



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

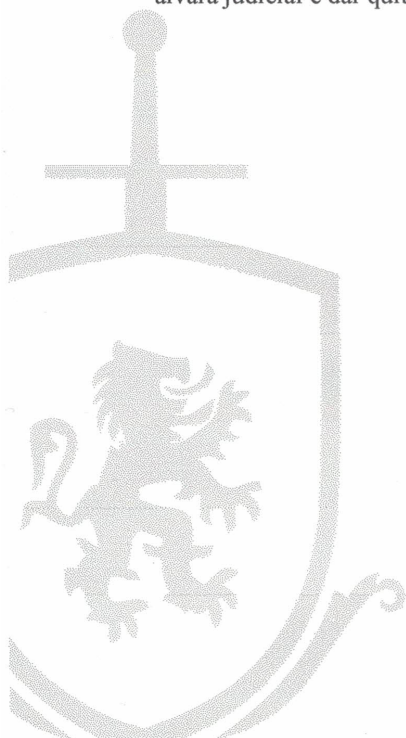
Eu **JHOANNY JOSÉ MORENO PEREZ**, portador (a) da Cédula de Identidade nº CIE F044285G, Venezuelana, Solteira, Refugiada, inscrito no CPF: nº 707.262.842-89, residente na AV: Bento Brasil, nº 248, Bairro: Centro, Boa Vista- RR CEP 69.3301-050, Tel.: (95) 98404-0415 (what).

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 04 DE MARÇO de 2020.


JHOANNY JOSÉ MORENO PEREZ



Rua Prof. Agnelo Bittencourt, 335 – Centro, Boa Vista-RR

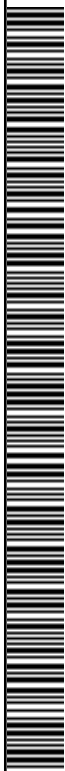
“Faz-se traça em favor das que não podem defender-se”

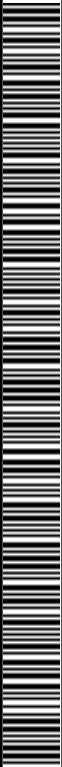


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYB2 ES7U7 HC8GJ Y5J3A



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYB2 ES7U7 HC8GJ Y5JSA







Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0126055-3

Nº da Nota Fiscal
4700695

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (p/ cidadã)
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002. FICAM*

CONTA MÊS
FEVEREIRO/2020

VENCIMENTO
26/03/2020

CONSUMO (kWh)
277

TOTAL A PAGAR (R\$)
254,75

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 21266
Anterior: 20989
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 277
Consumo faturado: 277

DATAS DA LEITURA

Atual: 26/02/2020
Anterior: 29/01/2020
Próxima leitura: 26/03/2020
Emissão: 21/02/2020
Apresentação: 26/02/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFÁSICA
Número Medidor: 1470600002
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: N 1624688

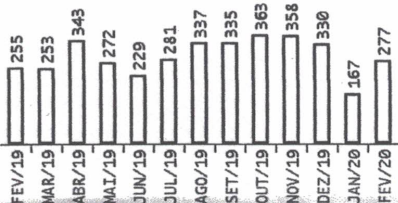
DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	277 A R\$ 0,765725 =	212,10
CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00		0,33
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00		6,03
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00		1,53
DIJOS DE MORA POR ATR 11/19-00		0,35
MULTA POR ATRASO 11/19-00		5,48
DIJOS DE MORA DE IMPO 11/19-00		3,83
ILUMINACAO PUBLICA		25,10

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 277 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Mês	Consumo (kWh)
FEV/19	255
MAR/19	253
ABR/19	343
MAY/19	272
JUN/19	229
JUL/19	281
AGO/19	337
SET/19	335
OUT/19	363
NOV/19	358
DEZ/19	330
JAN/20	167
FEV/20	277

Média 12 meses: 293

! MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS

DEBITOS JA REAVISADOS

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$ 419,24 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.
Mes/Ano Valor R\$
12/2019 419,24
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

BAAB-11C1-B9C5-61ED-7C10-FEFE-3C4B-81D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	114,50	Encargos:	6,40
Distribuição:	50,15	Tributos:	40,97
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

	ALÍQUOTA	VALOR
Base de Cálculo:		212,10
ICMS:	17,00%	36,06
PIS:	0,41%	0,87
COFINS:	1,91%	4,05

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			FIC			DMC	DMCI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	4,90			3,00			3,37	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração:	12/2019		EUSD:	99,46

RDT: 12.001.02.11.603050

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$
254,75

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
26/03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4700695

FCAM*

83670000002 6 54750075000 5 00000000126 3 05530220008 8



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: PJ829 PJVUJ 52CQF 7C3B3



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **JHOANNY JOSÉ MORENO PEREZ**, portador (a) da Cédula de Identidade nº CIE F044285G, Venezuelana, Solteira, Refugiada, inscrito no CPF: nº 707.262.842-89, residente na AV: Bento Brasil, nº 248, Bairro: Centro, Boa Vista- RR CEP 69.3301-050, Tel.: (95) 98404-0415 (what).

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 04 DE MARÇO de 2020.


JHOANNY JOSÉ MORENO PEREZ



Rua Prof. Agnelo Bittencourt, 335 – Centro, Boa Vista-RR

“Faz a tua voz em favor dos que não podem defender-se”





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

ADITAMENTO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência: 1171/2019		Data: 08/10/2019	Hora: 16h30min
Nome: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ		Alcunha:	
Identidade: F044285-G Polícia Federal		CPF:	
Endereço: Av. Maranhão		Bairro: Centro	
Ponto de Referência: Próximo da Panificadora Pão de Ouro			
Cidade: Mucajá	Estado: RR	Telefone: 98404-0415	
Nacionalidade: Venezuelana	Naturalidade: Cantaura	Estado: Anzoátegui	
Filiação: José Antônio Moreno Obando e Nancy Coromoto Perez Moreno			
Profissão: Diarista	Data de Nascimento: 17/03/1989	Idade: 30 anos	
Estado Civil: Solteira	Grau de Instrução: Técnico em Administração		
Cor/Raça: negra			
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR			
Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima - Lesão Corporal		Código: 1001	
Nome/Autor: Aline Correia – Fone 99159-9906			
CPF/RG: 3385507 SSP/RR – CPF 041.910.752-50		Filiação: PJ	
Endereço: Rua Deusdete Soares Medrada, nº 26 – Bairro Sagrada Família – Mucajá/RR			
Local da Ocorrência: Av. Nossa senhora de Fátima – Rotatória com a Av. Firmino Azevedo - Centro – Mucajá/RR..			
Senhor Delegado, Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajá, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE na terça-feira dia 01/10/2019 por volta 14h30min trafegava de bicicleta na via lateral da Av. Nossa Senhora de Fátima (sentido Mucajá/Iracema); QUE ao chegar na rotatória da Av. Firmino Azevedo, ela foi atropelada por uma motocicleta; QUE foi socorrida por populares até o Hospital de Mucajá e em seguida encaminhada para o HGR em Boa Vista; QUE no hospital de Mucajá a condutora da motocicleta (Aline Correia) conversou com a mãe da comunicante e falou que a comunicante poderia procurar ela depois para conversarem; QUE na ocasião ela forneceu seu telefone (99159-9906); QUE na sexta-feira dia 04/10/2019 a comunicante procurou a Aline (via telefone), entretanto Aline não quis mais conversar nada com a comunicante; QUE em decorrência do acidente sofrido a comunicante teve uma fratura no braço esquerdo. Era o que tinha a comunicar.			
 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matricula n.º 42000285		 JHOANNY JOSE MORENO PEREZ Comunicante	
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO PREVISTO NO ART. _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____		Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	

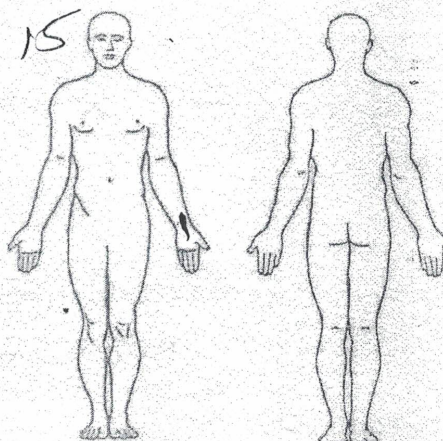
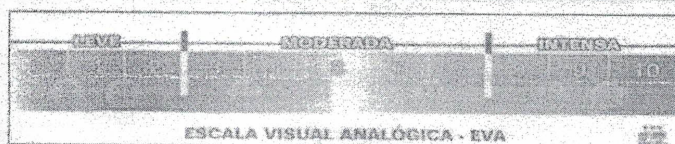


PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU192 / MUCAJÁ	
FICHA DE ATENDIMENTO	
Unidade: <u>Samui</u>	Equipe: <u>Marlene +</u>
Paciente: <u>Jhoanny Loreno</u>	Idade: <u>30</u> Sexo: <u>F</u>
Endereço: _____	
Nº <u>16845</u> DATA <u>01/10/19</u>	
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO	HORA SAÍDA: _____ HORA CHEGADA: _____
MECANISMO DE TRAUMA	
AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motocicleta ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto ☒ Carona ☐ Condutor ☐ Carona ☒ Bicicleta ☐ moto ☐ Condutor ☐ passageiro
VIOÊNCIA ☐ FAF ☐ FAF ☐ Espionamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros: _____	
OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: _____ ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros: _____	
AVALIAÇÃO INICIAL	
Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Anosmia ☐ Outros: _____	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Melezes ☐ Perda Aspirativa
Circulação ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	
Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentamente alcoolizado ☐ DNV	
SINAIS VITAIS E ESCORES	
Hora: _____	P.A. mm/Hg: <u>110x80</u> F.C bpm: <u>92</u> F.R Mpm: _____ Sat O ₂ %: <u>100</u> T. °C: _____
Inteto: _____	Exo. visual anal. EVA "DOR": _____
Fim: _____	Glicemia: _____ Trauma: _____ APGAR: _____
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
Pele ☐ Conda ☐ Queda ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cicatriz	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ For. Penetrante
Faco ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Eritema Sub-Cutâneo
Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor
Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura ☐ Amputação	
AVALIAÇÃO CARDÍACA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutua	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular	☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra
HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ HAS	☐ Alergias ☐ Outros
GRAVIDADE COMPROVADA	
☐ ILESO ☐ SEVERA	☐ ABORTO ☐ EQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO
INCIDENTE	
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local	☐ MULTIPLOS MEIOS AÇIONADOS ☐ Guarnição Municipal ☐ SAMU ☐ Bombeiro ☐ Outros
RCF	
☐ Iniciada em: _____ ☐ Término em: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.: _____	☐ DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
DESTINO	
☒ Atendido no local ☐ Reuma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros

Assinatura e Carimbo Médico (U)
Karmen Kendra M. Marques
GR. Geral / Gineproctologia
GR. ROE 5850/664
CRM/RR 1512

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	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" nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	
GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [] Com cartão [] Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO

ESCALA DE COMA DE GLASSOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Menores de 8 anos	Escala	Resposta verbal	15 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	3		≥ 36	2	
Resposta verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta motora	01 - 05	1	
	Orientado	Resposta	5		0	0	
	Confuso	Comando imediato	4		> 35	4	
Resposta motora	Resposta inapropriada	Comando a dor	3	Resposta motora	20 - 25	3	
	Sinal de grimace	Grimace a dor	2		16 - 19	2	
	Paralisia	Resposta	1		01 - 15	1	
Resposta motora	Obediência voluntária	Movimentos espontâneos	6	Resposta motora	16	0	
	Localiza a dor	Resposta ao toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Resposta a dor	4		11 a 13	4	
Resposta motora	Flexão anormal	Flexão normal	3	Resposta motora	8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		6 a 7	2	
	Paralisia	Paralisia	1		3 a 5	1	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

COLISÃO MOTO - BICICLETA. PCT. APRESENTA FRATURA FERMADA EM REGIÃO DISTAL DE RÁDIO (C).

Dr. Rafael de Freitas
CRM-RR 2020



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO



GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 06/10/2019

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA (☒) AMARELO () VERDE () AZUL

Hora: 14:43

Nome: Joanny Moreno Idade: 30

End.: Rua Marlene Araújo Nº _____ Bairro: Centro Cidade: _____

D.N.: 19/103/89 Sexo: F Naturalidade: Venezuela

CPF: _____ RG: _____ Órgão: _____

Mãe: Nancy Perez

Pai: _____

CNS: NÃO TEM

Estado Civil: _____ Conjuge: _____

PA: <u>193x100 mmHg</u>	FR: _____	SPO2: _____	TAX: _____
F.C: _____	DX: _____	TAX: _____	PESO: _____

84.013.110/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
Mucajai - RR
Telefone: (CEP 69340-000)

CONFERE COM ORIGINAL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente deu entrada nesta unidade com história de acidente de trânsito, com suspeita de fratura em braço esquerdo.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Acidente de trânsito - nota no 70 min
Paciente apresenta dor intensa em
art. ombro esquerdo
- DILORNO 25 @
RX art. ombro esquerdo
Dr. Rafael de Freitas
CRM-RR 2020

OBSERVAÇÕES

LEFRATURA FECHADA RÁDIO @

Responsável pelo paciente (se menor)



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sra. **JHOANNY JOSE MORENA PEREZ, RG. Nº 19.390.738** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (**GRANDE TRAUMA**) no dia **01/10/2019 às 16h e 39min**, por motivo (**ACIDENTE DE BICICLETA**), *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1901168655.*

Boa Vista-RR, 08 de NOVENBRO de 2019.

ESTADO DE RORAIMA



Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes – 3308, aeroporto
CEP:69310-005 Boa Vista - Roraima – Brasil
(095) 2121 0636
E-mail samehgr2018@gmail.com

GER. NÚCLEO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA





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

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

1901168655 01/10/2019 16:39:29 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 32

Paciente JHOANNY JOSE MORENO PEREZ Data Nascimento 17/03/1989 Idade 30 A 6 M 15 D CNS CPF Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo F Estado Civil NAO Raça/Cor PARDA Naturalidade Nacionalidade VENEZUELA
Mãe NI Contato
Endereço NI Ocupação
RUA - - SN - - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE BICICLET Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

mofox bicicleta

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

*Paciente relata o acidente após a tarde
de fratura de rádio.*

Exame Físico

Nega alergias.

Hipótese Diagnóstica

A ortopedia

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

*Karina Kendra M. Marques
Cir. Geral/Coloproctologia
RQE 5 650/664
CRM RR 1512*

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 01/10/2019 16:42:11

© 2019
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
104 - Hospital Geral de Roraima
VIA: 42347-01/08/12



1901168655

Clotopiracil - Dr. J. J. J. J.

RX Radio dental (E)

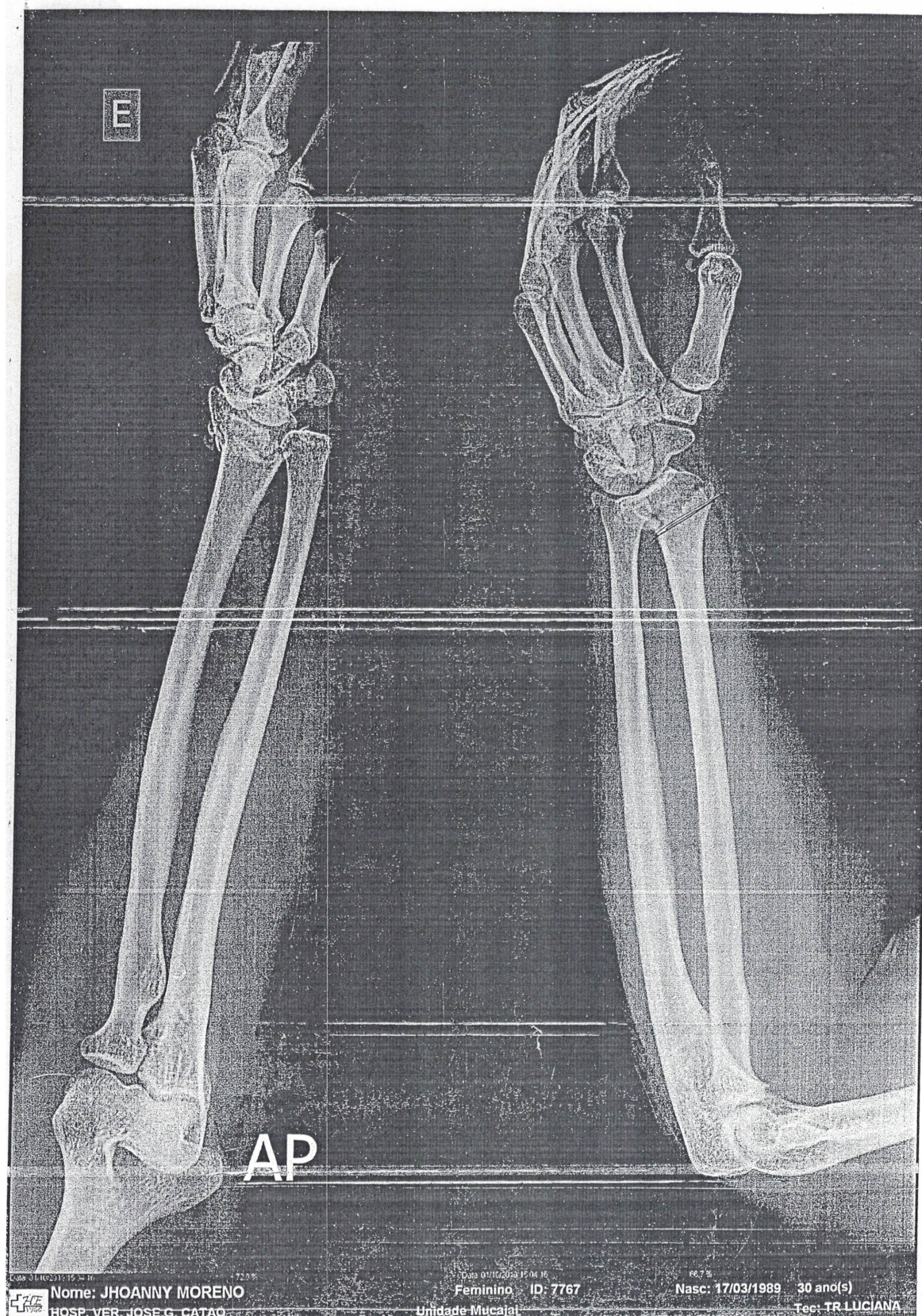
CD: Radio J. J. J. J.

RX Cautus de

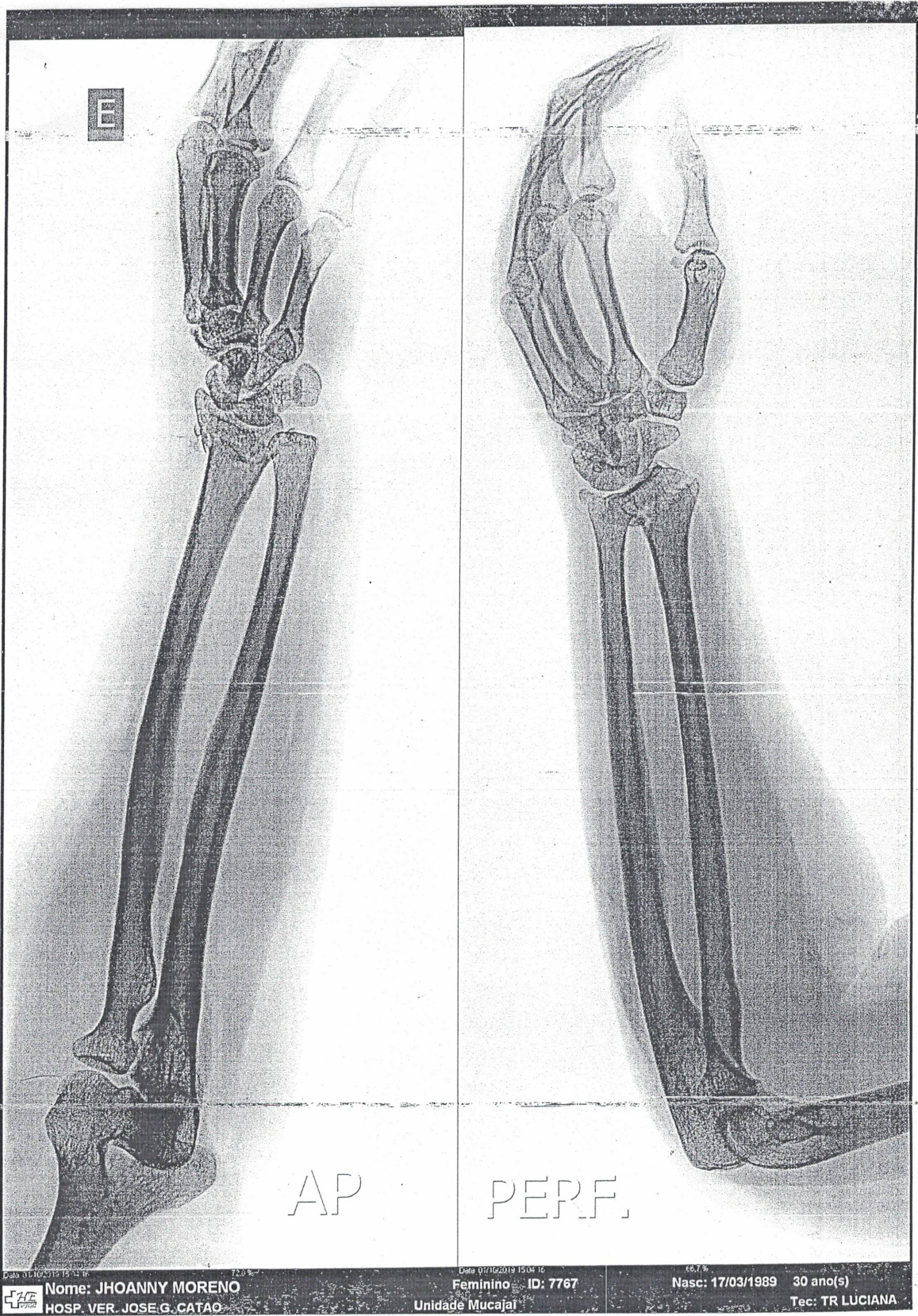
Suadomatia

Alta.

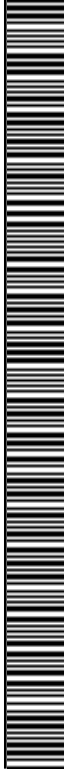
Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR/2007



18/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: RAO X



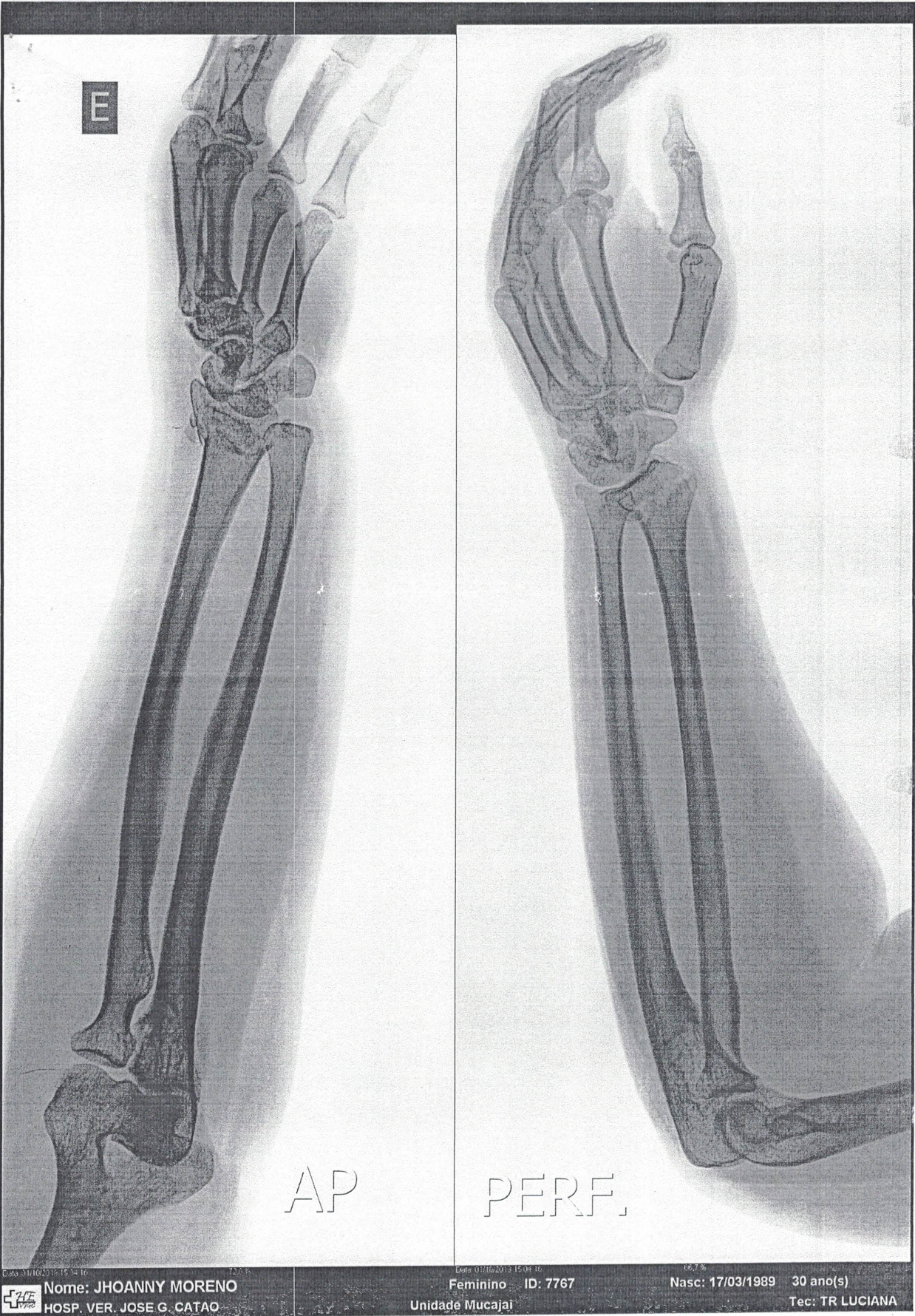
	Nome: JHOANNY MORENO HOSP. VER. JOSE G. CATÃO	Data 01/10/2019 15:04:10 Feminino ID: 7767 Unidade Mucajai	68,7% Nasc: 17/03/1989 30 ano(s) Tec: TR LUCIANA
---	--	---	---





	Nome: JHOANNY MORENO HOSP. VER. JOSE G. CATAO	Feminino ID: 7767 Unidade Mucajai	Nasc: 17/03/1989 30 ano(s) Tec: TR LUCIANA
---	--	--------------------------------------	---





	Nome: JHOANNY MORENO HOSP. VER. JOSE G. CATAO	Feminino ID: 7767 Unidade Mucajai	Nasc: 17/03/1989 30 ano(s) Tec: TR LUCIANA
---	--	--------------------------------------	---



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200017760	Cidade: Mucajá	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JHOANNY JOSE MORENO PEREZ	Data do acidente: 01/10/2019	Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 16/01/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.P2/3				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.				
Sequelas: Com seqüela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



SINISTRO 3200017760 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JHOANNY JOSE MORENO PEREZ

CPF/CNPJ: 70726284289

Posição em 09-03-2020 11:32:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/02/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

