

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 4104307 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 541.622.972-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Traíra, nº 215, Bairro: Santa Tereza, CEP: 69.314-096, Tel. (95) 99129-4879/99141.3275

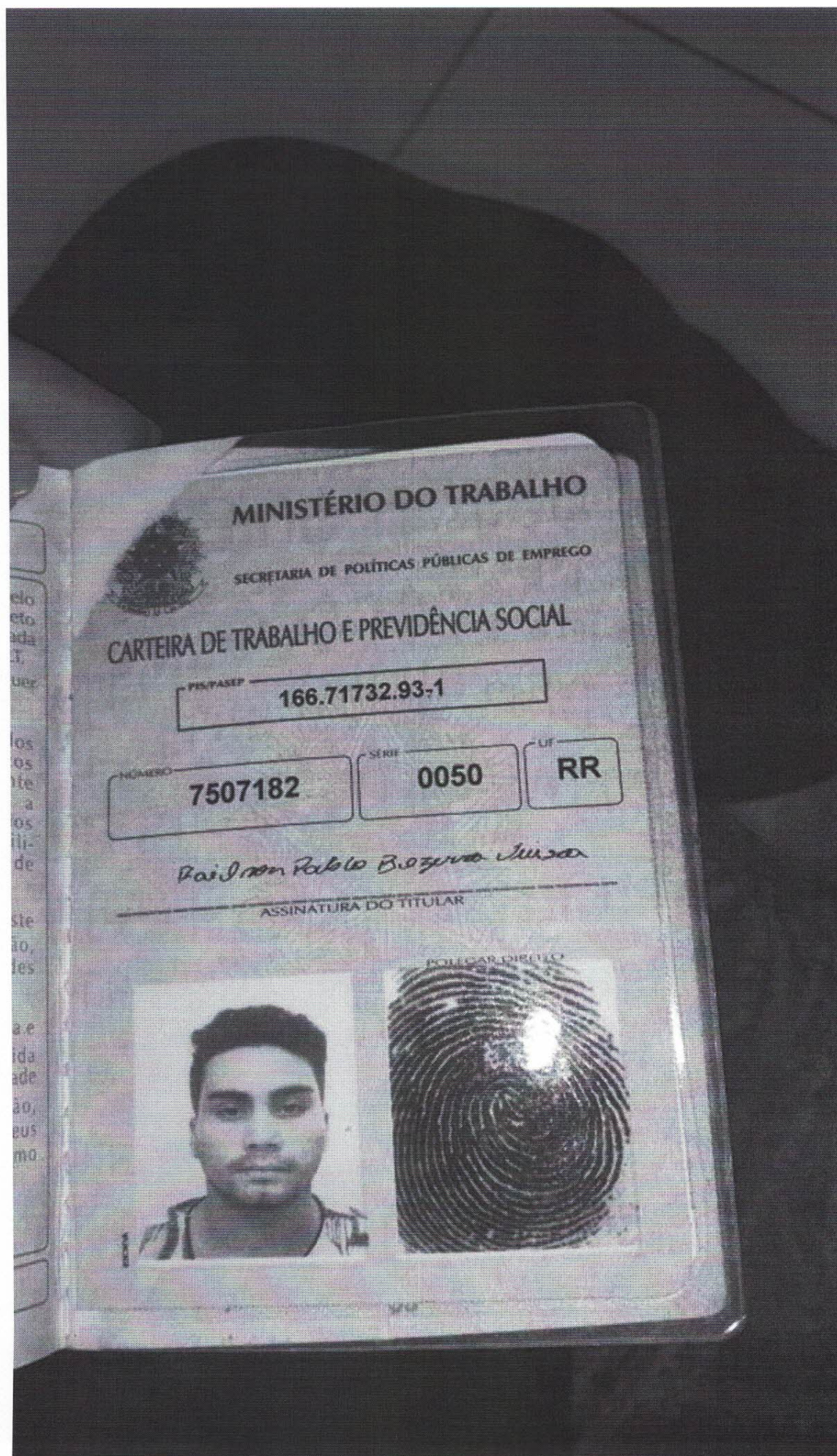
Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, 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 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, 15 de março de 2019.

Railson Pablo Bezerra Vieira

RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA



Selo e Assinatura

MOTIVO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO			
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	/ /	PARA	/ /
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
MOTIVO			
NOME			
DOCUMENTO			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
MOTIVO			
NOME			
DOCUMENTO			
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
MOTIVO			

L - CASAMENTO

E - EPITAFIO

G - D. ADOÇÃO

E - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

N - RECONHECIMENTO DE INTERDICAÇÃO

D - DATA DE NASCIMENTO

A - DATA DE NASCIMENTO

03

NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N°
PROFISSÃO	LIVRO N°
FUNÇÃO	
RESOLUÇÃO	
LOCAL	DATA
REGISTRADO EM	SOB. N°
PROFISSÃO	LIVRO N°
FUNÇÃO	
RESOLUÇÃO	
LOCAL	DATA
REGISTRADO EM	SOB. N°
PROFISSÃO	LIVRO N°
FUNÇÃO	
RESOLUÇÃO	
LOCAL	DATA

04



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0100637-1

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal 001529489

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	11/10/2018	466	283,07

LEONARDO DE SOUSA LIMA

R. TRAIRA 215 1 SANTA TEREZA

CPF: 00099925249287

CEP: 69.314-096 - BOA VISTA

ROT: 6.001.25.01.169303

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVArh		
Atual:	43725	Atual:	25/09/2018
Anterior:	43259	Anterior:	28/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/10/2018
Consumo Medido:	466	Emissão:	24/09/2018
Consumo Faturado:	466	Apresentação:	25/09/2018

Forma de Pagamento	NORMAL	Fator de Potência		Diário de Consumo	23
--------------------	--------	-------------------	--	-------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2828766	N 1512491	1.1.1.2	430

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/18	509	CONSUMO	466 A R\$ 0,574560 = 267,74
JUL/18	355	ILUMINACAO PUBLICA	15,33
JUN/18	355		
MAI/18	355		
ABR/18	478		
MAR/18	507		
FEV/18	459		
JAN/18	407		
DEZ/17	452		
NOV/17	625		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 466 - 0,456770			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SFR CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26. Parabens! Ate o dia 24/09/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 74BC.57DA.6454.98C9.5146.044E.2A23.177A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	79,83	Base de Cálculo:	267,74
Energia:	127,71	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	45,51
Encargos:	5,32	Valor do PIS:	1,66
Tributos:	54,88	Valor do COFINS:	7,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	LIC			PIC			OMIG		DIORI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82			
Realizado	4,63			14,00			1,55			

Contador: FLORESTA Período de apuração: 07/2018 EUSO: 79,03

ROT: 6.001.25.01.169303

<p>Eletrobras Distribuição Roraima</p> <p>Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3</p>	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0100637-1	283,07
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	09/2018	11/10/2018

Nº da Nota Fiscal: 001529489 FCAM

83690000002 4 83070075000 3 00000000100 8 63710913008 2



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 4104307 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 541.622.972-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Traíra, nº 215, Bairro: Santa Tereza, CEP: 69.314-096.

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, 15 de março de 2019.

Railson Pablo Bezerra Vieira

RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA

PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 809539

Vtr INTEGRADO 01	SUCp CIPTUR	Data 12/09/18	S/Setor LESTE	H/Transm 16:50	H/Ini 16:50	CH/H 16:55	H/Fir 18:30
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13006/13999	Cód. Ser. Prest. XXXXXXX	Km/Ini. XXX	Km/Fin XXXX			

CAIXA DE SINISTROS - CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

LOCAL DE OCORRÊNCIA
 AV. CB JOSE TABIRA C/ RUA SD PM ARINEU
 LOCAL FERREIRA LIMA
 Bairro: CARANA Refe.: CRUZAMENTO

28 FEV 2019

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome: JOSE MARIA RODRIGUES	Idade: 56	E. Civil: CASADO
	Endereço:	RUA ABRAIM XAUBERT 304 - APAES DA		
	Edt. R.G	31964 - RR	CNH	02452399091
	CPF	112.426.392-68	TEL	99132-0423
	Profissão:	ECONOMISTA		
2	ENVOLVIDO	Nome: RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA	Idade: 21	E. Civil: SOLTEIRO
	Endereço:	RUA TRAÍRA Nº 215 - SANTA TEREZA		
	Edt. R.G	410430-7 - RR	CNH	NÃO PORTAVA
	CPF	541.622.972-15	TEL	99129-4879
	Profissão:	MILITAR DA AERONAUTICA		
3	RESPONSÁVEL	Nome: NATÁ SOUZA CRUZ	Idade: 20	E. Civil: SOLTEIRO
	Endereço:	AV. JARDIM BLOCO 15 - ACAI Nº 304 - CIDADE SATELITE		
	Edt. R.G	N.I	CNH	NÃO PORTAVA
	CPF	034.788.952-27	TEL	99166-0277
	Profissão:	MILITAR DA AERONAUTICA		

VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1 ITEM 01 AUTOMOVEL TOYOTA COROLLA DE COR PRETA E PLACAS NOQ 1213.
 V2 ITEM 02 MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR CINZA E PLACA NAX 5650, DANOS DOS VEICULOS CONFORME PERICIA.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA *[Handwritten Signature]* CARGO *APL* LOCAL *3º DPJ*

Senhor (a) Delegado (a),

HISTORICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO ONDE O ITEM 01 NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA AV. JOSÉ TABIRA SENTIDO AV. RUI BARAUNA/CENTRO, QUANDO FEZ UMA CONVERSÃO A ESQUERDA, MOMENTO QUE O ITEM 02 QUE SEGUIA PELA MESMA VIA E SENTIDO CONTRÁRIO, O ABALROOU LATERALMENTE.

NÓ LOCAL A PERICIA FOI FEITA PELO PERITO DIMAS E O ITEM 02 FOI CONDUZIDO PARA ATENDIMENTO MEDICO POR UMA VIATURA DO SAMU QUE INFORMOU QUE O CONDUTOR ESTAVA COM UMA FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO. O VEICULO DO ITEM 02 FOI LIBERADO AO ITEM 03 E O VEICULO DO ITEM 01 FOI LIBERADO AO SEU RESPECTIVO CONDUTOR.

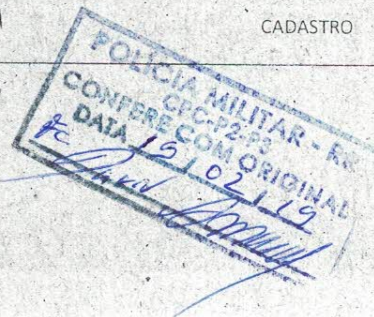
INFORMO AINDA QUE O ITEM 01 SE PRONTIFICOU A PAGAR OS DANOS DO ITEM 02. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

[Handwritten Signature]
 OSANIEL

40.230-3
 CADASTRO

SGT QEPM
 Posto/Graduação

CIPTUR
 SUOp





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 036205/2018/ 3º DISTRITO POLICIAL**

O Sr.º

NOME: **RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA**

RG : **410430-7 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **24/01/1997**

TELEFONE: **99129-4879**

ENDEREÇO: **RUA – TRAÍRA, 215**

BAIRRO: **SANTA TEREZA**



O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo, nome do Proprietário e o horário exato do acidente.

- **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES;**
- **PLACA – NAX 5650;**
- **ANO 2008/2009;**
- **CHASSI 9C2KC15209R004421;**
- **16:33 e não 16:50;**
- **EDVALDO MATOS DA SILVA;**



Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matricula: 042000855

Boa Vista - RR, 09 de Janeiro de 2019.

RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA
Comunicante



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

508370



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036205/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/09/2018 18:50 Data/Hora Fim: 12/09/2018 19:21
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 12/09/2018 16:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Caranã
Logradouro: Av. Cb José Tabira c/ Rua Sd Pm Arineu Ferreira de Lima

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abalroamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 21
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 410430-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Traira
Bairro: Santa Tereza

Nº: 215

CONFERE COM ORIGINAL
Data: 09/01/2019
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

Nome Civil: JOSÉ MARIA RODRIGUES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 56
Profissão: Economista
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 31964

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Abraim Xaud
Bairro: Aparecida

Nº: 301

Nome Civil: NATÁ SOUZA CRUZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 21
Profissão: Militar da Aeronáutica
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 034.788.952-27

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Adriano Silva Severino Santos
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 09/01/2019 08:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036205/2018

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Jardim, Condomínio Açai
Bairro: Cidade Satélite

Nº: Bc 15, Ap 304

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX5650	Número do Chassi *****04421
Ano/Modelo Fabricação 2009/2008	Cor Cinza
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Railson Pablo Bezerra Vieira	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NOQ1213	Número do Chassi *****25968
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor Preta
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA GLI18FLEX	Modelo TOYOTA/COROLLA GLI18FLEX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Maria Rodrigues	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP RELATA:

Fomos acionados via Ciop's para atender uma ocorrência de trânsito do endereço acima citado onde o item 01 (José Maria Rodrigues) nos informou que seguia pela Av. José Tabira sentido Av. Rui Baraúna/Centro, quando fez uma conversão a esquerda, momento que o item 02 (Railson Pablo Bezerra Vieira), que seguia pela mesma via e sentido contrário, o abalroou lateralmente. No local a perícia foi feita pelo perito Dimas e o item 02 (Railson Pablo Bezerra Vieira) foi conduzido para atendimento médico por uma viatura do Samu que informou que o condutor estava com uma fratura no braço esquerdo. O veículo do item 02 (Railson Pablo Bezerra Vieira) foi liberado ao item 03 (Natã Souza Cruz) e o veículo do item 01 (José Maria Rodrigues) foi liberado ao seu respectivo condutor. Informo ainda que o item 01 (José Maria Rodrigues) se prontificou a pagar os danos do item 02 (Railson Pablo Bezerra Vieira).
Era o que tinha a relatar.

ÁREA DE SINISTROS - DPVST
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A



Delegado de Polícia Civil: Adriano Silva Severino Santos
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 09/01/2019 08:44
Protocolo nº: Não disponível

Boa Vista - RR - Página 2 de 3



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036205/2018

ASSINATURAS

Carlos Ernanes Benevenuto Miranda
Responsável pelo Atendimento

"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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
Confere com original
Data: 09/01/2019
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908



PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1850		192									
UNIDADE: <u>B III</u>		EQUIPE: <u>SAMUEL / HELIADO</u>													
Paciente: <u>RAILSON PAULO BEZERRA VIEIRA</u>		Idade: <u>22</u>		Sexo: <u>M</u>											
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []													
Endereço: <u>RUA FABRICA DE ALONCAN MACEDO</u>		Bairro: <u>BARANA</u>													
Nº <u>17.131</u>	DATA <u>12/09/2018</u>	HORA J/9: <u>16:33</u>	BASE <u>VIA ()</u>	[] RADIO											
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>PAULO</u>		HORA J/10: <u>16:38</u>		[] PELLAR											
MOTIVO DO ACIONAMENTO: <u>MOTO CARRO</u>		GT: <u>17:11</u>													
ACIONAMENTO		[X] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO													
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()															
MECANISMO DE TRAUMA															
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS									
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>CARRO</u> <input type="checkbox"/> Colisão Bicicleta X		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> RAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____									
PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA		VIOLÊNCIA		OUTROS									
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> CICLOVIA [] VIA [] CALÇADA <input type="checkbox"/> FAIXA DE PEDESTRE		<input type="checkbox"/> Queda de moto [] Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Outros: _____									
AVALIAÇÃO INICIAL															
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA									
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora <input type="checkbox"/> Outros: _____									
SINAIS VITAIS E ESCORES															
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR							
Início <u>16:45</u>	<u>130x80</u>	<u>80</u>	<u>20</u>	<u>99</u>											
Fim <u>16:51</u>	<u>130x90</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>100</u>											
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA															
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax		Abdome					
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração					
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMI		OCULAR		VERBAL		MOTORA			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		<input type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localização dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta			
AVALIAÇÃO CARDÍACA								AFECÇÃO CLÍNICA				HISTÓRIA PEGRESSA			
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Medicação de uso: _____			
GRAVIDADE PRESUMIDA		[] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA		[] ÓBITO		Obs: _____									
INCIDENTE		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS									
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ [] Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____													

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
EM 06/12/18
Saphanie

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

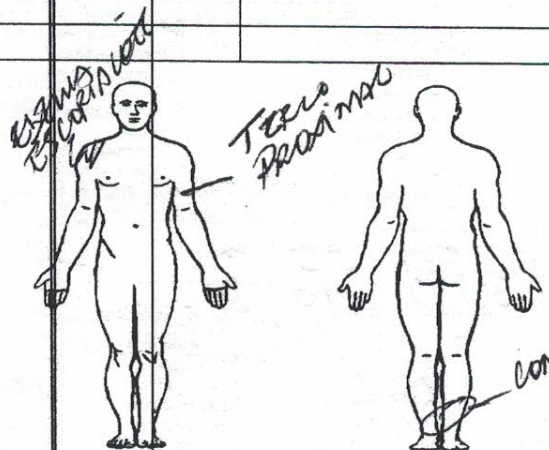
DISTRITO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clinicas/RR- HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HC SA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota		

		GESTANTE	
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	<input type="checkbox"/> Aborto

PERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	

TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

MATERIAL E MEDICAÇÃO	
02 ATADRES 20 cm	
01 ATADRES 8 cm	



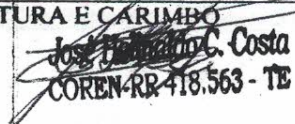
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

 28 FEV 2019

 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Joffre Bazeira, 484 - Boa Vista - RR

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COLISÃO MOTO X CARRO. ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA DO SOLO. APRESENTA ESCORPIAÇÕES EM OMBRO (D), FÊMUR UMEIRO E CONTUSÃO EM MMII. SEM ALTERAÇÕES NA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA. AO QM: CONTINUA REGULACÃO MEDICA.

SAMU 192-RV
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 06/12/18
 Stephanie

ASSINATURA E CARIMBO

 JOSE EDSON C. COSTA
 COREN-RR 418.563 - TE

NHE
 M^a Ericka M. Guimarães
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR 664 194 TE

... Guia de Atendimento U2 ...

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



1801008128	12/09/2018 17:10:38	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	39
Paciente RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE 4104307 SSP/RR		M	SOLTEIRO(APARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe ANTONIA CLEUDIMAR BEZERRA VIEIRA		Pai EDVALDO SILVA VIEIRA	Contato (95) 99174-7633		
Endereço RUA - CRUZEIRO DO SUL - 1943 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR		Ocupação			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			KAREN.GARCIA	
Queixa Principal <i>Acidente carro e moto</i>					
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL
				AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <i>17:30 h</i>) <i>Paciente relata acidente envolvendo carro e moto há horas, com o lado direito MS Esquerdo e MT direito,</i>				GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bandeira, 464 - Boa Vista - RR 28 FEV 2019 ÁREA DE GABINETES - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Exame Físico <i>RG, AAA, LOTE, exposto, cateterizado, imobilizado.</i>					
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura Membro Superior Esquerdo</i>					
SADT - Exames Complementares					
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Tipitil 400mg Long ADL EV</i>					
<i>Dipirona 2g IV</i>					
<i>Furo</i>					
Mônica de Brito da Silva Técnica em Enfermagem COREN-RR 639901					
Carlos Henrique da Rosa Médico CRM-RR 1613					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Boa Vista - RR (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO DEZ. 2018 Certifico e Dou Fé que a presente é fiel reprodução original que foi feita neste Hospital.					
Condução					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
<i>Atendimento Ortopedia</i>					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 12/09/2018 17:32:49			Mônica Freire Médico CRM/RR 1613		
© 2018 SISECH - Soluções em Tecnologia S/A - Hospital Geral de Roraima RR - 43.068 - 01.08.23			1801008128		

Bleed utz 21/09

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: HGR; 2 - CNES; 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Rainbow Pabulo Bazzera Vieira; 4 - CNES; IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: 5 - NOME DO PACIENTE: Pabulo Bazzera Vieira; 6 - N° DO PRONTUÁRIO: 268020; 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS); 8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/01/97; 9 - SEXO; 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Antônia Claudimar Bazzera Vieira; 11 - TELEFONE DE CONTATO; 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): Rua Cruzaria do Sul 1943, Santa Sevírio Leão; 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista; 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO; 15 - UF: RN; 16 - CEP.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO: 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Perda de peso com deficiência alimentar; 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia; 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS); 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Ja Amarelado; 21 - CID 10 PRINCIPAL; 22 - CID 10 SECUNDÁRIO; 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS.

AREA DE SINISTROS - DP CONTEÚDO NÃO VERIFICA 28 FEV 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 454 - Boa Vista

PROFESSOR DE MEDICINA GERAL... AUTENTICADO... 08 DEZ. 2018... Certificado de Autenticidade... que foi apresentado neste hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO; 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO; 26 - CLÍNICA; 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO; 28 - DOCUMENTO (CNS); 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE; 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE; 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO; 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO); 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; 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; 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF; 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR; 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 17/01/19; 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO); 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019 T068 5424 V299

ate 20.9



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

Raulson Pablo Bezerra

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de Trânsito com deformação do ombro @

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

@ 1200 6/11

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Curitiba, 110 - Ilhéus, 454 - Ilhéus, BA

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fa @ Ombro @

Autenticação
Certifico e Dou Fé que a cópia é fiel Reprodução Original deste Hospital
07 DEZ. 2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Resultados @ Ombro @

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO

30 - CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BIJETE

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408020385
5424

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

20/02/19

20.9

V299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20 09 18 O.S. _____

Raúlca Pablo Bezerra

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Carlos Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Fone: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
09 DEZ 2018
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Cotovelo @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese Cotovelo @

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Eugenio 1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Michel ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Tucação lateral

Disco x Plano

Encontra-se Fx supracondillear

União @ Obeser Espiralada

Redução - Estabilizada com placa

DCP 3.5 mm + 07 Parafusos

Fechamento x Planos

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Aplicando o Patrimônio dos Brasileiros"

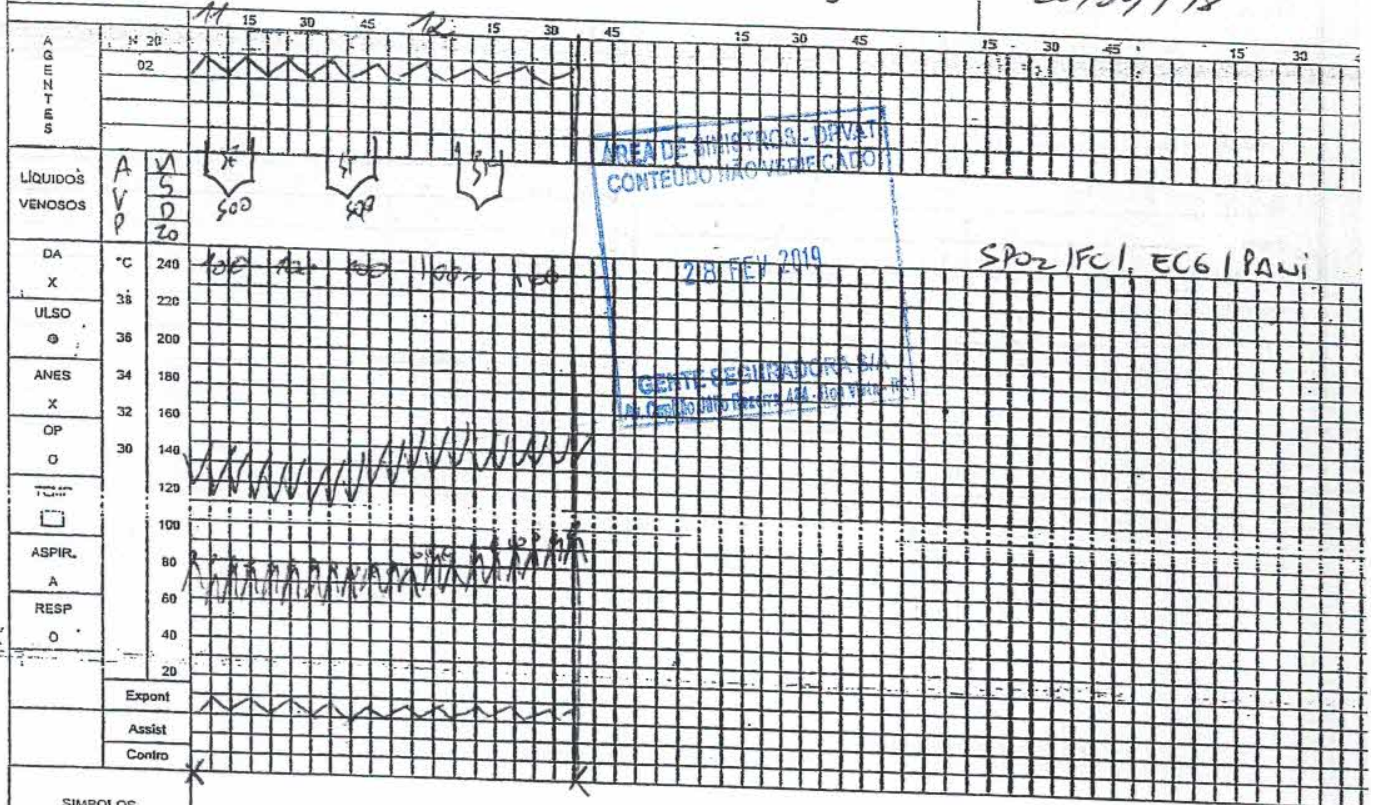
FICHA DE ANESTESIA

Railson Pablo Bezerra - 27 anos - Pt.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 70mcg + Midazolam 5mg

300 Vaso
20/09/18



ÁREA DE ANESTESIA - PRIVADA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 FEB 2019
CENTRO DE ANESTESIA
IN. CENTRO DE ANESTESIA AD. HGR VASCO

SP02 / FC / ECG / PA /

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Midazolam 5mg	30ml	Bloquia plexa braquiial via intrasclerica	* Monitorização + Mec. Ap. 1) Pré oxigenação O ₂ 100% 2) Aspirar secreções caviu 3) Punção plexa braquiial via intrasclerica guiada por USG. 4) Infiltração lidocaína 4,5% 30ml. 5) Alfalato 2g
B	Cefalotina	2g		
C	Tenoxicen	40mg		
D	Dexamet	4mg	guiada por USG.	
E	Ondasetron	8mg	sob vent.	
F	Dipirona	2g	esponanea	
G	GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
	NDCC		Naso / Orotraqueal - Ceps	
	SANGUE		Bal - Tampa - Cuffim do Tubo	
		5% 150 ml	Sob Máscara	
			Dificuldade Técnica	não houve.
TOTAL			1500 ml.	11:00 - 12:30 = 7:30
OPERAÇÃO				Laringo - Espasmo - Excesso Secre Descon. De Paciente - 1g - 5g "Bucking" - Vômito
Osositero Úmero (E)				Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGIÃO	PERDA SANGUINEA	
Dr Michel / Marcos R,		Dr Jefferson / Carlos Henrique		

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106

6) Tenoxicen 40g
7) Dexamet 4mg + Ondaset. 8g
8) Ao RPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

ÁREA DE ANESTESIA - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Condão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 21	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Raulson Pablo Bezerra		401-02		20 / 03 / 2018

CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Antecessores de útero (E)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	11:15	12:25	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: Dr. Michel
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr (R) Marcos e Dr (R) Bruno
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE: Jank
	Refeony e Jetho

TIPO DE ANESTESIA: BPS TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO 100ML N.º 0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 20	
	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 20	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
7	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA03ML		1	CERA P/OSSO Atadene Japan	
	SERINGA05 ML		100ml	KIT CATARATANº 00000000	
7	SERINGA 10ML		100 ml	GEOFOAM Acept 9 107	
	SERINGA20ML		1	RITA CARDIACA 00000000	
1	Equipamento Maeno		1	OUTROS: Eletrodos	
1	Felco n.º 18				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
Jank	SUB- TOTAL	
ENFERMEIRA CHEFE	TAXA DE SALA	
Bruno e Sullen	TAXA DE ANESTESIA	
FUNCIÓNÁRIO/CALCULOS	SOMA	
CIRCULANTE DE SALA	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	
Refeony e Jetho		



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de úmero (E)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

Idade 21

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

Data: 20/09/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Raibon Pablo Bezerra

Idade 21

Bloco: D Enfermaria 401 Leito: 02

Caixa: Pequenos Fragmentos

Nº 315

Circulante: Zenon e Jetro

Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa de 8 Furos DCP

Parafuso cortical N. 26 L N. 28 M N. 30 F

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Raimundo Gomes, S/N
Nova Planície Tel (93) 2121-0020

AUTENTICACÃO

20 DEZ. 2018

Certifico e Dou Feitas as presentes
cópia e fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

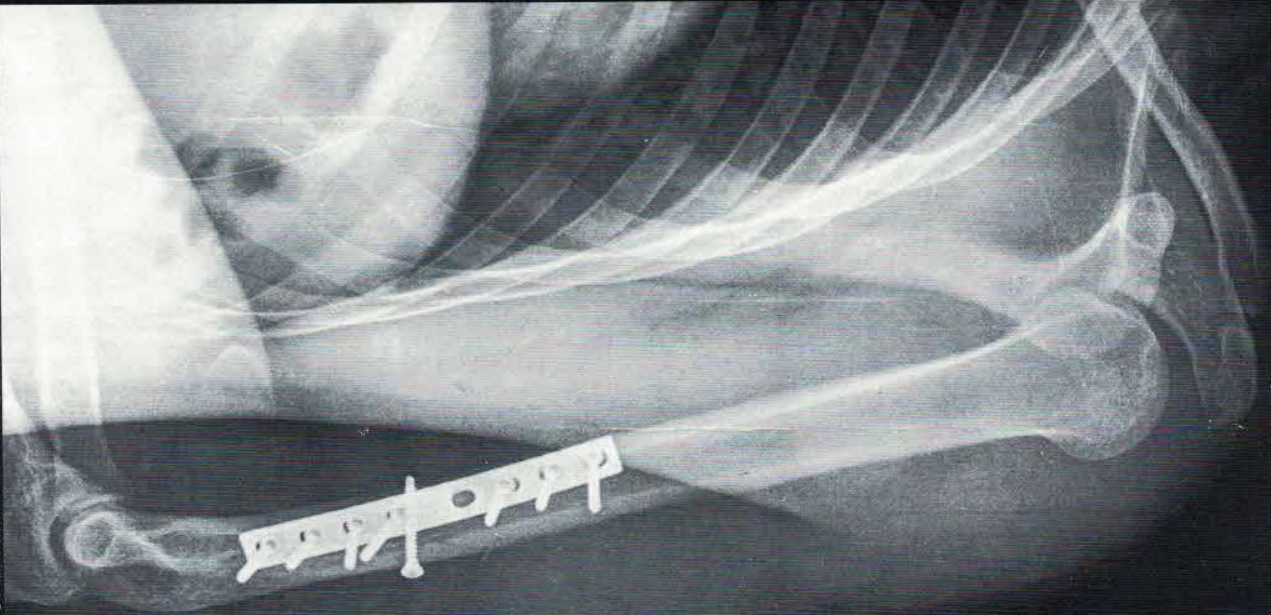
2ª Via - CME



, RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

12/9/2018 18:18:42

53.7 %



44.0 %

21/9/2018 10:53:46

RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



40.8 %

21/9/2018 10:53:46

TR QUEIMSON ED FRANCLILENE



71,3%

, RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/9/2018 11:34:41

BLOCO D 401-02

ADRIANO ED. SAMARA

77,2%



19/9/2018 11:34:41

SINISTRO 3190180247 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RAILSON PABLO BEZERRA VIEIRA

CPF/CNPJ: 54162297215

Posição em 15-03-2019 12:30:42

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50