

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO**, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 250233 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 898.430.532-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av.: N.S. da Consolata, nº 2999, Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-465, Tel. (95) 99141-3275.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **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 judicium**”, 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, 12 de março de 2019.



RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

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

NOME
 RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
 250233 SSP RR

CPF
 898.430.532-49

DATA NASCIMENTO
 29/12/1991

FILIAÇÃO
 RAIMUNDO ROOSEVELTH
 PEREIRA COELHO
 ELIEGIA MARIA
 DAMASCENO PEREIRA

PERMISSÃO ACC CAT HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04925732309

VALIDADE
 24/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
 22/04/2010

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 15/01/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
 DIRETOR REGIONAL INTERNO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

19551216687
 RR208705589

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 BOA VISTA - RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1165033192

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1165033192

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO**, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 250233 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 898.430.532-49. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av.: N.S. da Consolata, nº 2999, Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-465, Tel. (95) 99141-3275.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 12 de março de 2019.



Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO**, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 250233 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 898.430.532-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av.: N.S. da Consolata, nº 2999, Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-465.

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, 12 de março de 2019.



RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

498991

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 559/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 27/12//2018

COMUNICANTE: RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

RG: 250233

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 898430532-49

ENDEREÇO: AVENIDA – NOSSA SENHORA DA CONSOLATA, 2999

BAIRRO: SÃO VICENTE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUTONOMO

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 29/12/1991 IDADE: 26 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 99116-9371

Nº REG. CNH: 04925732309

NOME DO PAI: RAIMUNDO ROOSEVELTH PEREIRA COELHO

NOME DA MÃE: ELIEGIA MARIA DAMASCENO PEREIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **23h30min do dia 18/02/2017, BR 401 NA PONTE DO BALNEÁRIO SACULEJO.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX**, Placa **NAY-4621**, de cor **VERMELHA**, Ano **2015/2015**, Chassi **9C2KC1660FR039508**, de propriedade da senhora **INGRID DARLY RODRIGUES LIMA**; Que o comunicante estava vindo do sitio que fica nas proximidades do povoado TABA LASCADO, quando ao passar pela Ponte do Balneário o comunicante perdeu o controle da motocicleta vindo a cair; Que o comunicante informou que veio para o HGR por conta própria; Que em decorrência do Acidente o comunicante (**FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA**); Que a motocicleta ficou bastante danificada; Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANOS MATERIAIS E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:


RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



<p><i>Givanildo da Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855</p>	•	•
--	---	---

CONFESSOR
2018
DAT

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

...: Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO A

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



- 4112 29102/117

1700727794	19/02/2017 00:35:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	3
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO		29/12/1991	25 A 1 M 21 D	704005332200	89843053249	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDAD	250233	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	ELIEJA MARIA DAMASCENO PEREIRA		Pai	RAIMUNDO ROOSEVELTH PEREIRA C		Contato
Endereço		AVENIDA - NOSSA SENHORA DA CONSOLATA - 2999 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR				Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ATLAS.GONZAGA		

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Ânamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)
Tranca em Perna (E)
com deformidade

Exame Físico
e dor intensa
BELLOTTE A++

Hipótese Diagnóstica
Tranca Perna (E)

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Clonazepam 75mg</i>	<i>1 dia</i>	<i>Até</i>
<i>2 Dexmetozone 4mg</i>		<i>até</i>
		<i>até</i>
		<i>até</i>
		<i>até</i>
		<i>até</i>

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório

Alta a Pedido Observação (Até 24h)

Alta a Revelia Internação

Transferência para: *Ortopedia* 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: atlas.gonzaga
Data Hora: 19/02/2017 00:36:56

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzera, 404 - Boa Vista - RR

1700727794

 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 *Maísa Diler Pereira Coelho*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO *155899*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *7041005382290562*

8 - DATA DE NASCIMENTO *29/12/91*

9 - SEXO *M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Elieja Maria Damasceno Pereira*

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE *91591112261017*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) *Av. Nossa Senhora da Consolata n. 2999 - São Vicente*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Boa Vista*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF *RJ*

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fase de adaptação hospitalar, com fratura de tibia operada

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

Exame de urina + t. sangue + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Fratura de tibia operada*

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Internar*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA *Ortopedia*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *19/02/2019*

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

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 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR *03.08.01.0019-3023*


45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *1/1*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *W649*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

 **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 RAFAEL DIAS

6 - N° DO PRONTUÁRIO 155899

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71041005382220562

8 - DATA DE NASCIMENTO 29/12/91

9 - SEXO M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Elieze maria Damasceno Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 915911122607

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Av. Nossa Senhora de Consolata n: 2999 - São Vicente

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF PE 16 - CEP _____

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS **JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

FALTA OSSER em D310

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

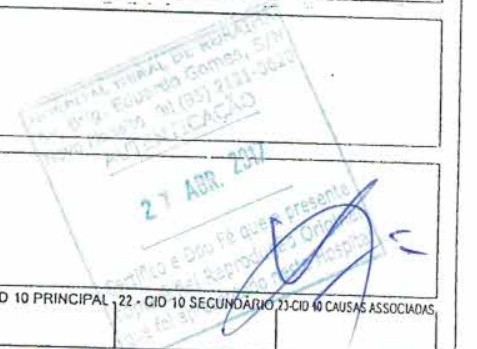
DO LUMBAGO

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

AX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO **21 - CID 10 PRINCIPAL** **22 - CID 10 SECUNDÁRIO** **23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

FALTA OSTEIA



24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

ENXUARDAMENTO DE LÍQUOR

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA _____ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE ALBERTO 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 22/02/19 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

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 - N° DO BILHETE _____ 38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA 12.123.456 40 - CNAE DA EMPRESA _____ 41 - CBOR _____

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR **AUTORIZAÇÃO**

04.08.05.086-1 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 15848

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 27/03/17 O.S. _____

Rafael Diego

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Excesso de tilia (Fratura tilia)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Excesso de ilaca em falta na tibia

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: X

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 - erro

CIRURGIÃO: Dr. Patrício 1º aUXILIAR: D. Alberty

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____


INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Placa em DDH + Anestesia
- ② Anestesia + Antiespasmódico
- ③ Incisão a nível da crista ilíaca (E) + desbridação por plano até nível superior da asa da ilaca sendo retirado ~~o~~ certo cartilagem exposto.
- ④ Controlo hemostático
- ⑤ Sutura por plano
- ⑥ Curativo
- ⑦ Ao RPA.

Av. Brasil, 1000 - Centro - RR
 69000-000 - Roraima
 27 Abr 2017
 Certifico e Dou Fé que a presente
 cópia é fiel ao original que se encontra
 em meu poder e a mesma é verdadeira.

Patrick RAIMUNDO José
 1º Ten. QOSP
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1383

 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: ROFAEL DIEGO

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 155899

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 70410053182290562

8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/12/91

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Elieze Maria Damasceno Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO: 15911226107

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): Av. Nossa Senhora da Consolata n. 2999 - São Vicente

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Prea Uste

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____

15 - UF: PR

16 - CEP: _____

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS — JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FNAT DE TB10 (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TDO COMBIO

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

RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: FNAT TB10

21 - CID 10 PRINCIPAL: _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO — PROCEDIMENTO SOLICITADO: OSBROSS DE TB10 (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

26 - CLÍNICA: _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: ALBORN

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 22/01/17

32 - ASSINATURA: _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: _____

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - N° DO BILHETE: _____

38 - SERE: _____

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNAE DA EMPRESA: _____

41 - CBOR: _____

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____





BOLETIM OPERATÓRI

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 22/01/17 O.S. _____

RAFAEL
DIEGO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract de tíbia (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR PATRICK 1º aUXILIAR: DR ALBINO

2º AUXILIAR: DR LEONARDO INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OSTEÓSS. DE TÍBIA (E)

(1) Fractura em desvio angular e desvio rotacional.

(2) Aberto anterior lateral.

(3) Resposta do fratura. Visualização de falha óssea importante.

(4) Extensão de osso de íliaco.

(5) Fixado com placa L.

(6) RX de controle.

(7) Sinais e sintomas.

27 ABR. 2017

Patrícia Rabelo J. 1º Ten. CRM-RR 1383

Dr. Alberto Ferreira de Souza Médico Especialista Traumatologista CRM-RR 1614

Thalio Esmeraldino 2015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

2000

Rafael Diego Pereira Coelho, 25/02
Propofol 5mg + Fentanyl 100ug
p.i.b. H.B.

Nº 22.02.2017

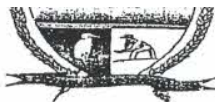
AGENTES	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
	N 20	U2		N 20	U2		N 20	U2		N 20	U2	
LÍQUIDOS VENOSOS	<p>SAI SAI SA SAI SAI SA SAI SAI SA</p>											
DA	<p>240 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100</p>											
ULSO	<p>36 220</p>											
ANES	<p>34 180</p>											
OP	<p>32 160</p>											
TEMP	<p>30 140</p>											
ASPIR.	<p>120</p>											
RESPIR.	<p>80 60 40 20</p>											
Expon	<p>80 60 40 20</p>											
Assist	<p>80 60 40 20</p>											
Contro	<p>80 60 40 20</p>											

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 5mg P. 180ug	Racineventana 1ml	* 3CG.
B		Fentanyl 100ug	* 7NB
C		Arterias em 43-44	* OXIMETRO
D		U. espiral 274	* CATETER 22 Naso
E		U. para	* VONCHISS MFC
F		Ventilador espontânea	
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Temp - Calibr do Túbo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1800ug	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		1:20h	

27 ABR. 2017
Certifico e Dou Fé que a presente ficha é fiel reprodução do original e foi arquivada em...

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
M. Michel		M. Michel	
		P. K. K. K.	

Handwritten signature and stamp at the bottom left.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

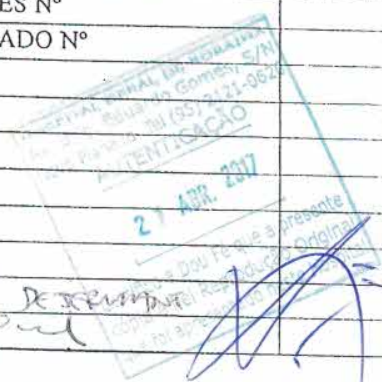
NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
KARIEL DIEGO REBEIRA OLIVEIRA	319 - L		22 / 02 / 11

CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
OSTEOSINTESE DE TIBIA (E)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:25	11:40	

EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	R Michel	
2º APLICADOR ALBERGO	RES. ANESTESIA:		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
AUXILIAR	CIRCULANTE	JERNO, Wisley	

TIPO DE ANESTESIA: Gase	TEMPO DE DURAÇÃO:
-------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>Beath</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 4-0 / 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20/11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA-CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo		30ml	OUTROS: <i>Arroz</i>	



MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	- BERNI	SUB-TOTAL		
	- JOELMA	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
	<i>[Signature]</i>	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOSINTAX DE TIBIA (E)

Data: 22/02/17

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO Idade _____

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: GRANDES FRAGMENTOS Nº _____

Circulante: JETCO Sala 04

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

PLACA 8 FUCOS

PARAFUSO CORTICAL	{	Nº 38 - 7
		Nº 40 - 7
		Nº 36 - 7

ALTERNAR CME
27 Abr 2017
Certifico e Dou por que o presente
cópia é fiel e verdadeira
para os fins legais.

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rafael Diego Perera Colinho, 25 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 16/02/2017 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de tibia (E)

NO DIA 22/02/2017, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de tibia (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Patrick E DR. Alberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/02/2017, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 16/03/2017, ÀS 13h, COM O
DR. Patrick

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ORIENTAÇÕES GERAIS :

17 JAN 2019

- 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. Marcelo A.

BOA VISTA, 24/02/2017

[Signature]
Presidente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia - HGR
CRM-RR/11111

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 ABR 2017

DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR

Av. Princesa Isabel 2231 - Caimbe - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

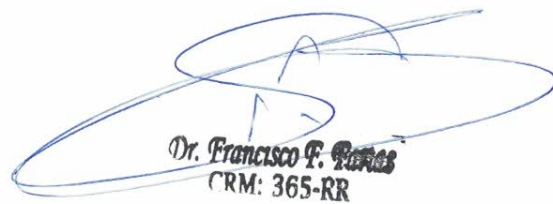
Laudo Médico

Periciando RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO, CI 250233 SSP-RR, vítima de acidente de motocicleta, conforme Ficha de Atendimento 1700727794 do PS Francisco Elesbão, sendo constatado fratura de terço médio de tibia e fíbula esquerda. Foi realizado osteossíntese com placas e parafusos em 23/02/2017, ocorrendo complicações, sendo submetido a nova cirurgia onde foram retiradas as placas e parafusos, sendo substituídas por haste metálica em 07/08/2017. Após alta médica, periciando apresenta as seguintes alterações em perna esquerda: cicatriz cirúrgica em joelho, terço médio externo de perna e tornozelo esquerdo. Marcha claudicante à esquerda, necessitando uso de muleta canadense. Apresenta encurtamento de membro inferior esquerdo em relação ao membro contralateral. Limitação para esforços repetitivos com membro inferior. Limitação para flexão e rotação de calcanhar esquerdo. Limitação para ficar em pontas com membro inferior esquerdo.

Periciando apresentando seqüela funcional permanente de membro inferior esquerdo para suas atividades laborativas.

Cordialmente,

Boa Vista, 21 de fevereiro de 2019



Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR

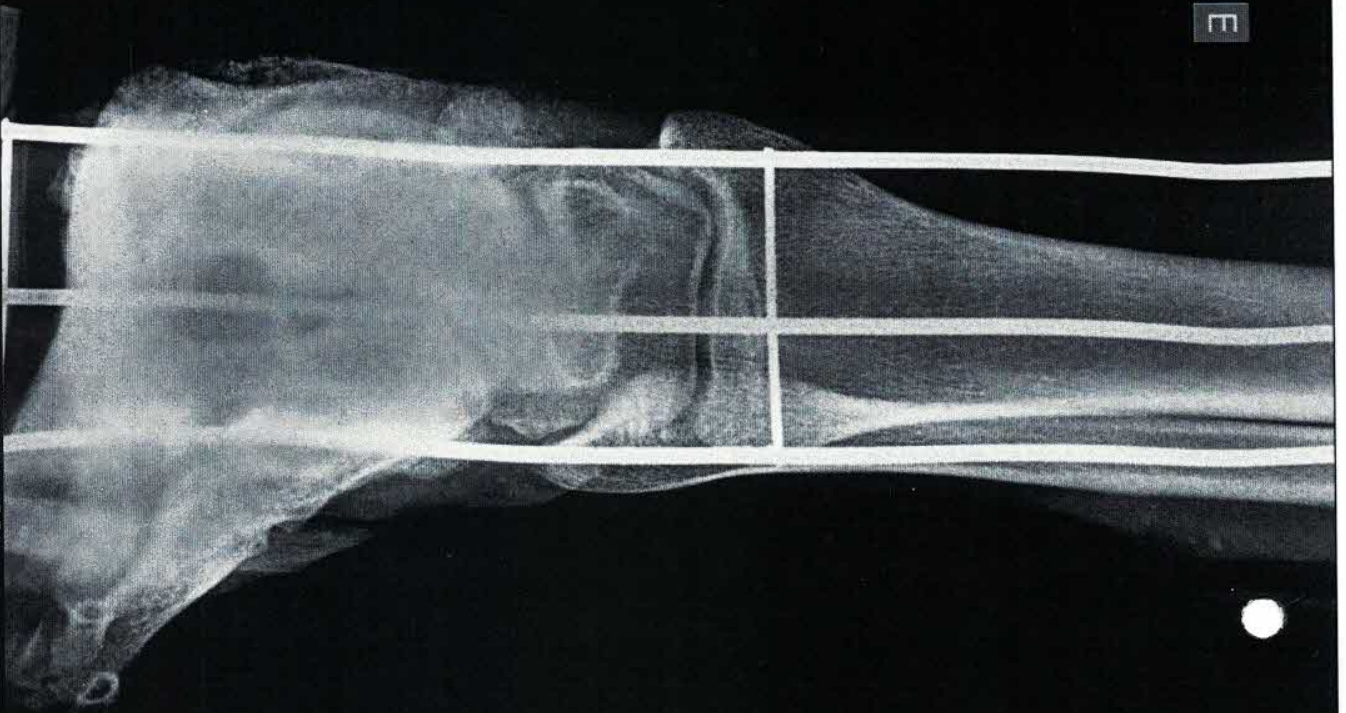


, RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RAIOS-X DA PERNA ESQUER 24/8/2017 21:21:24

53,7 %



75,4 %

19/2/2017 00:45:51



RAFAEL D. PEREIRA COELHO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.



51,4 %

19/2/2017 00:45:51

RAFAEL PEREIRA

Data Exame: 30/10/2017 21:49:03

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec.:

PERNA AP

57.2 %





E

, RAFAEL SOUZA

19/4/2018 19:00:35

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. LEIDSON /ED. ERINELSON

53,7 %



49.9%

7/8/2017 10 45 29

50.1%

7/8/2017 10 45 29



, RAFAEL DIEGO PEREIRA

114-3 BL A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

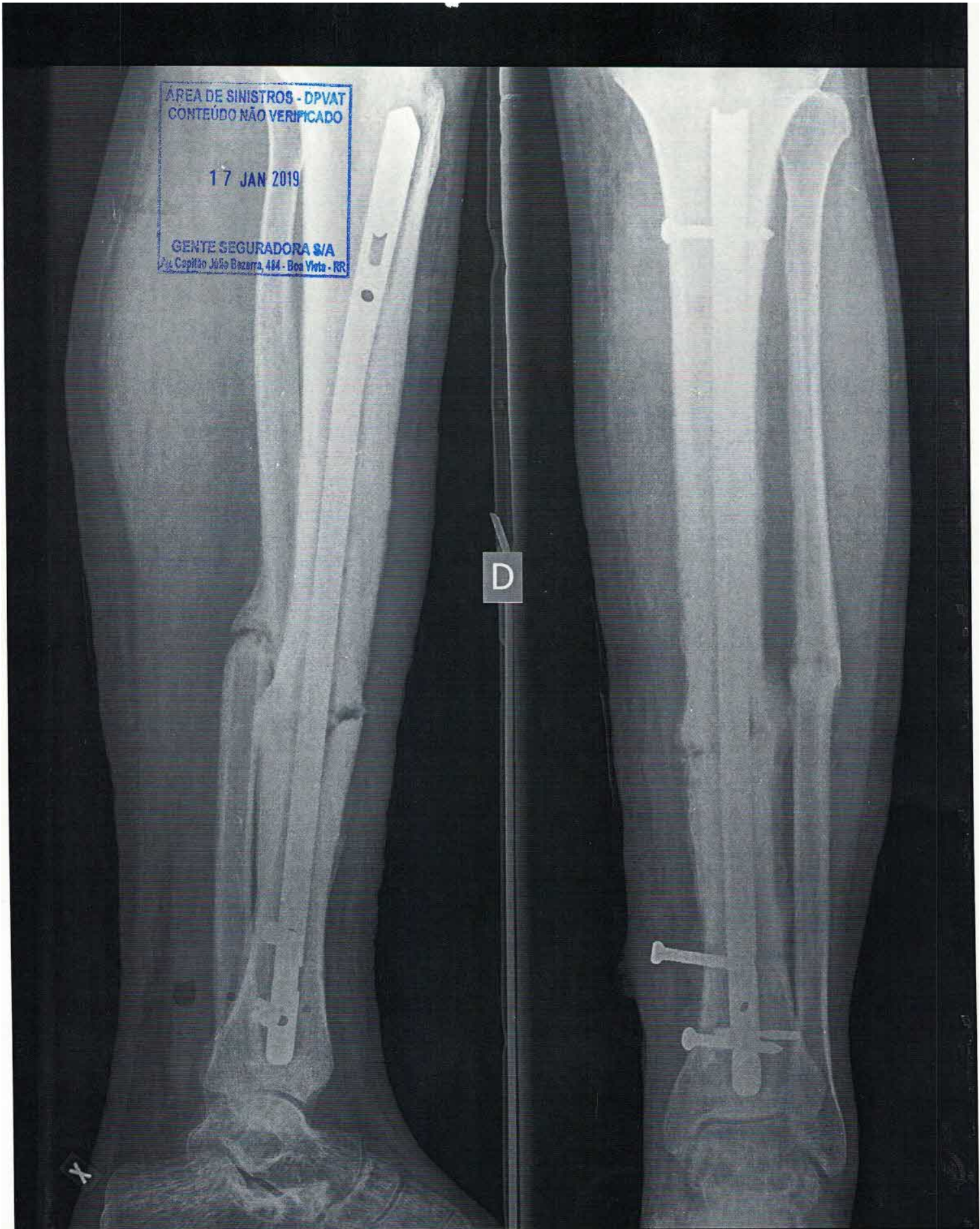
E



, RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RAIOS-X DA PERNA ESQUER 24/8/2017 21:21:24

53.7 %



RAFAEL GOMES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

22/11/2017 18:02:25

53,7 %



58,2 %

12/4/2017 19:44:14

55,9 %

12/4/2017 19:44:14



RAFAEL DIEGO PEREIRA ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



49,9 %

7/8/2017 13:20:10

50,1 %

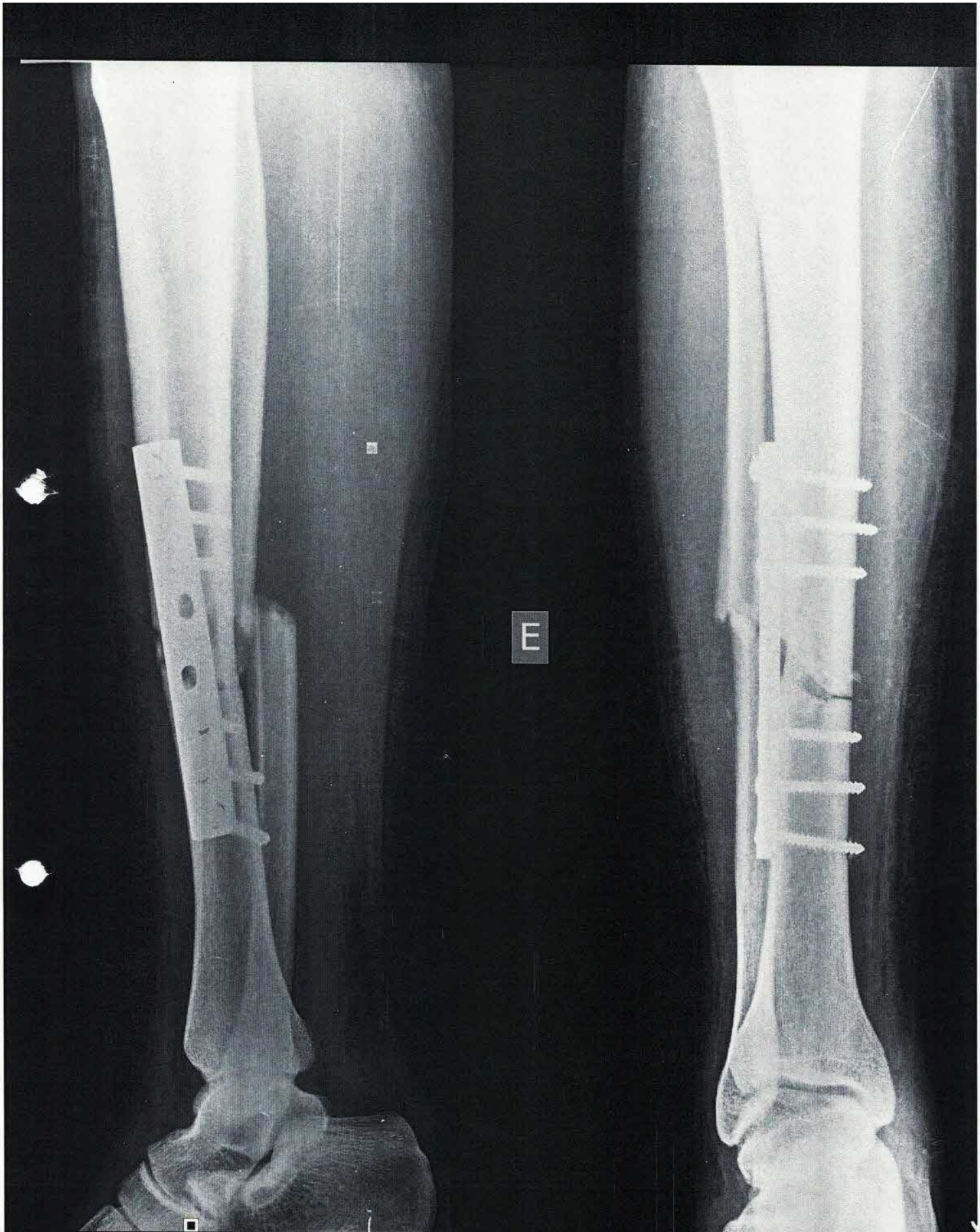
7/8/2017 13:20:10



, RAFAEL DIEGO PEREIRA

BLOCO/A L/114-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



E



, RAFAEL COELHO

4729

23/2/2017 15:59:42

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

55.2 %

119-1





E

E

49.9%

19/2/2017 00:45:51

49.9%

19/2/2017 00:45:51



, RAFAEL D. PEREIRA COELHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.

19/03



E

E

19/2/2017 00:45:51

35,0 %

19/2/2017 00:45:51

61,9 %



30/5/2018 18:18:47

D

37,8 %



30/5/2018 18:18:47

40,7 %

, RAFAEL DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

99126.3226.

SINISTRO 3190042301 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RAFAEL DIEGO PEREIRA COELHO

CPF/CNPJ: 89843053249

Posição em 30-01-2019 10:40:11

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50