

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FARNCISCO NETO COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000073573-9

Nr. da Autenticação C3F3CF41767EC7FF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200013220 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FARNCISCO NETO COSTA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQUERDO (LESÃO DE PARTES MOLES).
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA (EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/DESBRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDIO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6/8_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 73573 9

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 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.

Reito 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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val/nascor)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 09 de Janeiro 2020 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 036110/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2019 12:33

Data/Hora Fim: 18/10/2019 13:10

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/11/2018 11:00

Local do Fato

Município: Amajari (RR)

Logradouro: Vicinal Turco

Complemento: Trairão - Município de Amajari

Tipo do Local: Área Rural

Bairro: Área Rural

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FARNISCO NETO COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: CE - Boa Viagem

Sexo: Masculino

Nasc: 16/09/1971

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Leide Sousa Costa

Endereço

Município: Amajari - RR

Logradouro: Vicinal Turco

Complemento: FAZENDA 3 PODERES - TRAIÇÃO / AMAJARI

Telefone: (95) 99129-8538 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 659.506.152-04

Renavam 00140725091

Número do Chassi 9C2JC41209R059849

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 08/05/2009

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAZ6845

Número do Motor JC41E29059849

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Envolvimentos

Nome Envolvido

Farnisco Neto Costa

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Página 1 de 2

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 18/10/2019 13:10
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

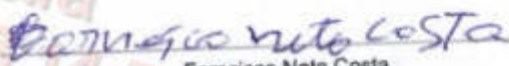
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036110/2019

O comunicante compareceu nesta Especializada para relatar que no dia, hora e local acima descritos, conduzia a motocicleta também já devidamente descrita acima, pela Vicinal Turco, quando se deparou com o veículo Pick-up Triton, cor Branca, Placa NAV-4747, na direção contrária; que o condutor do veículo, que é alugado para a Prefeitura de Amajari, invadiu a via que o comunicante trafegava, atingindo a motocicleta na altura do apoio dos pés, e com a batida o pneu da camionete chegou a furar. Que foi socorrido ao hospital de Amajari por terceiros. Que com acidente sofreu lesão corporal, fraturando o fêmur e a tibia. Que deseja representar criminalmente pelas lesões sofridas. Que nunca foi procurado pelo autor do acidente, tampouco pela Prefeitura. Que o registro é também para fins de seguro DPVAT.
É o relato.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042080169
Responsável pelo Atendimento


Francisco Neto Costa
(Vítima / Comunicante)

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

DA1

18 OUT 2019

ASINTE DE POLICIA
CONFERIDO

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
522	13-JAN-20	R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1020749	12/2019	R\$ 460,58

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correia Fontes

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 992.657.152, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Neto Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 643.251.052, 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Neto Costa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 643.251.052, 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. General Cidaide Tuve</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>liderboavista.pendencia@whfmaf.com</u>	Estado: <u>RR</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117.5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 09 de Janeiro 2020

Denilze Correia Fontes
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMAJARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DE: SAUW MUNICÍPIO: Amajari FICHA DE ATENDIMENTO
EQUIPE CONDUTOR: Marcelo ENFERMEIRO: Marcelo
TÉCNICO: Marcelo
Idade: 47 Sexo: ☒ M ☐ F
Nome: Francisco Neto Costa Raca: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Localidade: Ilheus / Vila Maraca
Data de referência: 21/06/2020 DATA: 17/06/20
Nº da Ocorrência: 21424 HORA DO ACIONAMENTO: 13:16
Médico (a) Regulador (a): Dr. Lima HORA CHEGADA NO LOCAL (HRS): 13:18
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO
MECANISMO DE LESÃO: ☐ AUTOMÓVEL ☐ VIOLÊNCIA ☐ OUTROS
AUTOMÓVEL: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro
VIOLÊNCIA: ☐ Agressão Física ☐ Espionamento ☐ FAP ☐ FAP ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual
OUTROS: ☐ Ac. De Trabalho Local ☐ Trajetado ☐ Queda, Altura sprux. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/anim ☐ Outros: Vitima de acidente de trânsito
Vias Aéreas: ☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia
Abolida: ☐ Ferida Aspirativa ☐ Hiperimpulso ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez
Arteriais: ☐ Arteriais ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia
AVON: ☐ ONV ☐ Miode ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado
SINAIS VITAIS ESCOSES: Hora: 13:18 P.A. mmHg: 140/80 F.C bpm: 85 F.R Mpm: 17 Sat O₂ %: 95 Temp.: 36.6
TAXA DE VARIACAO DE SINAIS VITAIS: 1 83 16 96
Pele: ☐ Cianótica ☐ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca
Cabeça: ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Ref. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração
Face: ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Ferimento ☐ Ferimento ocular
Tórax: ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfiamento Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações
Abdomen: ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Escoriações ☐ Lacerações
Membros: ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão
Pelve: ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade
Coluna Dorsal: ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade
MIE
HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença Coronária ☐ Doença Renal ☐ Doença Hepática ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Endócrina ☐ Doença Hematológica ☐ Doença Neurológica ☐ Doença Psiquiátrica ☐ Doença Oncológica ☐ Doença Autoimune ☐ Doença Infecciosa ☐ Doença Parasitária ☐ Doença Alérgica ☐ Doença Imunológica
Medicações em uso: ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC
AVALIAÇÃO CARDIACA: ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter ☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Pulmão ☐ Respiratória ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Perinatal ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC
ORIENTAÇÃO COMPROVAÇÃO: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ SEVERA ☐ FÓBICA ☐ INDETERMINADA
MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS: ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PIRE ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ OETRAN
Iniciada as: 13:18 RCP com sucesso ☒ RCP não realizado ☐ RCP não realizado ☐ OBS: Atendimento realizado
Termino as: 13:18 RCP com sucesso ☒ RCP não realizado ☐ RCP não realizado ☐ OBS: Atendimento realizado
Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR ☒ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Neto - HCM ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/IR - CR ☐ Hosp. Lote Irá - HLI ☐ Outros ☐ C. S. Jair da Silva Mota

Vendell Rabelo
Médico
CRM 1965

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

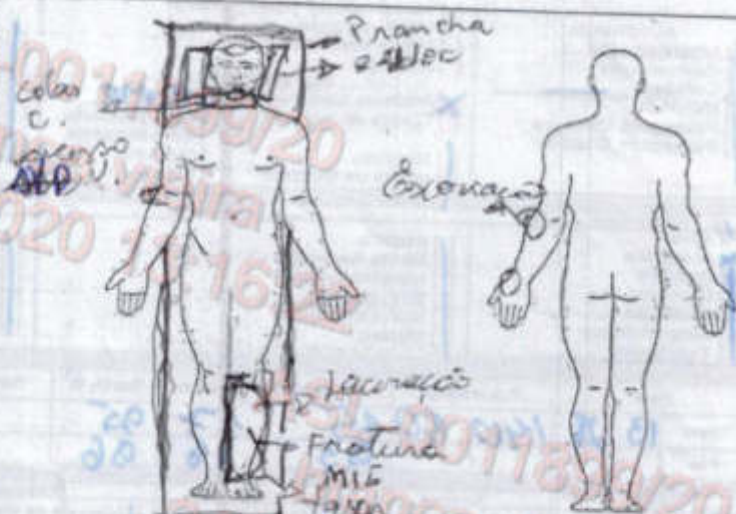
PERTENÇA DO PACIENTE
 Nome do Receptor: _____
 Função do Receptor: _____
 Assinatura do Receptor: _____
TERMO DE RECUSA
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:
 Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE
 IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____ BCF: _____
 () Com cartão () Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO
 2- RL - 500 ml
 4- RL - 250 ml

1. Abertura Contato (C)	Epistaxia	4 pontos
	Exatidão verbal	1 ponto
	Exatidão do relato	1 ponto
	Sede respiratória	1 ponto
2. Alterar Posição do Paciente (M)	Obediência e cooperação	1 ponto
	Localização	1 ponto
	Flexão normal (passiva)	1 ponto
	Flexão normal (ativa)	1 ponto
	Exatidão (passiva)	1 ponto
	Exatidão (ativa)	1 ponto
3. Resposta (M)	Colar	1 ponto
	Confiar	1 ponto
	Palpares (insensíveis)	1 ponto
	Sensibilidade (insensíveis)	1 ponto
	Sensibilidade (sensíveis)	1 ponto

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%
 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente por motocicleta, acamado, fratura
 em MIE Tibia. Orientado e em boas condições, acesso venoso
 MSD. Vítima no GTH, H.S.M. Procedimento Imobilização
 realizado pela equipe do GTH, H.S.M. Procedimento
 PA, Sol. FC, FR. NO Trocarista, mantendo estável, admi-
 nistração de RL no transporte, O mesmo relatava
 labios ressecados, pele fria, dor em MIE. Entregamos
 para a equipe plantonista no GTH.

Assinatura e carimbo do profissional



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **FRANCISCO NETO COSTA** retifica-se por **FARNCISCO NETO COSTA**, deu entrada no PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GT), no dia 17/11/2018 às 15horas e 16min, por motivo de (ACIDENTE DE MOTO), recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. De Atendimento: 1801036098

Boa Vista-RR, 29 de Novembro de 2019.



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

Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1801036098		17/11/2018 15:16:00		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		37	
Paciente: FARNCISCO FRANCISCO NETO COSTA				Data Nascimento: 16/09/1971		Idade: 47 A 2 M 1 D		CNS: 700009802569601		CPF: 64325105204	
Tipo Doc: Documento				Orgão Emissor: Data Emissão		Sexo: M		Estado Civil: NAO INFORMADO		Raça/Cor: PARDA	
IDENTIDADE: 492935				Mão: MARIA LEIDE SOUSA COSTA		Naturalidade: BOA VIAGEM - CE		Nacionalidade: BRASILEIRA		Prontuário: 00161574	
Endereço: RUA - SANTA LUZIA - 000 - CENTRO - AMAJARI - RR				Ocupação: NÃO INFORMADA							
Class. de Risco		Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis. Prenatal	
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento: URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Tempo		Peso	
Setor: GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.				Registrado por: ANA KARLA		Pressão	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC				TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Paciente relatou que ao sair de moto e cair, atingiu o abdômen, o abdômen de dor forte no mto. Nega sangria.											
Exame Físico											
PA = 110x80, FC 96, supine, sem alteração de mto.											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIQ-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
1) 1500 ml de soro fisiológico											
2) 100 mg de paracetamol											
3) 100 mg de clorfeniramina											
4) 100 mg de dipirona											
5) 100 mg de clorfeniramina											
6) 100 mg de dipirona											
7) 100 mg de clorfeniramina											
8) 100 mg de dipirona											
9) 100 mg de clorfeniramina											
10) 100 mg de dipirona											
11) 100 mg de clorfeniramina											
12) 100 mg de dipirona											
13) 100 mg de clorfeniramina											
14) 100 mg de dipirona											
15) 100 mg de clorfeniramina											
16) 100 mg de dipirona											
17) 100 mg de clorfeniramina											
18) 100 mg de dipirona											
19) 100 mg de clorfeniramina											
20) 100 mg de dipirona											
21) 100 mg de clorfeniramina											
22) 100 mg de dipirona											
23) 100 mg de clorfeniramina											
24) 100 mg de dipirona											
25) 100 mg de clorfeniramina											
26) 100 mg de dipirona											
27) 100 mg de clorfeniramina											
28) 100 mg de dipirona											
29) 100 mg de clorfeniramina											
30) 100 mg de dipirona											
31) 100 mg de clorfeniramina											
32) 100 mg de dipirona											
33) 100 mg de clorfeniramina											
34) 100 mg de dipirona											
35) 100 mg de clorfeniramina											
36) 100 mg de dipirona											
37) 100 mg de clorfeniramina											
38) 100 mg de dipirona											
39) 100 mg de clorfeniramina											
40) 100 mg de dipirona											
41) 100 mg de clorfeniramina											
42) 100 mg de dipirona											
43) 100 mg de clorfeniramina											
44) 100 mg de dipirona											
45) 100 mg de clorfeniramina											
46) 100 mg de dipirona											
47) 100 mg de clorfeniramina											
48) 100 mg de dipirona											
49) 100 mg de clorfeniramina											
50) 100 mg de dipirona											
51) 100 mg de clorfeniramina											
52) 100 mg de dipirona											
53) 100 mg de clorfeniramina											
54) 100 mg de dipirona											
55) 100 mg de clorfeniramina											
56) 100 mg de dipirona											
57) 100 mg de clorfeniramina											
58) 100 mg de dipirona											
59) 100 mg de clorfeniramina											
60) 100 mg de dipirona											
61) 100 mg de clorfeniramina											
62) 100 mg de dipirona											
63) 100 mg de clorfeniramina											
64) 100 mg de dipirona											
65) 100 mg de clorfeniramina											
66) 100 mg de dipirona											
67) 100 mg de clorfeniramina											
68) 100 mg de dipirona											
69) 100 mg de clorfeniramina											
70) 100 mg de dipirona											
71) 100 mg de clorfeniramina											
72) 100 mg de dipirona											
73) 100 mg de clorfeniramina											
74) 100 mg de dipirona											
75) 100 mg de clorfeniramina											
76) 100 mg de dipirona											
77) 100 mg de clorfeniramina											
78) 100 mg de dipirona											
79) 100 mg de clorfeniramina											
80) 100 mg de dipirona											
81) 100 mg de clorfeniramina											
82) 100 mg de dipirona											
83) 100 mg de clorfeniramina											
84) 100 mg de dipirona											
85) 100 mg de clorfeniramina											
86) 100 mg de dipirona											
87) 100 mg de clorfeniramina											
88) 100 mg de dipirona											
89) 100 mg de clorfeniramina											
90) 100 mg de dipirona											
91) 100 mg de clorfeniramina											
92) 100 mg de dipirona											
93) 100 mg de clorfeniramina											
94) 100 mg de dipirona											
95) 100 mg de clorfeniramina											
96) 100 mg de dipirona											
97) 100 mg de clorfeniramina											
98) 100 mg de dipirona											
99) 100 mg de clorfeniramina											
100) 100 mg de dipirona											

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Francisca Neto Costa

FX exposte fêmur + tibia (F) (D) lesão parts mals

Exame fin + ps

Dr. Marcos Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
Médico 1994

Dr. Vitor Poracat

AUTORIZAÇÃO

Francisco Neto Costa

Data: 17/11/18

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx expulso tórax + tórax (E) lesão parte m/s
 INDICAÇÃO TERAPEÚTICA: Fixador externo + traça transguleta (E)
 TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Vitor parvizi

1º aUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

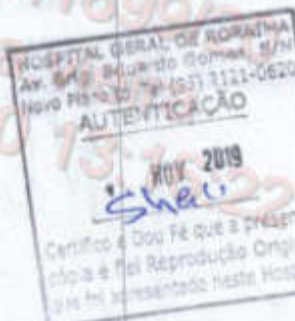
RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct DDH + anestesia

2- Limpie + luterio + campo stéril

3- Desencolamento do seio joelho e tórax (E), realizando LMC
 expansor + redeira + fixador externo de tórax + traça transguleta
 + controle radiológico + sutura + curativo

4- Não há mais unidade estéril, ferula, fixador externo
 de fêmur.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

FRANCISCO NESTO URSO CA, 47A

09.12.18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

amidoarolom 5 mg (10)

Amibonak 100 mg (10)

A	N	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45												E
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
LÍQUIDOS VENOSOS	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
ULSO	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
ANES	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
TEMP	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
ASPIR	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
PESP	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	
SÍMBOLOS	DA	340	320	300	280	260	240	220	200	180	160	140	120	E
	E	38	36	34	32	30	28	26	24	22	20	18	16	

ADJETIVOS	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Amidazolam 5 mg	Amidazolam 5 mg	Amidazolam 5 mg
B			
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			
AA			
AB			
AC			
AD			
AE			
AF			
AG			
AH			
AI			
AJ			
AK			
AL			
AM			
AN			
AO			
AP			
AQ			
AR			
AS			
AT			
AU			
AV			
AW			
AX			
AY			
AZ			
BA			
BB			
BC			
BD			
BE			
BF			
BG			
BH			
BI			
BJ			
BK			
BL			
BM			
BN			
BO			
BP			
BQ			
BR			
BS			
BT			
BU			
BV			
BW			
BX			
BY			
BZ			
CA			
CB			
CC			
CD			
CE			
CF			
CG			
CH			
CI			
CJ			
CK			
CL			
CM			
CN			
CO			
CP			
CQ			
CR			
CS			
CT			
CU			
CV			
CW			
CX			
CY			
CZ			
DA			
DB			
DC			
DD			
DE			
DF			
DG			
DH			
DI			
DJ			
DK			
DL			
DM			
DN			
DO			
DP			
DQ			
DR			
DS			
DT			
DU			
DV			
DW			
DX			
DY			
DZ			
EA			
EB			
EC			
ED			
EE			
EF			
EG			
EH			
EI			
EJ			
EK			
EL			
EM			
EN			
EO			
EP			
EQ			
ER			
ES			
ET			
EU			
EV			
EW			
EX			
EY			
EZ			
FA			
FB			
FC			
FD			
FE			
FF			
FG			
FH			
FI			
FJ			
FK			
FL			
FM			
FN			
FO			
FP			
FQ			
FR			
FS			
FT			
FU			
FV			
FW			
FX			
FY			
FZ			
GA			
GB			
GC			
GD			
GE			
GF			
GG			
GH			
GI			
GJ			
GK			
GL			
GM			
GN			
GO			
GP			
GQ			
GR			
GS			
GT			
GU			
GV			
GW			
GX			
GY			
GZ			
HA			
HB			
HC			
HD			
HE			
HF			
HG			
HH			
HI			
HJ			
HK			
HL			
HM			
HN			
HO			
HP			
HQ			
HR			
HS			
HT			
HU			
HV			
HW			
HX			
HY			
HZ			
IA			
IB			
IC			
ID			
IE			
IF			
IG			
IH			
II			
IJ			
IK			
IL			
IM			
IN			
IO			
IP			
IQ			
IR			
IS			
IT			
IU			
IV			
IW			
IX			
IY			
IZ			
JA			
JB			
JC			
JD			
JE			
JF			
JG			
JH			
JI			
IJ			
JK			
KL			
JM			
JN			
JO			
JP			
JQ			
JR			
JS			
JT			
JU			
JV			
JW			
JX			
JY			
JZ			
KA			
KB			
KC			
KD			
KE			
KF			
KG			
KH			
KI			
KJ			
KL			
KM			
KN			
KO			
KP			
KQ			
KR			
KS			
KT			
KU			
KV			
KW			
KX			
KY			
KZ			
LA			
LB			
LC			
LD			
LE			
LF			
LG			
LH			
LI			
LJ			
LK			
LM			
LN			
LO			
LP			
LQ			
LR			
LS			
LT			
LU			
LV			
LW			
LX			
LY			
LZ			
MA			
MB			
MC			
MD			
ME			
MF			
MG			
MH			
MI			
MJ			
MK			
ML			
MM			
MN			
MO			
MP			
MQ			
MR			
MS			
MT			
MU			
MV			
MW			
MX			
MY			
MZ			
NA			
NB			
NC			
ND			
NE			
NF			
NG			
NH			
NI			
NJ			
NK			
NL			
NM			
NN			
NO			
NP			
NQ			
NR			
NS			
NT			
NU			
NV			
NW			
NX			
NY			
NZ			
OA			
OB			
OC			
OD			
OE			
OF			
OG			
OH			
OI			
OJ			
OK			
OL			
OM			
ON			
OO			
OP			
OQ			
OR			
OS			

Ortopedia

04/12/18

Paciente: Francisco Neto Costa

H.I.D. Jéssica Estensson de Azevedo Peron (E)

Procedimento: Cirurgia de Limfangioma + Ressecção

Limfangioma: No Membro Superior
Dr. Marcos Brunner R2
Dr. Odinachi R1

Plano de Trabalho

- (1) Pagamento de V.D.H. sob anestesia
- (2) Anestesia e Sepsis
- (3) Colocação de campos estéril
- (4) Ressecção de tecido não vitalizado
- (5) Lavagem Membro exaustiva
- (6) Curativos
- (7) R.P.A.

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 122.112



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



CADASTRO DE PACIENTE

Paciente: **FARNCISCO NETO COSTA** Prontuário: **00161574** Localização:
Data de Nascimento: **16/09/1971** Idade: **47 A 5 M 28 D** Sexo: **MASCULINO** CPF: **643.251.052-04** C.N.S.: **700009802569601**
Documento: **IDENTIDADE** Número: **492935** Orgão Emissor: Emissão: Parceiro: **NyO**
Estado Civil: **NAO INFORMADO** Cônjuge: Escolaridade: **NAO INFORMADO**
Raça/Cor: **PARDA** Etnia: Naturalidade: **BOA VIAGEM - CE**
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Ocupação: **NÃO INFORMADA**
Mãe: **MARIA LEIDE SOUSA COSTA** Pai: **JOSE COSTA**
Endereço: **RUA: SANTA LUZIA Nº: 000 Compl: Bairro: CENTRO Cidade: AMAJARI - RR CEP: 69343000**
Contatos - Residencial: Trabalho: Cel1: Cel2:
e-mail: Data do Cadastro: **16/11/2017 23:34:04** Alterado em: **14/03/2019 17:22:24**

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

BLOCO/LEITO:

FRANCISCO NUNO COSTA

340

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/09/19
ALTA: 10/10/19

DATA DA

IMPRESSÃO CLÍNICA:

BOA evolução no pós-op de Pseudom
proteção de D310 (C).

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO:

Monitor de Função

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

BOA evolução

TRATAMENTOS REALIZADOS:

OSFOTASSINASE em 01/10/19

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

BOAS

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

Pseudomiose de D310

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Não pisa, DIPNofloxona e
Chinacrina, Casos mais de

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Carlos Henrique de Souza
Cirurgião Plástico
CRM 12003



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCO NETO COSTA

LUIS MONICO

♂ 48 anos

FRACTURA DE FÊMUR @ +

FRACTURA DE TÍBIA @. ACHOU COM

CONSOLIDAÇÃO EM UNO DO FÊMUR

e PSEUDOTUMOR DE TÍBIA @, OPERADO

em 01/10/19. APRESENTA LIMITAÇÃO

FUNÇÃO DE GATOS COM ENCURTAMENTO

DE APROX 10CM. NÃO TEM CONSILIAÇÃO

DESPORRADA SUAS ATIVIDADES NO MOMENTO

SUBINO 120 DIAS DE AMBULATÓRIO

DATA: 18/10/19

1932

ASSINATURA DO MÉDICO

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 - Pto. de Vista

Dr. Wilson Franco Rodrigues
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 1617



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

340

Nome: FRANCISCO NUNO COSTA

uso oral

① CIPROFLOXACINA 500 mg
7p 12/17h 10 dias

② CLINDAMICINA 300 mg
7p 8/18h 10 dias

③ DIFENHIDRAMINA 500 mg - 4p 6/6h
retorno 19/11/19

13:30L HCA

DATA: 18/10/19

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 - Pintolândia

ASSINATURA RIMBO

Dr. Wilson Franco Rodrigues
Cirurgião Geral
Especialidade: 12009

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:16:22



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

Nome: Francisco Nery Costa

uso oral

① ciprofloxacino 500mg
7p 12/17h 10 dias

② clindamicina 300mg
tomar 2p 8/18h 10 dias

③ dipirona 500mg - 1p 6/6h
retorno 19/11/19

13:30L

HCM

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 18/11/19

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 - Pintolândia



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco Neto Costa, 47 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17.11.18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur + fratura Esquerda
NO DIA 10.04.19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossintese de fêmur E SENDO
OPERADO PELO DR. Alister E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26.4.19, ÀS 12:00, EM
BOA ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 7.5.19, ÀS 14h00, COM O
DR. Alister

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.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. M. Amador

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1884

BOA VISTA, 26.4.19

MÉDICO

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47

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

NOME
DENILSE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAE
3142655 SSP-RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FLACAO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
3

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITACAO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denise Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

905314502

PROBISIO PLASTIFICAR

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:18:47



ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12



ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12



ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12

ASL-0011899/20
bianca.vieira
24/06/2020 13:17:12

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Neto Costa
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Agricultor RG: 442935 CPF: 643.251.052-04
ENDEREÇO: Av. General Ataíde Teive 2748 Liberdade
VÍTIMA: Francisco Neto Costa
CPF: 643.251.052-04 DATA DO ACIDENTE: 17/11/18
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista, RJ, 31 de Agosto de 20 19

Francisco Neto Costa
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
de FRANCISCO NETO COSTA
FIDELIDADE em testemunho João da verdade Boa Vista, 31/08/2019
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10
Selo: REC FIR 1583454 GNF 881 MLF 0 GON 11
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>
CPF Solicitante: 64325105204

Thays
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro