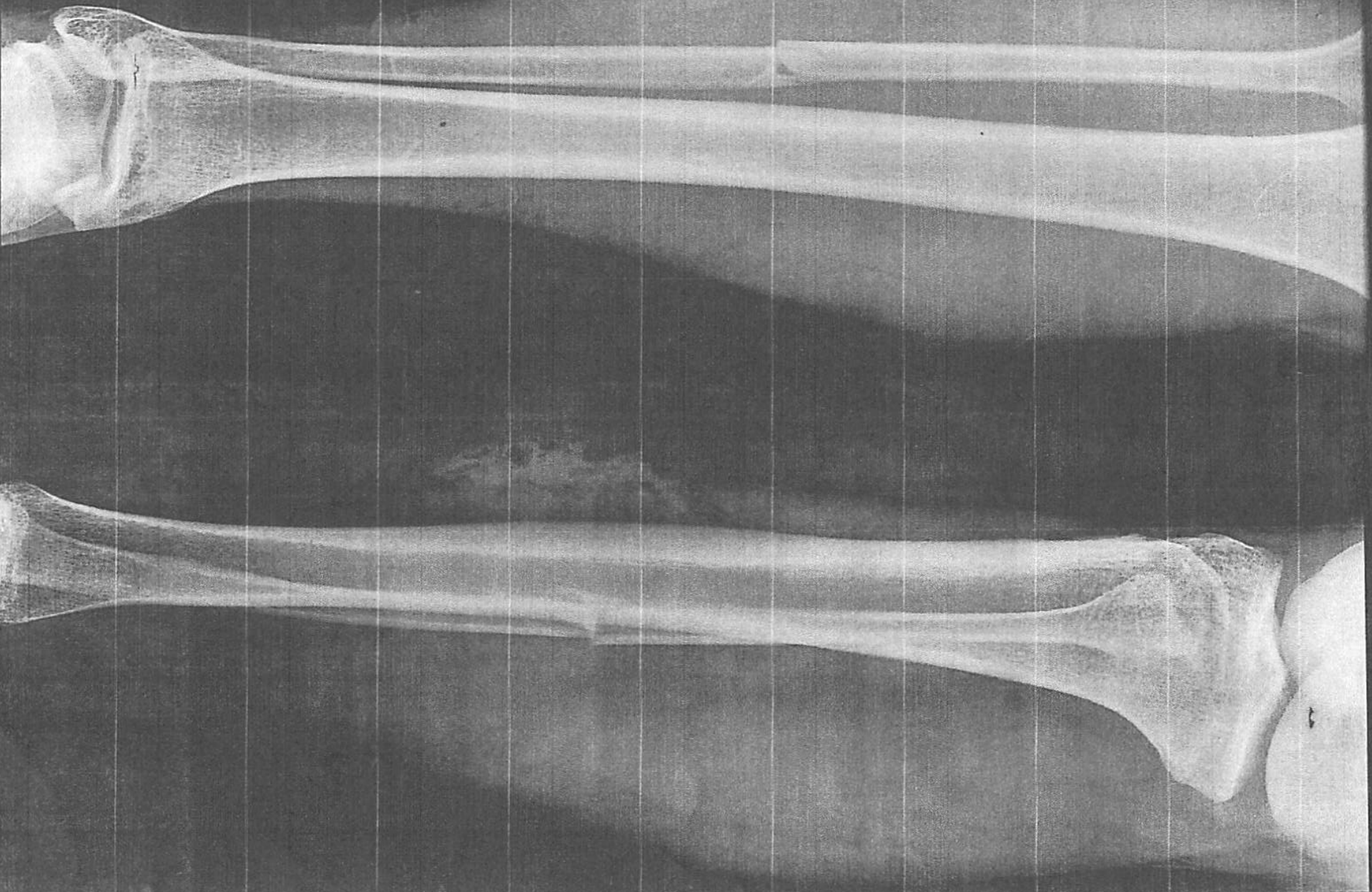
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSMP 3HN6T REJD9 WNRU



VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

49492
Masculino

25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO



10 30 14
VANDERLEI LIMA SOUSA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
04/09/2019

16 32 11
49491
Masculino

01 8 22
25/10/1988
TR OLIVEIRA ERINALDO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 930.914.782-20 4 - Nome completo da vítima: Vanderlei Lima de Souza

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

5 - Nome completo: Vanderlei Lima de Souza 6 - CPF: 930.914.782-20
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua: A0350, 00-32, lote: 34 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Parnaíba 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-373-000
15 - E-mail: fonsionascimento@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1383 8 CONTA: 0822046 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnaíba-RR, 20 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Vanderlei Lima de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)