



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Magno Souza de Araujo
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Vigilante RG: 205940 SSP/RR
CPF: 692.472.342-04 Endereço: Rua Boa Esperança
Nº: 279
Bairro: Belém CEP: 69300-000 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99111-2262 E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 06 de Agosto de 2020.

MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Magno Souza de Araújo
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO Vigilante
RG nº. 25940
CPF/MF nº. 682.472.342-09
ENDEREÇO: Rua Boa Esperança, 279, Centenário
Cep 69.300-000

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 06 / de Agosto de 2020.

MAGNO SOUZA DE ARAÚJO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODORICO CRUZ



Polgar Direito



MANOEL SOUZA DE ARAUJO

ARTFIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 205940 18/09/2015

NOME
MAGNO SOUZA DE ARAUJO

COGNOME
MANOEL ARAUJO DE OLIVEIRA

MARIA DE SOUZA SILVA

NACIONALIDADE
CARACARAÍ - RR 14/09/1981

CERTO NASC 22816 FLS 231-V LIV A-20
1 OF BOA VISTA-RR

692.472.342-04 2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IOC

7.116 DE 22.09/83

P 1



TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o 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 garantidos, 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. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL TRABALHO: HTTP://TRABALHO.GOV.BR	

MINISTÉRIO DO TRABALHO	
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
NÚMERO	PIB-PASEP
2247279	126.58617.66-8
SERIE	UF
0060	RR
ASSINATURA DO TITULAR	
<i>Andre Carlos Israel</i>	
COLÉCAR DIREITO	
	
	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
PAULO SERGIO RODRIGUES DOS SANTOS	
FILIAÇÃO.....	SABINA RODRIGUES DOS SANTOS ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
NASCIMENTO.....	25/08/1978
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO
NATURALIDADE.....	MANAUS - AM
DOCUMENTO.....	R.G. - 143512 - 21/03/2019 - SESP - RR
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....	508.772.242-34
TIT. ELEITOR:	CNH.....
LOCAL DE EMISSÃO: SINE - BOA VISTA - SINE MECEJANA	SEÇÃO:
DATA DE EMISSÃO.: 22/03/2019	ZONA:
 MAGNO PILON DELLA-FLORA Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR ASSINATURA DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA DO EMISSOR	

03

1. E G E N D A

3. OSMANTO | 4. DIVÓRCIO | 5. RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | 6. DATA DE NASCIMENTO

8. SP. ID. CH. | 9. ADOÇÃO | 10. MUDANÇA DE NOME



Matrícula: 722880

Julho/2018

Ciente:

MANOEL ARAUJO DE OLIVEIRA

Endereço do imóvel:

RUA BOA ESPERANÇA, 279 - CENTENARIO BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição 001.026.080.0240.000 Rota 15 Seq.Rota 3027 Economias RESIDENCIAL 1

Hidrometro NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água CORTADO

Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 10 0
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201806 10-0
201805 10-0
201804 10-0
201803 10-0
201802 10-0
201801 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor			Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição		
			DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.		
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	178	178	178	178	178
CONFORMES	149	178	178	178	178

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2018

6,19

VENCIMENTO: 15/08/2018

TOTAL A PAGAR

30,02

AVISO: EM 31/05/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 18/07/2018 14:54:18



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
722880	07/2018	15/08/2018	30,02

82690000000- 9 300 20004001- 6 00072288001- 0 07201850003- 2



Via do CAER





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6237/2020 - Registrado em: 08/07/2020 às 12h 29min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 07/10/2019 às 06h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CENTRO CIVICO

Nº: S/N

CEP: 69000-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MAGNO SOUZA DE ARAUJO(38), nascido(a) em 14/09/1981, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de VIGILANTE, CPF Nº 692.472.342-04, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de MARIA DE SOUSA SILVA e MANOEL ARAUJO DE OLIVEIRA, endereço: BOA ESPERANÇA, cep: 69300-000, Nº. 279, bairro: CENTENARIO, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99111-2262.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ C100 BIZ ES, CHASSI 9C2HA07102R051510, DE PLACA NAL2247, DE PROPRIEDADE DE EDSON RODRIGUES MACHADO, NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO AO FAZER A ROTATORIA QUE TEM UMA CURVA LOGO EM SEGUIDA PERDEU O EQUILÍBRIO DA MOTO OCORRENDO ASSIM A QUEDA AO CHÃO, QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU FRATURA NA MÃO ESQUERDA, O MESMO INFORMA QUE FOI PARA CASA APÓS O ACIDENTE E NO DIA 08/10/2019 DEU ENTRADA NO HGR ALEGANDO QUE ESTAVA COM MUITO DOR E COM DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR A MÃO ESQUERDA. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRICULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE


MAGNO SOUZA DE ARAUJO
COMUNICANTE

...: Guia de Atendimento 1 / ...

Reclassificação: Ente
☐ Vermelho
☒ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:
 09110

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

1ª Classificação	Reclassificação
VERDE	() Vermelho
	() Laranja
	() Amarelo
	() Verde
	() Azul Ass.:

Reclassificação _____:

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.:

Reclassificação: **Enfermagem**
 () Vermelho
 () **Amarelo**
 () Verde
 () Azul Ass.: **09/10**

08/10/2019 13:40:57		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		115	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
MAGNO SOUZA DE ARAUJO		14/09/1981		38 A 0 M 24 D		701206065302814		69247234204	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		205940		SSP/RR		14/09/1981		M	
Mãe		MARIA DE SOUZA SILVA		Pai		MANOEL ARAUJO DE OLIVEIRA		Contato	
Endereço		RUA - BOA ESPERANCA - 279 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR						(95) 99133-6545	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização	
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						36.50	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Peso	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA						Pressão	
								110 x 90	
								Registrado por.	
								KERYLEN.LORRAYNA	

Queixa Principal

DOR e INCHAÇO EM MÃO E, APÓS ACIDENTE DE MOTO ONTEM;

Anamnese de Enfermagem
NEGA HAS e DM; NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

GSC	TOTAL
AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente relata trauma ontem, evoluiu com
edema de mão (E).

Exame Físico

Dificuldade para movimentar mãos (E) 1º
quodático sem movimento.

Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Dexametasona 10mg Dupinona 1g (SV)	15/05/2010 Patricia O. de Lima F. de Enfermagem CRF 776.769	

100

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☒ Alta a Revelia

☐ Transferência para: ortopedica

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: ronilson

Data Hora: 08/10/2019 13:49:47

054 - Injeção em Saude
Vol. 42,50 - 01.08.92

10.1025/5.252:8888/IS4/IS4/64AD4CFE-5EC5-4A18-8080-93D05E9C3C03.html

[illegible]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

1/1

Trauma fechado em 

Ao Ex: Dor em região da
base do MTC  (40)

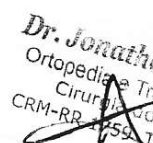
Rx perf/ polegar

Rx: Frot articular
da AMEF 7.


Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 1259 TEOT 14272

Ch Tala +

Internação


Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 1259 TEOT 14272



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 16/08/2019 DN: _____

PACIENTE: Wagner Sampaio Araújo

DIAGNÓSTICO: Wagner Sampaio Araújo

ALERGIAS: _____ HAS _____ DM2 _____

IDADE: _____ LEITO _____ DATA _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SUS
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	MONITOR
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Membro Superior
CRM/RR 17447 TEOT 14203

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO: _____

CONDUTA: _____

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: _____

PREVISÃO DE ALTA: _____

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temperatura
6 H	120x80	50		
12 H				
18 H				
24 H	110/70	59	24	36,1°C

Edirleide Soares
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.026-TEC

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Técnico de Enfermagem
COREN/RR 001.026-TEC

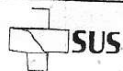
PA: 110 x 70
FC: 69
T: 36,2°C

Thaílyta Paes de Campos
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 629708

BLOCO A

Anexo I

Altp: 10110118



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Magro Souza de Araújo

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701206065302814

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/09/81

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175842

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Souza Silva

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Boa Esperança, 279, Centenário

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RN

16 - CEP

59312505

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Frad 1º MTC (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fto crurg

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EF + Dx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Frad MTC

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

08/10/19

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/10/19

0308010019

5623 T068

u498

B/E

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Magnus Augusto Coraça</i>		16/08/2019	
DIAGNÓSTICO:			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA <i>9/10/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV <i>SN</i>		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO : # CONDUTA : # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :			

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x80	63		36,6
18 H	120x74	66		37,2
24 H	120x80	64		36,6

Dr. Marcos Antônio
Médico Assistente
CRM-RR 1995

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Poliana P. de Medeiros
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 331737

FR. Beth Dalgado G. G. Costa
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 000967622-TE

M. Amélia de S. Ag.
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 001.678-1

Realizado visita e orientações
PCTE BEG () REG () MEG ()
acompanhado S () N ()
CI () SI () Aqueixas. SpO₂ 98
FC 64

Tarcia
Enfermeira
COREN-RR 231.373

06hs. SSVV
120x70
57
86,7
Kézia da Conceição Costa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 628.963

NL 13 BE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: MAGNO SENZA DE ANAULO		16/08/2019	
DIAGNÓSTICO: FRATURA DO 1º MTC (E)			
ALERGIAS: Ø		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SN	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGUMAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	DIÁSTOLAS
6 H				
12 H	130x90	69	36.5	114 mg/dl
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/PR

12:00

Daniela Reges de Melo
Téc. Enfermagem
COREN-RR 509.886

Iran R. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.883

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. GOMES DE OLIVEIRA
Novo Plano 10 - 1º ANDAR
AUTENTICAÇÃO
REF. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcos Souza Almeida, 38 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Rx de Bennett

NO DIA 15/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 16/10/19 ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 05/11/19 ÀS 7:00, COM O
DR. Vitor Montenegro

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. U. Almeida

Dr. Pedro de A. Paiva
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12.345

BOA VISTA, 16/10/19

MÉDICO



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 4

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29036>

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, conforme a 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, ANUIDADE, 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 LAVAGEM DE DINHEIRO PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleir Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do seguro

Magno Souza de Magno inscrito (a) no CPF sob o nº 692.972.342-04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Magno Souza de Magno

inscrito (a) no CPF sob o nº 692.972.342-04 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a recusa 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	Endereço	Número	Complemento
Rua: <u>Antônio Pinheiro Galvão</u>		<u>1832</u>	
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69309-209</u>
E-mail: <u>gleir@bolmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5868</u>	

Local e Data:

Boa Vista - RR, 22/07/2020

X

Assinatura do Declarante



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: 692.472.342-04 4 - Nome completo da vítima: Magno Souza de Araujo

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

5 - Nome completo: Magno Souza de Araujo 6 - CPF: 692.472.342-04
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua. Boa Esperança 9 - Número: 279
11 - Bairro: Centenário 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - e-mail: dleiruv@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (96)988404.5368

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: ☒ R\$ CUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 064693 -

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER 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 discordar 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vênus)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar 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

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, _____

Boa Vista - RR, 22/07/2020

MAGNO SOUZA DE ARAUJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200264817

Vítima: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAGNO SOUZA DE ARAUJO

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 uma das mãos 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: MAGNO SOUZA DE ARAUJO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 00000064693-0

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



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

