



RAFAELA SANTANA NOGUEIRA

OAB/RR 1654

CONSULTORIA E ACESSORIA JURÍDICA

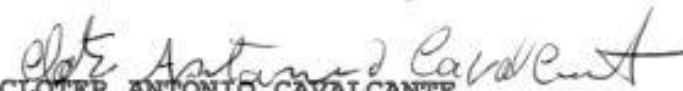
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **CLOTER ANTÔNIO CAVALCANTE**, brasileiro, unido estavelmente, pedreiro, portador da cédula de identidade nº 67196 SSP/RR, inscrito no CPF nº 112.342.372-53, residente e domiciliado na Rua José Renato Hadad, nº 52, Bairro São Bento, CEP 69.315-650, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADOS: **RAFAELA SANTANA NOGUEIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR 1654, com escritório na Av. Adalberto Bezerra de Menezes, nº 1458, Bairro Caçari, CEP 69307-605, no município de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADO** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Boa Vista - RR, 02 de julho de 2018.


CLOTER ANTÔNIO CAVALCANTE
OUTORGANTE

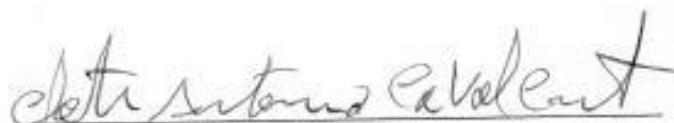


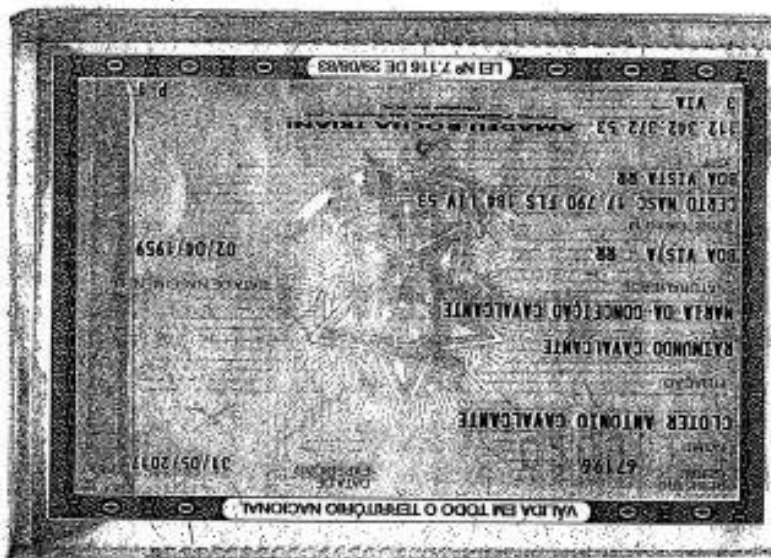
DECLARAÇÃO

CLOTER ANTÔNIO CAVALCANTE, brasileiro, união estável, pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 67196 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 112.342.372-53, residente e domiciliado na Rua José Renato Hadad, nº 52, Bairro: São Bento, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 12 de Janeiro de 2018.


DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 013187655903	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	DOC. RENAVAM	RNTTC	EXERCÍCIO
01	00882754106		2017
NOME			
CLOTER ANTONIO CAVALCANTE			
CPF/CNPJ		PLACA	
112.342.372-53		NAR0165	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
		9C2JC30706R866661	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APL 16		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN		2006	2006
CAP/ROT./CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/	PARTICU	PRETA	
COTA UNICA	VENO. COTA UNICA	VENO. COTAS	
ISENTU	*****	1ª *****	
PAGA I/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****	
ISENTO(+ DE 10 ANOS)		3ª *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
		31/05/2017	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE TITULO PROIB SAIR AMAZ			
OCID *			
BOA VISTA RR DETRAN-RR		DATA	
05/06/2017			
Interino			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013187655903		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		2017	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
112.342.372-53 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 65			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	112.342.372-53	NAR0165	
RENAVAM	MARCA/MODELO	ANO FAB.	CAT. TARIF.
00882754106	HONDA/CG 125 FAN	2006	
NR-CHASSI	9C2JC30706R866661		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$81.29	R\$9.03	R\$90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.7	R\$185.5	
COTA UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
			31/05/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04		013187655903	051551111111

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520	
MÊS/ANO: 03/2018		VENCIMENTO: 15/04/2018	
CLOTER ANTONIO CAVALCANTE		MATRÍCULA: 00104929.1	
RUA JOSE RENATO RABAD, NUM. 00052 SAO BENTO BOA VISTA RR 69315-650			
INSCRIÇÃO: 001.034.327.0122.000		ROTA: 09.1710	
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO
RESIDENCIAL	1		10
DESCRÇÃO		Nº DA CONTA	
NAO MEDIDO		13475147	
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
02/2018	10	01/2018	10
12/2017	10	11/2017	10
10/2017	10	09/2017	10
DESCRIÇÃO CONSUMO POR FAIXA VALORES (R\$)			
ÁGUA		10 M3	23,89
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA			19,06
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.			TOTAL A PAGAR
			42,89
PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO			
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor			
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição			
DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M			
Amostras	Cloro	Turbidez	Cor
Exigidas	-	-	-
Analisadas	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-
Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR
001.034.327.0122.000	03/2018	13	42,89
		ROTA	09.1710



82680000000-0 42890004001-8 00104929101-4 03201840003-9



SINISTRO 3180068197 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLOTER ANTONIO CAVALCANTE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CLOTER ANTONIO CAVALCANTE

CPF/CNPJ: 11234237253

Posição em 27-06-2018 08:59:13

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/06/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

270.00



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Clotir Antônio Cavalcante

CPF da Vítima

112.342.372-53

Data do Acidente

17/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

Clotir Antônio Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Cleber Antônio Cavalcante

CPF da Vítima

112.342.372-53

Data do Acidente

17/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

Cleber Antônio Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE J

010706

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
626	145TE	17.02.17	29 CIA	12:16	12:46	12:50	14:30
Cód. Oc	Cód. Prov	Cód. Ser. Prest.	Km/ini	Km/Fin			
1001-1003	13006-13023	—	9696	9715			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: Rua BARBOSA
Bairro: CARIACÁ
Ref:

PESSOAS RELACIONADAS

Envolvido: Nome: CLOTER ANTONIO CRIVELANTE, Idade: 67, E. Civil: DIVORCIADO
Endereço: RUA: PARACURUPA, Nº 52, ARACELIS
Ed: R.G. 67496-RR, CNH. 0122234567, Profissão: PEDREIRO

Envolvido: Nome: EDILSON RAMOS DE OLIVEIRA, Idade: 23, E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA: URUGUAI, Nº 390, COUTINHO
Ed: R.G. CPF 010374003-53, CNH, Profissão: AUTÔNOMO

Envolvido: Nome: MIRANDA CRISTINA S. CRIVELANTE, Idade: 18, E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA: PARACURUPA, Nº 52, ARACELIS
Ed: R.G. 45439-9-RR, CNH, Profissão: ESTUDANTE

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (S) ACIMA ANOTADOS OBS: AVÁLIAS DAS MOTOCICLETAS CONFORME A PERÍCIA DO PERITO MARLON.

ASSINATURA:

CARGO:

LOCAL:

Senhor DELEGADO (a) INFORMO AGENTE DE TRÂNSITO COM VANTAS E DADOS MATERIAIS ONDE: O CONDUTOR DA MOTOCICLETA HONDA CG 425 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN DE PLACA NAR 7450 DE COR PRETA QUEIA CONVEIDA PELO SENHOR EDILSON CÍTRIO NO ITEM 02 NO CRUZAMENTO DA AV. RUA BARBOSA E RUA 30 PM WILSON DOULINO DA SILVA, INFORMO BANDA QUE OCORRER TRAFEGAVA PELA AV. RUA BARBOSA E O OUTRO DO ITEM 02 TRAFEGAVA PELA RUA 30 PM WILSON DOULINO DA SILVA. FOI ACIONADO A PERÍCIA E QUE OS ENVOLVIDOS FORAM CONVEIDOS PELO SPM DO P.S.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006622/2017

Data/Hora Início do Registro: 18/02/2017 06:48

DADOS DO REGISTRO

Delegado de Polícia: Paulo Henrique Tomaz Moreira

Data/Hora Fim: 18/02/2017 07:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 17/02/2017 12:46 ✓

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA RUI BARUNA

Bairro: Caranã

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Lei Maria da Penha

Veículo

Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: AMANDA CRISTINA S CAVALCANTE (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 18

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA URARICOERA

Bairro: ARACELIS

Nº: 52

Nome: EDILSON RAMOS DE OLIVEIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 23

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA URUGUAI

Bairro: CAUAMÉ

Nº: 390

Nome: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 67

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Divorçado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA URARICOERA

Bairro: ARACELIS

Nº: 52

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DAT

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 20/04/17

Soná Figueira Hartmann
Agente Administrativo/União
Mat. 0707577

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa: NAR7450

Cor: PRETA



Delegado de Polícia Civil: Paulo Henrique Tomaz Moreira
Impresso por: Everaldo Pereira Maia
Data de Impressão: 18/02/2017 07:06
Protocolo nº: Não disponível

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006622/2017

Marca/Modelo HONTA TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Edilson Ramos de Oliveira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAR0465	Cor PRETA
Marca/Modelo HONDA TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Cleber Antonio Cavalcante	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATÓRIO POLICIAL MILITAR COM O SEGUINTE FATO: "SENHOR DELEGADO, INFORMO ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMAS E DANOS MATERIAIS NOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS, ONDE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA PLACA NAR-0465, VEIO A COLIDIR EM OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NAP-7450 A QUAL ERA CONDUZIDA PELO SR EDILSON, NO CRUZAMENTO DA AV ACIMA CITADA COM A RUA SD PM WILSON PAULINO DA SILVA; QUE A PERÍCIA FOI ACIONADA E OS ENVOLVIDOS CONDUZIDOS AO PSE PARA ATENDIMENTO.

ASSINATURAS

Everaldo Pereira Maia
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR DE RORAIMA
Comunicante

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

DESPACHO

- ☐ Arquivar (foto atípica)
- ☐ Aguardar novos fatos
- ☐ Intimar o comunicante/Vítima
- ☐ Intimar suspeito
- ☐ Intimar as partes para TCO
- ☒ Aguardar Representação
- ☐ Ao S. L. para investigação
- ☐ Ao _____
- ☐ Aguardar o comparecimento da vítima
- ☐ Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- ☐ Requisitar relatório
- ☐ Requisitar e juntar laudo

18.04.17

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 20.04.17

Soni Figueira de Carvalho
Agente Administrativo/União
Mat. 0707577

 Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota: 00000100 Data e Hora de Emissão: 23/11/2017 13:34:43 Data do Fato Gerador: 23/11/2017 Código de Verificação: AAASCQAA-IZABGN 	
Dados do(s) Serviço(s)		
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL	Local da Incidência BOA VISTA/RR
Prestador do(s) Serviço(s)		
Nome/Razão Social: A A RODRIGUES MELO - ME Nome Fantasia: CENTRO DA VISAO CENTROTRANS Endereço: AV CAP JULIO BEZERRA, 59 CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-410 CPF/CNPJ: 26.850.665/0001-88 Insc. Municipal: 9624732 Telefone: (95) 3624-6630 E-mail: ARTON@BOL.COM.BR		
Tomador do(s) Serviço(s)		
Nome/Razão Social: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE Nome Fantasia: Endereço: RUA URARICOERA, 33 ARACELIS BOA VISTA - RR CPF/CNPJ: 112.342.372-53 Insc. Municipal: Telefone: E-mail:		
Discriminação do(s) Serviço(s)		
REF A UMA CONSULTA COM O OFTALMOLOGISTA NO DIA 16/11/2017		
Classificação do Serviço (LEI 116/2003): 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1): 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas		
Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado
150,00	0,00	0,00
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido
2,79	4,19	0,00
Retenções Federais		
Imposto de Renda	PIS	COFINS
0,00	0,00	0,00
CSLL	INSS	Outras Retenções
0,00	0,00	0,00
Total		
Total do(s) Serviço(s)	Total Líquido	Total da Nota
150,00	150,00	150,00
Outras Informações		
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL *** O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP) Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 27,68 - (18,45%) - Fonte: IBPT		

RECIBO Nº _____ VALOR 250,00

Recebi (emos) de Clóter Antonio Cavalcante
a quantia de duzentos e cinquenta Reais.

Referente a Consulta médica c/o Neurologia
Clínica.
e para clareza firmo (amos) o presente.

Dr. M. S. Martins 10 de Novembro de 2017
Neurologista
CRM/RJ 1287 RGE/136

Assinatura do
Nome Luís Marcos Martins 730.617.432-00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

119-4
Receituário

NOME: Clotir Antonio Cavalcante

paciente vítima de acidente
de moto com Traumatismos
Craneocefálicos com
áreas de contusão hemorrágicas
frontais, melhora ao
tratamento clínico
alto, ambulatorial
incapacitado para trabalho
por 30 dias

Retorno ao trabalho em 15 dias

DATA:

25.02.17

Dr. MARIO J. S. SOUZA
NEUROCIRURGIÃO
CRM 973RR

ASSINATURA E CARIMBO



CENTRO DA VISÃO
Dr. AMARILDO RODRIGUES MELO

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Em 16 de 11 de 20 17
Para o(a) Sr. (A) data de entrega
Carvalho
RG: 67.196 RA CPF: 112 342.372-53

• **ACUIDADE VISUAL:** CL

OD: 20/20

OE: 20/20

• **BIOMICROSCOPIA:** sem alterações

• **PIO:** sem alterações

12 x 12

• **SENSO CROMÁTICO:** normal

Anel de Wairer sem
alterações. Y e R
sem alterações

Av. Capitão Júlio Bezerra, nº 59 - Centro - CEP 09.301-410

95 3624-6630

Dr. Amárido Rodrigues Melo

Médico Oftalmologista

CRM 756 RQE 449

CL 43.8

RECEITUÁRIO



Cláudio Antônio Cavalcante, 57 anos

Grupo Médico

- Paciente vítima de acidente de moto e traumatismo cranioencefálico e sinais de contusão leucorréica frontal, com melhora no tratamento clínico.
- Perda de consciência em janeiro 2017, tendo a mesma no decorrer período internado no HGR.

- No momento o quadro de epilepsia e fontana precariedade de controle de TCA em 02/17, onde este em tratamento clínico para melhora de sintomas.
- No momento o tratamento neurológico precisa ser acompanhado clinicamente.

CRM 30: T90.5

13/11/17

Lúcia M. S. Martins
Neurologista
CRM 12.345.678

Av. Via das Flores, 2214 - Pricumã
Fone: 3623-3945



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Equipe: Jor. Ricardo, Nilson, cond. Luiz
Paciente: Deotônio Antonio Cavalcanti Idade: 56 Sexo: M
Endereço: Av. Beneditina S/Nº Via Pública Bairro: J. Viana

Nº 2559 DATA 12/01/19 HORA: 19:19:27/10-12:32
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: D. ELADIO 19:12:49/10-12:56

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO: <u>x moto</u>	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vitima ☐ projetada ☐ encarcerada ☐ Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Motorista: ☐ dianteiro ☐ Passageiro: ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☒ Condutor ☐ Carona ☐ Capacete: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão ☐ BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruída ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>S/A</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa ☒ S/A	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☒ S/A	☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>19:50</u>	<u>130/80</u>	<u>84</u>	<u>22</u>	<u>94%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>11.</u>	<u>-</u>
Fim								

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Alundamento ☐ Fer. ☐ Penetrante ☐	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Colorado ☐ Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura ☐ Amputação	

AValiação CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtar	☐ Fibrilação atri ☐ Fibrilação entricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias <u>neg</u> ☐ Outros
---	---	---	--	--	---

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ LEVO
☐ SEVERA

☐ PEQUENA
☐ MORTE

☐ MÉDIA
☒ INDETERMINADA

☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Tiro
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

☐ Iniciada as: 19:50 ☐ Término as:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs:

Brasileiro

AValiação LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

AValiação LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

INCIDENTE

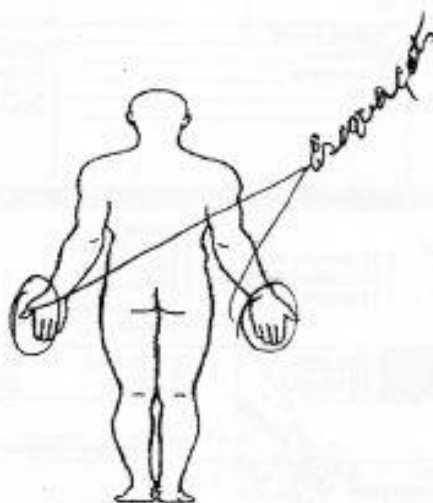
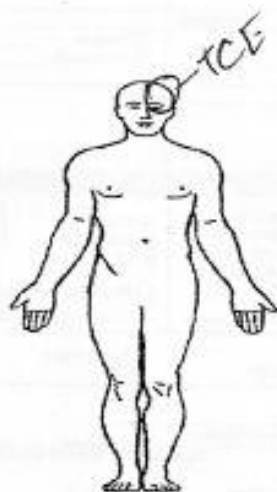
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/01/19

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
TERMINO DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSAS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

Sexo masculino, 56 anos, Colisão moto x moto. encontrado em decúbito dorsal a + em 2 metros da Calvia, sem capacete. testemunhas relataram que o mesmo se saltou no momento da queda, apresentando TCE, Cianose na estenidade do olho E, escoriações na região frontal E, e MSD E, meio agitado e confuso. feto aceno e soco

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	O	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov./min)	Pulsos (b/min)	Pressão Sanguínea (mmHg)
		Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4			
O		Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
		Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
		Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1
O		Orientado	Balbucia	5		0	0
		Confuso	Choro limitado	4		> 90	4
		Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3
O		Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2
		Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1
		Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0
O		Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 e 15	5
		Flexão normal	Retira a dor	4		11 e 13	4
		Flexão anormal	Flexão normal	3		8 e 10	3
O		Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 e 7	2
		Nenhuma	Nenhuma	1		3 e 4	1
ESCALA DE GLASGOW				10	ESCORE DO TRAUMA		

Fisiológico q. 1
500 ml. com o
orientação de
MR. e encamin
do ao trauma
do HGR. sem
intercorrência



CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 19/04/18
S. F. 019%

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	6 pares de luvas, 1 globo v. 18, 1. Equipa	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	maiorista, 1. S.F. 019%, 500ml.	
☐ Com cartão	☐ Sem cartão		

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE				
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL				
ALERGIAS					
IDADE	57 ANOS	LEITO	119-4	DATA	24/fev/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				
2	ACESSO SOROLIZADO				
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H				
5	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H S/N				
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				
10	CG				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 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				

EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S COM CEFALIA LEVE EM MELHORA



DR. MARCELO SANTACRUZ
NEUROCIRURGIÃO
CRM 373RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	110x60	53		36°
18 H	Deficit			
24 H	100x60	60		36,5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE				
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL				
ALERGIAS					
IDADE	57 ANOS	LEITO	119-4	DATA	25/fev/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	alta hospitalar				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10	alta				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301- 350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 MLEV + AVISAR PLANTONISTA				
sem deficit assintomatico alta com controle ambulatorial					
					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH					
PACIENTE		CLOTER ANTONIO CAVALCANTE					
DIAGNÓSTICO		T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL					
ALERGIAS							
IDADE		LEITO		DATA			
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA GERAL						
2	ACESSO SOROLIZADO						
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H						
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H						
5	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H S/N						
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H						
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA						
8	CABECEIRA ELEVADA 45°						
9	SINAIS VITAIS 6/6 H						
10	CG						
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 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						

EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S COM CEFALÉIA LEVE EM MELHORA				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	118x60	60		36,2
12 H	118x60	60		36,2
18 H	120x60	60		36,2
24 H	102x60	50		36,2

UBS: An 18:20 O paciente arranca o alívio e foge
me lixe com a torrelinha e feito a tentativa de
puncionar 3 vezes tem bastante retorno de sangue e
me assim estava satisfeito e não tem torrelinha e não

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE		
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL		
ALERGIAS			
IDADE	57 ANOS	LEITO	119-4
DATA	23/fev/2017		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	ACESSO SOROLIZADO		
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H		
5	TRAMAL 50MG + SFO 9% 100ML EV 6/6 H S/N		
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
8	CABECEIRA ELEVADA 45°		
9	SINAIS VITAIS 6/6 H		
10	CG		
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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		

EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S COM CEFALÉIA LEVE EM MELHORA


 NEUROCIRURGIA
 CRM 273RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	121/62	62		
12 H	120/100	55		36,1°C
18 H	110/90	50		36,1°C
24 H	113/70	52		36,1°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE				
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL				
ALERGIAS					
IDADE	57 ANOS	LEITO	119-4	DATA	20/fev/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				
2	SF0,9% 500 ML EV 8/8 H				
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H				
5	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H S/N				
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				
10	CG				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70; 2UI ML GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA				
<i>paciente não apresenta mais a febre sem dor de 7,5 mmHg genéricas</i> Dr. Fabrício de Almeida Neurocirurgião CRM-RR 1497 CNS 201549813750002					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	140/80	70	36,5°C		
18 H	100/50	56	35,5°C		
24 H	118/70	90	36		

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE				
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL				
ALERGIAS					
IDADE	57 ANOS	LEITO	119-4	DATA	21/fev/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				SND
2	ACESSO SOROLIZADO				12
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				16-24:06
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H				16-08
5	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H S/N				16-24:08
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				08
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				
10	CG				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				

em glicose 15, pttu
Acidose melhora a Sie 43

Dr. Fabrício de Almeida
 Neurocirurgião
 CRM-RR 1407
 CNS 201548813750002

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/60	50		35,3
18 H	120/60	49		36,3
24 H	130/70	43		36,0

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE <i>clara ANTONIO CRUZ LEMUS</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>155900</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>3106410216381617221819</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>02/04/59</i>
9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Maria da Conceição</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9159116944449</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Jose Renato Hadad n: 52 - São Bento</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF <i>RJ</i>	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>HE TRAUMA FALC Cerebral, p. f. de lesão neurológica - hemorragia intracraniana</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>convulsão crônica</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>506.9</i>	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>tratamento conservador HE</i>	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - CLÍNICA <i>PER</i>
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>clínica</i>	28 - DOCUMENTO <i>CNS</i>
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>2013498137501000</i>	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Fabiano</i>
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>17/02/17</i>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - 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 SEGURO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORIGEM EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>17/2/17</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i>
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0303040092 - 5068</i>	

119-4

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
PACIENTE	CLOTER ANTONIO CAVALCANTE				
DIAGNÓSTICO	T.C.E. + CONTUSÃO CEREBRAL				
ALERGIAS					
IDADE	57 ANOS	LEITO		GT	
ITEM	PRESCRIÇÃO				DATA
					HORÁRIO
1	DIETA GERAL				S/N
2	ACESSO SOROLIZADO				monte
3	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				18 24 06
4	TILATIL 20MG EV 12/12 H				18 06
5	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV 6/6 H S/N				S/N
6	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H				18 24 06
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				06
8	CABECEIRA ELEVADA 45°				monte
9	SINAIS VITAIS 6/6 H				Palma
10	CG				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				

Dr. Fabricio de Almeida
Neurocirurgião
CRM-RR 1407
CNS 201543813750002

Receber seu guias
guia 15

NIR
Regulado
para leito
119-4
Regulação Interna

Dr. Fabricio de Almeida
Neurocirurgião
CRM-RR 1407
CNS 201543813750002

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	111/75	57		
12 H	112/71	58		
18 H	97/61	63		
24 H				

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Alt 25/02/17

<http://10.102.5.252:8888/IS4/s4/E9D13F1C-E256-40F7-A48D-5E1A07421083.html>

18.01.14

Re: audiência de conciliação entre a mãe e o filho
grávido de 8, 8 anos

- Que o filho é um menino

de nome Rafaela Santana Nogueira
nascida em 18/01/2014

- Que o filho: tem cabelos castanhos, olhos azuis, pele branca,
pequeno de estatura e voz - resolutiva

- Que: mãe e filho
convivem em São Paulo

- Que: São conhecidos amigos (intimamente)
1. Depoimento do filho
2. Depoimento da mãe
3. Atos + documental

certidão

A saber: que a mãe e o filho são conhecidos
pessoalmente e vivem juntos, sendo o filho
extremamente próximo da mãe, o que é
a partir de Atos e documental
Atestado por Dr. Paulo

