

Eletrobras
 Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **SEU CÓDIGO** 0124795-6

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ezequiel Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal 001176639
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 36813 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 25 de abril de 2002.

CONTAS MES **VENCIMENTO** **CONSUMO (KWh)** **TOTAL A PAGAR (R\$)**
 JULHO/2018 11/08/2018 391 255,61

MARINEZ DOS SANTOS CARVALHO
 R. BELARMINO F MAGALHÃES 2169 1 TANCREDO NEVES
 CPF: 00022566287287
 CEP: 69.313-485 - BOA VISTA
 ROT: 6.001.13.13.040603

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11776	Atual:	26/07/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	28/08/2018
Constante de Multiplicação:	391	Anterior:	25/07/2018
Consumo Medido:	391	Próxima Leitura:	26/07/2018
Consumo Faturado:		Emissão:	30
		Apresentação:	

RESIDENCIAL		DADOS DE ENDEREÇO		CONSUMO	
Classif/Subclassif	LIgação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
JUN/18	406	CONSUMO	391 A R\$ 0,568081 =		222,11
MAR/18	375	CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00			0,10
ABR/18	418	MULTA POR ATRASO DE I 04/18-00			4,31
MAR/18	435	JUROS DE MORA POR ATR 04/18-00			1,13
FEV/18	379	MULTA POR ATRASO 04/18-00			0,33
JAN/18	366	JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00			4,78
DEZ/17	381	ILUMINACAO PUBLICA			4,22
NOV/17	462				18,63
OUT/17	420				
SET/17	339				

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 391 - 0,456770

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2018

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

Mes/Ano Valor (R\$) 06/2018 261,64

ENERGIA ELÉTRICA A PARTIR DE JULHO/2018, EM FUNÇÃO DAS CONTAS REALIZADAS NESTA FATURA, O NOVO PAGAMENTO PODERÁ ENVIAR TAMBÉM A INCLUSÃO DO NOME DO CONSUMIDOR NA CCRANSA. INFORMAMOS AINDA EXISTIREM CONTAS VENCIDAS E JÁ REALIZADAS NO VALOR DE R\$ 245,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM Nossos CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

0073.35D1.135D.1699.C742.F5FE.D20B.CF6C

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	66,99	Distribuição:	4,46	Base de Cálculo:	37,75
	107,16	Energia:	43,50	Alíquota ICMS:	1,01
	0,00	Transmissão:		Valor do ICMS:	4,74
		Encargos:		Valor do PIS:	
		Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
1,67			4,00			0,69	

FLORESTA 05/2018 84,15
 ROT: 6.001.13.13.040603

Eletrobras
 Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ezequiel Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal 001176639 FCAM
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0124795-6
 VENCIMENTO 07/2018
 TOTAL A PAGAR - R\$ 255,61
 VENCIMENTO 11/08/2018

83610000002 2 55610075000 0 00000000124 8 79560718008 5

SEQ.: 00000 UC: 0124795-6 DT.LEIT.: 26/07/2018 T.ENR.: 07
 LEITURA: 12167 NORMAL TOTAL: 255,61 CARGA: 015
 DT.VENC.: 11/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1031

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVPU EJCY3 F8RP2 MC3A9





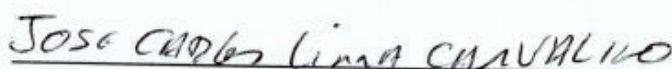
PROCURAÇÃO "AD JUDITIA"

Outorgante: JOSE CARLOS LIMA CARVALHO, brasileiro, solteiro, funcionário público, portadora da carteira de identidade RG Nº 63503 SSP/RR e inscrita no CPF sob o Nº 199777512-34, residente e domiciliada nesta Cidade, na Rua Belarmino F. Magalhaes, Nº 2169, CEP. 69.313-485, Bairro Tancredo Neves, Município de Boa Vista – RR.

Outorgado: RENATA SOUZA DA ROCHA, brasileiro, solteira, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1589, **ANA KAROLINE LEITÃO VALE**, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1669 e **MAYCON QUARESMA LEITÃO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob Nº 1974, com escritório localizado no endereço Rua Santa Clara, Nº 593, Bairro: Centenário, CEP. 69.312-635, Boa Vista – RR, Telefones: (95) 99119-0429, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o (a) 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 juditia**", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber e dar quitação.

Boa Vista - RR, 19 de março de 2019.


JOSE CARLOS LIMA CARVALHO
CPF. 199777512-34

RUA SANTA CLARA, 593. CENTENÁRIO - BOA VISTA-RR
(95) 9119-0429 | (95) 9113-3533 | (95) 9115-0318





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: JOSE CARLOS LIMA CARVALHO, brasileiro, solteiro, funcionário público, portadora da carteira de identidade RG Nº 63503 SSP/RR e inscrita no CPF sob o Nº 199777512-34, residente e domiciliada nesta Cidade, na Rua Belarmino F. Magalhaes, Nº 2169, CEP. 69.313-485, Bairro Tancredo Neves, Município de Boa Vista – RR.

Declaro, para os devidos fins e a quem interessar que sou pobre no conceito legal, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, com isto necessitando do abrigo da lei 1.060/50 e Art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

Boa Vista - RR, 19 de março de 2019.



JOSE CARLOS LIMA CARVALHO
JOSE CARLOS LIMA CARVALHO
CPF: 199777512-34



Para esclarecer dúvidas sobre seu pagamento, procure imediatamente sua unidade pagadora.

COMPROVANTE DE RENDIMENTOS - FOLHA NORMAL								
GOVERNO DO EX-TERRITORIO DE RORAIMA								
SIGLA DA UPAG SEGAD		UF RR	REG. JURÍDICO EST	SITUAÇÃO FUNCIONAL ATIVO PERMANENTE	SIGLA DA UORG SESP		UF RR	
NOME DO SERVIDOR JOSE CARLOS LIMA CARVALHO			MAT. SIAPE 711132		IDENT. ÚNICA 7111320			
CARGO/EMPREGO AUX OPERAC SERV DIVERSOS		CLASSE S	REF/PADRAO/NIVEL III		FUNÇÃO *** **			
DEPENDENTE S.F. 00	DEPENDENTE IR 00	A.T.S.(%) 12	CPF 19977751234		MÉS/ANO PAGAMENTO JAN 2019			
CONTA PARA RECEBIMENTO DE SALÁRIO				CONTA PARA OUTRAS OPERAÇÕES				
BANCO 104	AGÊNCIA 006530	CONTA SALÁRIO 0009998636359		BANCO 104	AGÊNCIA 006530	CONTA 0130000052500		
PARÂMETROS PARA PAGAMENTO DE APOSENTADORIA								
FUNDAMENTO LEGAL			GRUPO ***	CARGO ***	CLASSE *	REF/PAD/NIV ***		
TIPO	DISCRIMINAÇÃO			PRAZO	VALOR			
RENDIMENTOS	VENCIMENTO BASICO				1.293,49			
	ANUENIO - ART.244, LEI 8112/90				155,21			
	AUXILIO-ALIMENTACAO				458,00			
	V.P.TRANSITORIA ART.2 MP1573-7				39,59			
	GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT				827,20			
	GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT				206,80			
	GEAAPGPE - LEI 11.784/2008 AT				795,65			
	DESCONTOS	CONTRIB PREV ABERTA - SCMS				5,91		
		MENSALIDADE SINDICAL - SINDSEP				28,32		
		EMPREST BCO OFICIAL - CEF			056	47,08		
EMPREST BCO PRIVADOS - ITAU BM			048	20,00				
EMPREST BCO PRIVADOS - ITAU BM			013	20,00				
EMPREST BCO PRIVADOS - ITAU BM			093	75,08				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	58,78				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	84,00				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	57,47				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	49,27				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	130,13				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			093	51,55				
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			064	37,47				
EMPREST BCO PRIVADOS - BMG			002	140,34				
EMPREST BCO PRIVADOS - BRADFIN			055	237,30				
MENSALIDADE SINDICAL - SINPOL/				50,00				
AMORT CARTAO CREDITO - BMG			001	150,36				
CONT. PLANO SEGURIDADE SOCIAL				360,61				
IMPOSTO DE RENDA RETIDO FONTE				87,91				
Eduque-se financeiramente: Portal do Servidor/Gestão de Pessoas/Capacitação/Educação Financeira.								
BASE CÁLCULO DO TETO 0,00		DEPÓSITO FGTS 0,00		BRUTO 3.775,94		DESCONTO 1.671,58		
BASE CÁLCULO DO I.R. 2.951,42		MARGEM CONSIGNÁVEL 70% 801,33	MARGEM CONSIGNÁVEL 30% 1,00	MARGEM CONSIGNÁVEL 5% 15,53	LÍQUIDO 2.104,36			
Autenticação Nº 1DC8.0AA4.6EA5.E87A.6067.02B2								
Data de emissão: 20/03/2019 11:15:37								
Este contracheque foi impresso pelo Sigepe, de acordo com a Portaria SRH/MP Nº 1.825, de 19/09/2007, tendo fé pública em todo território nacional. Vale como original. Para conferir a autenticidade acessar servicosdoservidor.planejamento.gov.br serviço Autenticação de Documentos.								



 FICHA DE ATENDIMENTO		Nº <u>198</u>						
UNIDADE: <u>SMU</u>		EQUIPE: <u>Maya, Renata, Choro</u>						
Paciente: <u>Pro. Renata Lima Carneiro</u>		Idade: <u>58</u> Sexo: <u>MSC</u>						
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia						
Endereço: <u>Av. ...</u>		Bairro: <u>Belvedere Satélite</u>						
Nº <u>788</u>		DATA: <u>23/06/18</u>		HORA J/9: <u>15:53</u>				
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Dr. Anderson</u>		HORA J/10: <u>16:00</u>		<input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO <input type="checkbox"/> CELULAR				
MOTIVO: <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> 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 <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		AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio				
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		MOTOCICLETA / BICICLETA <input type="checkbox"/> Colisão MOTO X _____ <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> 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: _____				
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS <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"/> Outro: _____		VENTILAÇÃO <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		CIRCULAÇÃO <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				
AVAN. NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Esc. visual "DOR"		APAGAR						
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"	APAGAR
Início	<u>120x80</u>	<u>80</u>	<u>15</u>	<u>98</u>				
Fim	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>15</u>	<u>98</u>				
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
Pele <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	Cabeça <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 type="checkbox"/> Mandíbula	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Erg. abua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração			
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS				
AVALIAÇÃO CARDÍACA <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"/> Neuroológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso			
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:			MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:					
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:			OBSERVAÇÕES COPIAR COM O ORIGINAL EM 17/08/18					
STNO: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clinicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros				

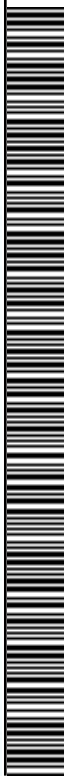
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)
 AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (de viatura)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Rua ... 484 - Boa Vista - RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTNZ MQ6UN 9RX4F KXS7B



Raquel L. Salazar
Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TE
NHE(UVE)
15.02.18

acidente de moto

12/10/2018
16:40

BLOCO A

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3300 - AEROPORTO

reio com 2amu.

Data: 27/02/2019

Paciente: **José Carlos Carvalho** Data Nascimento: **20/11/1965** Idade: **53** CNIS: **30003451688403** CPF: **399.771.532-39**

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: **MA** Data Emissão: **15/02/18** Sexo: **M** Estado Civil: **C** Raça/Cor: **Branco** Nacionalidade: **brasileira**

Mãe: **Márcia Lima Carvalho** Pai: **Landimiro Estevam Carvalho**

Endereço: **363376**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **URGÊNCIA** Autorização: **URGÊNCIA** Sis. Privado: **URGÊNCIA**

Motivo do Atendimento: **URGÊNCIA** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **URGÊNCIA** Procedência: **URGÊNCIA** Temp.: **URGÊNCIA** Pesu: **URGÊNCIA** Prescrição: **URGÊNCIA**

Sector: **URGÊNCIA** Tipo de Chegada: **URGÊNCIA** Registrado por: **URGÊNCIA**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **23 AGO 2018** GSC: **100** TOT: **100**

AO: 1234 RV: 123456 ARA: 123456

Anamnese (HORA DA CONSULTA - : : h): **16:40**

Doença: **Acidente de trânsito (motorista) este**

Exame Físico: **Amc de 02**

Hipótese Diagnóstica: **Conte contusões na pele de membros superiores**

SADT - Exames Complementares: RAD-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) SF. 0191 100ml		
2) Dexametasona 2x (10)		
3) Paracetamol 500mg 4x (10)		
4) Cloridrato de Paracetamol 500mg 4x (10)		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 3300
Novo Planalto - Tel: (95) 3121-0620
AUTENTICAÇÃO
10 MAIO 2018
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Conduta: Alta por Decisão Médica Ambulatório Alta a Pedido Observação (Até 24h) Alta a Reconv. Internação Transferência para: **URGÊNCIA** Data e Hora da Saída/Alta: **16:40**

Óbito: Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família Mt. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável:
Elisângela Roberto da Silva
Técnica Enfermagem
COREN-RR 0411000-AE
COREN-RR 01223378-TE
CCI H
4610211X

Carimbo e Assinatura do Médico:
Mayron Duarte Melo
Médico
CRM-RR 1961

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *Jon Carlos Lencinho*

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

Paciente vítima de trauma de mão direita

TNE D

Procedimento cirúrgico ortopédico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Dr. *Ildeu P. Silva*

Ortopedia e Traumatologia CRM: 1739

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

Ex físico + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fx pilão + tbrao d D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia fx pilão tbrao d D

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

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/02/18

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 DO TALENTO

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 - 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

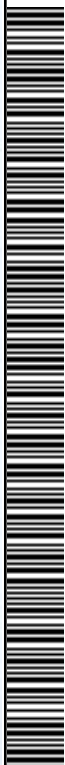
0408050543

5823

927

V299

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJJ8Q LD7TL 7BUPU 35K2R





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

51ª 09:25 garoto

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jose Carlos Lima Cavalho	120-04	512	27/02/18

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteomielite fr. platar tibial	09:30	10:45	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Patrick	Dr. M...
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
R3 Raissa	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
R3 Helson	
	CIRCULANTE
	Marcelina

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ul
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		7	FIO VICRYL Nº 0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20			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	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
7	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter 02	
			1	OUTROS: Eletrodos	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR AUTENTICAÇÃO
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	18 MAIO 2018
ENFERMEIRA CHEFE Suelen	TAXA DE SALA	SUB-TOTAL
Bruno	TAXA DE ANESTESIA	Certifico e Dou a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital
INSTRUMENTADOR(A)		SOMA
CIRCULANTE DE SALA		
Marcelina S. Lopes Auxiliar de Enfermagem COREN/RR 344.932	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJJL8Q LD7TL 7BUPU 35K2R





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE José Carlos Lima Cavalho, 52 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de Fíbula Tibial (D)

NO DIA 27/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE:
osteossíntese de Fíbula Tibial (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Fabrick E DR. Edilson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/01/18, ÀS 13:00, EM
COM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 8/02/18, ÀS 13:00, COM O
DR. Fabrick Pagolo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
CENTRO SEGURADOR DE
RORAIMA, S/A - Boa Vista - RR

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO, EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Fabrick

BOA VISTA, 28/01/18

[Signature]
MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco de Assis Silva ANOS, 79
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/02/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur distal

NO DIA 17/04/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE:
osteossíntese de fêmur distal SENDO
OPERADO PELO DR. Roberto E DR. Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/04/18, ÀS 13:00 E: M
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/04/18, ÀS 08:00, COM O
DR. Roberto

ÁREA DE SIMPÓSIO / DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2018

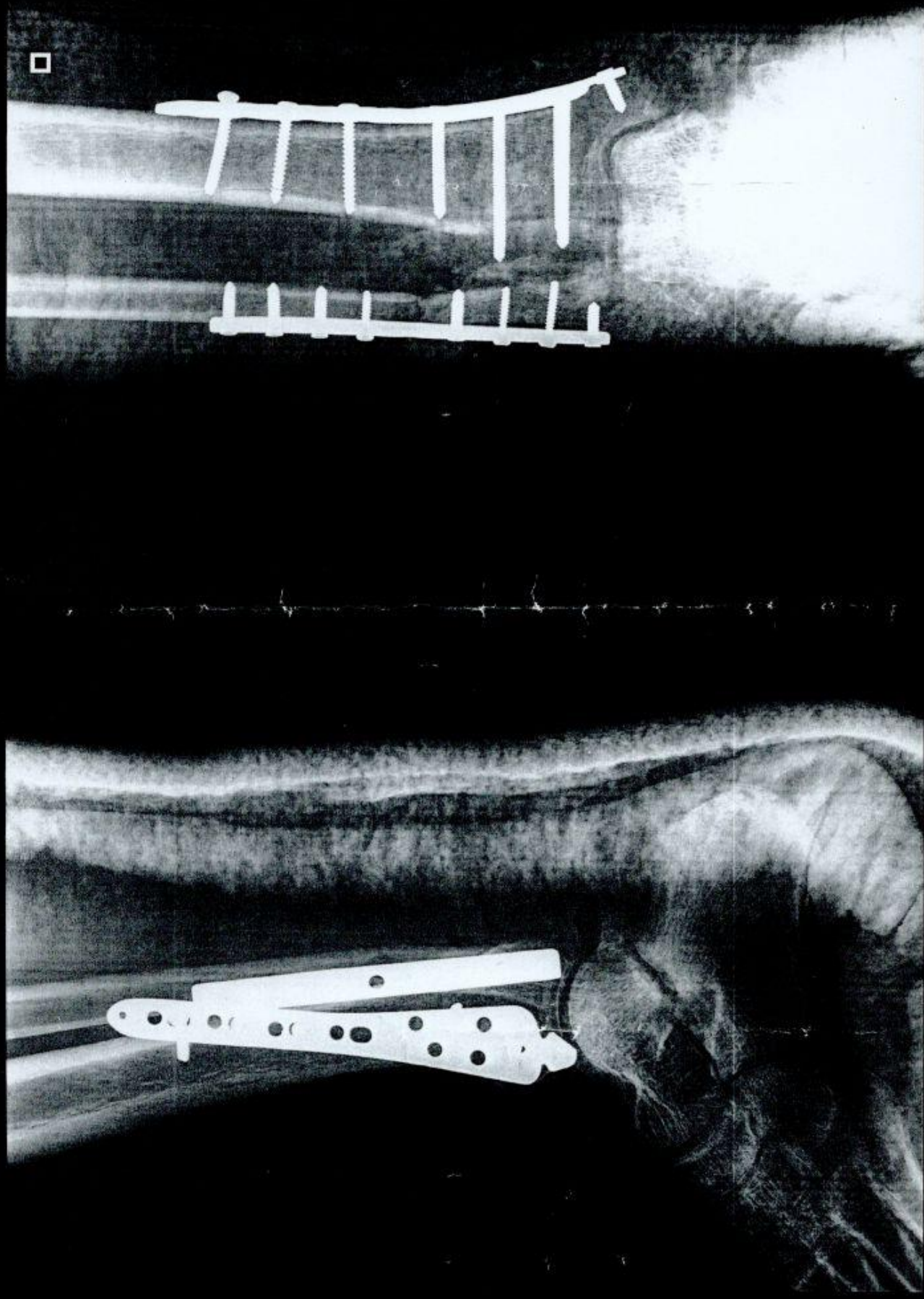
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 434 - Boa Vista - RR

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO, EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Brig. Eduardo Gomes, s/n
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0420
AUTENTICAÇÃO
10 MAIO 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Roberto
BOA VISTA, 17/04/18
Roberto
MÉDICO



JOSE CARLOS LIMA

HOSPITAL CORONEL MOTA

4007

11/04/2018

Vilson

65.5 %



967547



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006543/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2018 06:56 Data/Hora Fim: 13/02/2018 07:31
Origem: Policia Militar Nº do Documento: ROP PM 808164 SERIE J Data: 12/02/2018
Delegado de Policia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 12/02/2018 16:00
Local do Fato
Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Dom Aparecido José Dias
Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Bairro: Cidade Satélite
Nº: 151

Natureza 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito
Meio(s) Empregado(s) Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERICA COSTA EVANGELISTA (ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 27
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: av. padre anchieta Nº: 1703
Bairro: silvio leite

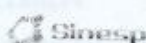
Nome Civil: CIANE GENTIL DO CARMO (PREPOSTO)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino
Estado Civil: União Estável

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: conjunto açai, bloco 04 Nº: 404
Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ROSEMAR CRISPIM BRASIL (TESTEMUNHA)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 0
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua veja Nº: 634
Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: JOSÉ CARLOS LIMA CARVALHO (ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 0



Delegado de Policia Civil: Adriano Silva Severino Santos
Impresso por: Zuleide da Costa Lima
Data de Impressão: 17/08/2018 10:03

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6TH FJALK UFB3A ITQ7Y

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006543/2018

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua belarmino fernandes magalhães

Nº: 2169

Bairro: Tancredo Neves

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROPPM: Que esta guarnição foi acionada para atender ocorrência de acidente de trânsito; Que Erica transitava pela Av. Dom Aparecido José Dias no sentido Av. do Sol - RR205 e conduzia o veículo VW Fox, cinza, placa NAM-2861; Que esta parou na faixa para que a pedestre Ciana pudesse atravessar; Que José transitava na mesma via e sentido conduzindo uma motocicleta YAMAHA FACTOR, preta, placa NAM-1319; Que este não parou na faixa vindo a abalroar na traseira do veículo; Que o mesmo foi conduzido ao PSE pelo SAMU; Que o local foi periciado e o veículo Fox liberado devido está legal, já a motocicleta foi encaminhado ao pátio do Detran; Que o condutor da motocicleta por está em visível estado de embriagues e esta hospitalizado, não foi apresenta a autoridade policial. Era o relato

ASSINATURAS

Washington Baião da Silva
Responsável pelo Atendimento

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



SINISTRO 3180393025 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS LIMA CARVALHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE CARLOS LIMA CARVALHO

CPF/CNPJ: 19977751234

Posição em 26-03-2019 12:09:03

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

