

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

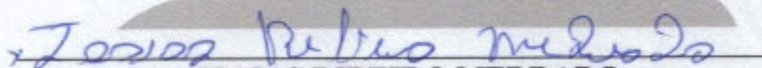
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, Brasileiro, solteiro, Motorista , portador (a) da cédula de identidade nº 223041 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 771.758.672-04 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua. Carmelo, nº 599, Bairro: DR Silvio Botelho, CEP: 69.314-537, Tel: (95) 99167-7461/99156-7311 , E-mail: gilvanoficial@hotmail.com

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

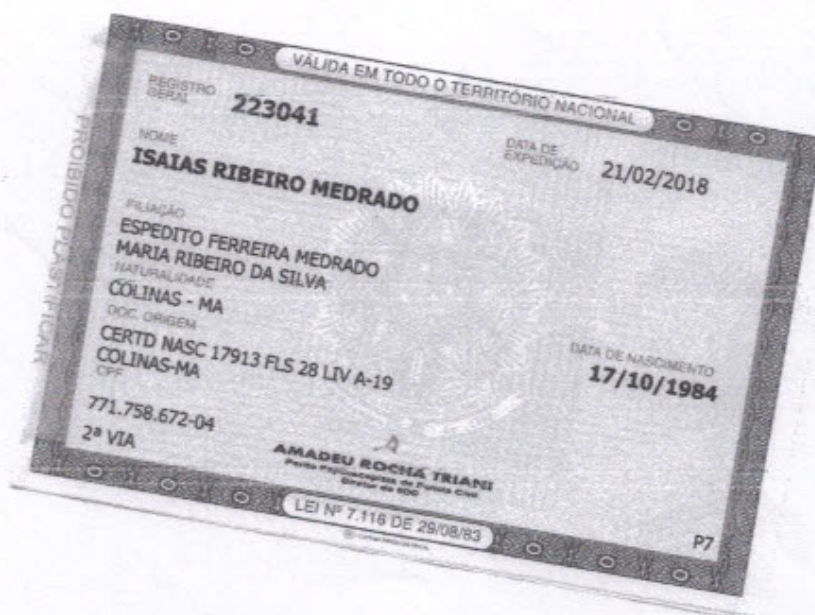
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal 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, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 20 de setembro de 2018.


ISAIAS RIBEIRO MEDRADO



POLEGAR DIREITO



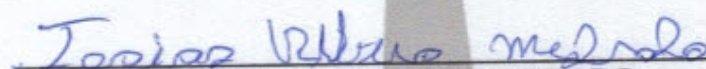
ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURIDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Isaias Ribeiro Medrado , Brasileiro, Solteiro, Motorista, portador (a) da cédula de identidade nº 223041 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 771.758.672-04. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista Estado de Roraima sito à Rua. Carmelo nº 599, Bairro:DR Silvio Botelho, CEP: 69. 314-537.

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, 20 de setembro de 2018.


ISAIAS RIBEIRO MEDRADO



POLEGAR DIREITO

21/09/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 09/2018 referente a UC: 353990

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1476548

MARIA DAS NEVES RIBEIRO DA SILVA

R. CARMELO, 599 ,

DR. SILVIO BOTELHO

69314537 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
353990	09/2018	21-AUG-18 a 19-SEP-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
504	06-OCT-18	R\$ 312,57

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
353990	09/2018	R\$ 312,57

836700000034.125700750008.000000000356.399009180056



ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

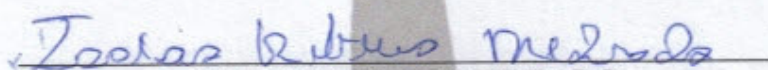
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, Brasileiro, solteiro, Motorista, portador (a) da cédula de identidade nº 223041 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 771.758.672-04, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua. Carmelo, nº 599, Bairro. DR Silvio Botelho, CEP: 69.314-537. Tel: (95) 99167-7491/991567311 .

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista-RR, 19 de setembro de 2018.


ISAIAS RIBEIRO MEDRADO



POLEGAR DIREITO



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
126.12674.66-9

NÚMERO **2619535** SÉRIE **001-0** UF **RR**

Isaias Ribeiro da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

 
POLEGAR DIREITO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

NOME **ISAIAS RIBEIRO DA SILVA**

LOC. DE NASC. **COLINAS** MA DATA DE NASCIMENTO **17/10/1984**

FILIAÇÃO **MARIA RIBEIRO DA SILVA**

DOC. APRESENTADO **R.G. 223041 SESP RR**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

RG **223041** CNH **395** CPF **1**

T. ELEITOR **3188952674** SEÇÃO **395** ZONA **1**

NATURALIZADO PORT. M. J. Nº **14/10/2002** DATA

LOCAL DA EMISSÃO **DRT/RR**

Isaias
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

ASATUR	
CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador: ASATUR TRANSPORTE LTDA.	
CNPJ: 12.117.963/0001-59	
Endereço: Av. Ville Roy, nº. 8412 -- São Vicente	
Município: Boa Vista Estado: Roraima	
Esp. Do Estabelecimento: Locação de Automóveis.	
Cargo: Motorista de Carro Leve	
Data de Admissão: 11 de Abril de 2015.	
Matrícula: 00444	
CBO nº. 7823-05	
Remuneração Especificada: R\$ 998,38 (NOVECENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E TRINTA E OITO CENTAVOS)	
Ass. Do Empregador ou a cargo de Testemunha <i>Renildo Lima e Silva</i> Diretor Presidente	
DATA DE SAÍDA: 15 DE SETEMBRO DE 2015	
COM. DISPENSA CD Nº: Analista Dep. Pessoal	
FGTS Nº DA CONTA:	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CCCC/CFCEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO DE DE 19	
REGISTRO Nº. RLS / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª 2ª	
DATA DE SAÍDA DE DE 19	
1ª 2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

28

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

O Trilhado de Trabalho presta Serviço Temporário em nome da Lei 5019/74 através da unidade de Boa Vista Carreiro existindo a diferença de 30 dias separado pelo prazo de 30 dias percebendo o salário de R\$ 315,94 por mes. Esta anotação é em conformidade com o Artigo 12 § 1º citada Lei.

Boa Vista 01 de Abril de 04
CACTUS - Locação de Mão de Obra Ltda.

Assinatura do Responsável [Assinatura]

Término do Contrato: 29/06/04
CACTUS - Locação de Mão de Obra Ltda.

Assinatura do Responsável [Assinatura]

29

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

PRORROGAÇÃO

O Contrato de Trabalho vigente foi prorrogado por mais Seventy dias a partir desta Data:

Boa Vista 01 de Maio de 04
CACTUS - Locação de Mão de Obra Ltda.

Assinatura do Responsável [Assinatura]



30	ANOTAÇÕES GERAIS	31	ANOTAÇÕES GERAIS
(Anotações autorizadas por lei). Firmamos nesta data, contrato individual de trabalho em caráter de experiência, por 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado por mais 45 dias. Boa Vista RR, <u>11/04/15</u> Esta empregado exerce serviços externos na função de Motorista, não subordinado a horário de trabalho pela natureza de sua atividade nos termos do artigo 62 letra "A" da CLT e acordo coletivo. <i>Renildo Lima e Silva</i> Diretor		(Anotações autorizadas por lei).	



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 22/03/2018

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 EXP.: SSP/RR

CPF: 690.216.512-20

ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FÉLIX LIMA Nº 887

BAIRRO: JARDIM TROPICAL

CIDADE: BOA VISTA

UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 36 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO SUPERIOR

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: (095) 9 9159-9032 Nº REG. CNH: 03004474901

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 20:30 do dia 09/01/2018, NA AV. CARMELO – DR. SILVIO BOTELHO

O comunicante GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ, procurador do Sr. ISAIAS RIBEIRO MEDRADO, relata que na data, hora e endereço acima descrito, o mesmo foi atravessar a rua de sua casa, quando foi atropelado por uma motocicleta; QUE foi levado por terceiros ao Hospital Cosme e Silva e posteriormente ao HGR; QUE devido o acidente o Sr. ISAIAS teve LESÃO CORPORAL; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

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."

DAT

22 MAR. 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

Maria Selma Ribeiro da Almeida

Agente de Polícia Civil

Mat. 042500213

Agente de Polícia Civil

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

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

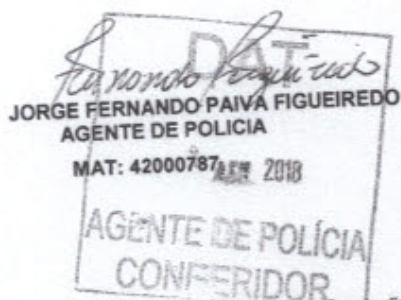


**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 450/2018/DAT ADITANDO O B.O 127/18 - DAT- RR, em
15/08/2018.**

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
RG:181863 EXP.: SSP/RR CPF: 690216512-20
ENDEREÇO: AV. ABRAÃO FELIX LIMA , 887 BAIRRO: JARDIM TROPICAL
MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR
NATURALIDADE: VITORINO FREIRE - MA
DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 37 ANOS
ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 991460718 Nº REG. CNH:
NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS
NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

O comunicante informa QUE a motocicleta envolvida no acidente é desconhecida, pois após o acidente a mesma se evadiu do local sem prestar socorro à vitima. É o registro.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL



GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que 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."



ntas:60895845253,

15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR

ATO DECLARATÓRIO

09/01/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



1800299337		09/01/2018 20:47:00		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19		112	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		Prontuário	
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA				17/10/1984		33 A 2 M 23 D		77175867204			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		223041		SSP/RR				M			
Mãe				Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade			
MARIA RIBEIRO DA SILVA				SEM		INFORMAÇÃO		BRASIL			
Endereço				Contato				Ocupação			
- RUA CARMELO - 599 - ...								NÃO INFORMADA			
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA								140 x 100	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
RECEPÇÃO SPA / URG / E		DEMANDA ESPONTANEA						ELIANA ALVES			
Queixa Principal											
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue											
ACIDENTE DE TRANSITO											
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL	
Corpo estranho em olho esquerdo.								AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:22h)											
ENTRADA DE CORPO ESTRANHO "PEDAÇO DE FERRO" EM OLHO (E) HORA DE TARDE. QUEIXA DE DOR + VASO TURVA											
Exame Físico											
ACUIDADE VISUAL ↓ + EPÍFORA											
Hipótese Diagnóstica											
TRAUMA OCULAR											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO					
DIPLOMA 1g + 2g (EV)						OBSERVAÇÃO					
ENCAMINHO AO HGR/PAR						CONFERE COM ORIGINAL					
						Em 01/03/18					
						Ass:					
						Gerente do Núcleo do SAMU Atendimento					
						Port. nº 023/2018					
Condução											
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para:											
Data e Hora da Saída/Alta: / /											
Visto											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: keila.silva											
Data Hora: 09/01/2018 21:19:54											
1800299337											



09/01/2012

...: Guia de Atendimento 02 ...

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



1800299337		09/01/2018 20:47:00		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-		112	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		Prontuário	
ISAIAS RIBEIRO DA SILVA				17/10/1984		33 A 2 M 23 D		77475867204			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		223041		SSP/ RR		M				Naturalidade	
Mãe						Pai		SEM		INFORMAÇÃO	
MARIA RIBEIRO DA SILVA								Contato			
Endereço										Ocupação	
- RUA CARMELO - 599 - - -										NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA								Pressão	
Setor		Tipo de Chegada				Procedimento Sol.				Registrado por:	
RECEPÇÃO SPA / URG / E		DEMANDA ESPONTANEA								ELIANA.ALVES	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem											
Corpo estranho em olho esquerdo.				GSC				TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:22 h)											
Entrada de corpo estranho "pedaço de ferro" em olho (E) HORA DE TARDE. QUEIXA DE DOR + VASO TURVA											
Exame Físico											
Atividade visual ↓ + Epifora											
Hipótese Diagnóstica											
Trauma ocular											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
DIPLOPIA Ig. sup. (EV)											
Encaminhado ao HOR/PAR											
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia				☐ Internação							
☐ Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: kelia.silva											
Data Hora: 09/01/2018 21:19:54											

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



ntas:60895845253,

15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR

0000120109

... Guia de Atendimento 02 ...

ÁZUL

GRANDE TRAUMA

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



0.09:11

1800901284 30/01/2018 08:21:27 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 33

Paciente ISAIAS RIBEIRO DA SILVA Data Nascimento 17/10/1984 Idade 33 A 3 M 13 D CNS CPF 77175867204 Prontuário 77175867204
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 223041 SSP/RR M SOLTEIRO(A) SEM BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe MARIA RIBEIRO DA SILVA Pai NC INFORMAÇÃO Contato
Endereço RUA - CARMELO - 599 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco AZUL Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. 36.50 Peso 140 x 90 Pressão 140 x 90
Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por PATRICIA COLLYER

Queixa Principal DOR NO OLHO E, PÓS TRAUMA, HÁ 23 DIAS ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☒ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem NEGA: DM, HAS; TEM ALERGIA MEDICAMENTOSA A DAPIRONA GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:52 h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA

PRESCRIÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 3612-1200

AUTENTICAÇÃO

08 MAR. 2018

Certifico e Dou Fôlego a presente: ☒ ECG ☐ OUTROS: ☐

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
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: marcia.cristianne
Data Hora: 30/01/2018 08:25:38

07 JUN. 2018

RECEBIDO



1800901204

BPA



ntas:60895845253,

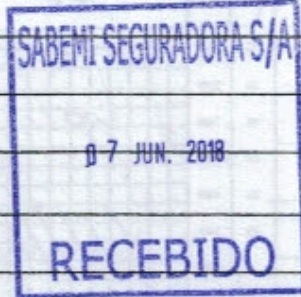
15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR

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		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 TERCIÁRIO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL			
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 - CNPJ EMPRESA			
39 - CNAE DA EMPRESA			
40 - CBOR			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - EMPREGADOR			
44 - AUTÔNOMO			
45 - DESEMPREGADO			
46 - APOSENTADO			
47 - NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**BOLETIM OPERATÓRIO****BOLETIM OPERATÓRIO**Data: 30/01/2019 O.S. _____DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: CALCULO DE CÍMERAINDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Seton

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Calculo de Címera

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Ribeiro 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Anestesia, Antiespasmódico, Antibiótico de cobertura
- Campos oftálmicos
- Colocação de bloco de seton
- Reforço da sutura interna
- Seton de címera com nylon 10-0
- Reforço da PR de seton
- Oclusão com gaze esterilizada



Dr. Roberto Ribeiro Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRM - 917 - RQE-11



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde

FICHA DE ANESTESIA

João Ribeiro do Silva,

30/05/18

Emergência

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	Nº	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
AVP	02	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
LIQUIDOS VENOSOS	AVP	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
DA	°C	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
X	38	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
ULSO	36	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
ANES	34	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
X	32	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
OP	30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
O	120	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
ASPIR	80	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
A	60	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
RESP	20	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
Exponl		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
Assist		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
Contro		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Fentanyl 80mcg		- Sedação venosa
B Midazolam 4mg		- Ventilação espontânea
C		CNO ₂ 100% 2L/min
D		
E		
F		
G		
GLICOSE	Líquidos	Câncer - Risco Oro Faringeo
HCO ₃		Naso / Orotrqueal - Cego
SANGUE		Sol - Tamp - Coluna do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TEMPO DE ANESTESIA		

ANOTAÇÕES

X - Monitorização (FC, SpO₂, ECG, PA NT)
1 - Sedação venosa com agentes A e B
2 - A SRPA

OPERAÇÃO: Sutura de Corneo

ANESTESIA: Dra Ana Paula

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr Robin

FE 100 - BANGUNE

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN. 2018

RECEBIDO

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 38	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Isaías Ribeiro da Silva		PARR		30 / 01 / 2019

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Sutura de Corneo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	11:25		

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
Dr. Robson	RES. ANESTESIA:	Dr. Flávia
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	Orlando Rafaelle

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueio Peridural

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 30/3	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			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	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			Agulha Insulina	
	SERINGA 20ML		7	Insulina Catomete	
1	Eletrodo			Insulina 5ml Nova Ins. S/ NADA	
	Cateter 02				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	Dulce Suelen
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA
	Orlando Rafaelle

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB- TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

07 JUN. 2019

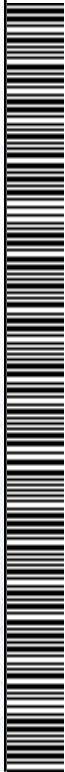
RECEBIDO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA							
Nome: 30.01.2018	Idade: 33	Chirurgião: Suturn	Assistência: UTIA	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA				
1. Anestesia: Suturn 2. Intubação: Suturn 3. Outros: Suturn				31.10 11:25 11:15 Cirurgia Realizada: Suturn Anestesia: Suturn Hidratação: Suturn Intubação: Suturn SG a 10%: Suturn Outros: Suturn N° de compressas oferecidas: Suturn N° de compressas recolhidas: Suturn Sinais Vitais: Suturn T: 36.5 °C SAr: 94 % () Regular () Irregular FC: 84 bpm PA: 114 x 72 mmHg				Exames na SOI: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:				1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:			
1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Place de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendicise 8. Dreno 9. SNG 10. Fala de Sinarich 11. Outros:				Legenda: 				Balanço Hídrico Entradas: EV, HV, CH, SNG Saídas: Dreno, Diurese, SNG, Outros							
1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:				1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:				1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:							

[illegible]

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: João Ribeiro da Silva





ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Roberto Ribeiro de Silva
Responsável: Dr. Roberto

Anestesiologista: Dr. Roberto

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

IDENTIFICADO (Sala Pré Anestésica)
PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificado,
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento: ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Não se Aplica Emergência

ALTO DESEMPENHO
☒ Sim () Não () Não se Aplica

EFETIVAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDO

☒ OXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

☒ PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
NÃO () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
NÃO () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
NÃO () Sim, e uso adequado, planejado e planejamento

Para fluidos
5881
equipamentos
ou para fluidos

Data: 20/01/18 Assinatura: [assinatura] Hora: 11:00

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
Qual: [assinatura] Hora: 11:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS
☒ Sim
☒ Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não () Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☒ Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☒ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

SEMI SEGURADORA S/A

07 JUN, 2018

RECEBIDO

Stellen da S. Ramos
Enfermeira
COREN-RR-440-935 - ENF
Assinatura e Carimbo

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Des. de Melo
3m Elasmagem
OREN-RR 509.886

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

TM X6A8U

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>Isaura Almeida de Silva</u> PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
09/11/18			OBSERVAÇÕES:
1) Dieta 720 2) SFC, 97.5 ml + 4H de ml EV 6/6h 3) LEFALOTUM 1g EV 6/6h 4) Digoxina 0.5 EV 6/6h 5) Fenoxiana 2mg EV 12/12h 6) Furosemida 40mg EV 12/12h 7) Paracetamol 500mg EV 6/6h 8) Controlar sinais vitais 9) Ausculta em 12h e 18h	11-12-23-05 11-13-23-05 11-14-23-05 11-15-23-05 11-16-23-05 11-17-23-05 11-18-23-05 11-19-23-05 11-20-23-05 11-21-23-05 11-22-23-05 11-23-23-05 11-24-23-05 11-25-23-05 11-26-23-05 11-27-23-05 11-28-23-05 11-29-23-05 11-30-23-05	11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h	11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

TA
RA

EVOLUÇÃO

20/11/18 - Master Semester 1 Certificate in the Arts

16:00 - Alcañiz san Quintià

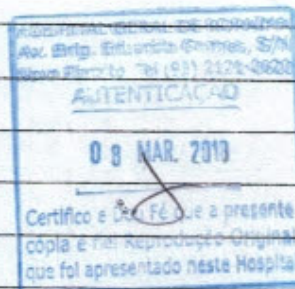
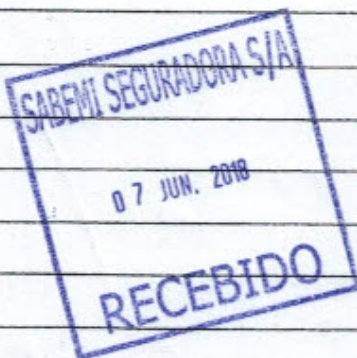
Re: above case, CA reply, letter re to Dr. Spelman

CO. After Regulator

North a Predictive

Dr. Robin Rivera Villan
OPTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE

Dr. Robin Rivero Villalva
OFALMOLOGISTA
CERVAR-917 ROE-11



ASSINATURA:

JN55
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

JSAIAS Pican on S&L

Sauvade

- Autuação oftalmológica



Tratado, paciente em acompanhamento

26/02/2018

0900

Dr. Robin

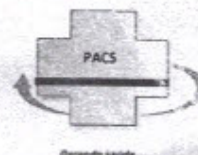
DATA: 02, 05, 2018

Dr. Robin Bivero Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRM/RN - 917 RQE-11

ASSINATURA E CARIMBO

**EMERGÊNCIA**

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-701 - FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

**RECEITUÁRIO**

NOME:

ISAÍAS RIBEIRA DA SILVA

HGR / PAAR

PAUSE NÍMADA ENTRADA DE DADOS
DE PONTA CROUO @ "HOJE É
TARDE" QUEIXA - SE DE DOR A
CRÍFURA, VÍSSA TURVA.

EF: NOME SE IMAGIN C/BRANQUILHA
CORRAL, CRÍFURA PERISTÓTICA,
↓ A WIDE VÍSSA

OBS: HPES S/ ANESTROSIU SPITALNO -
GILLO

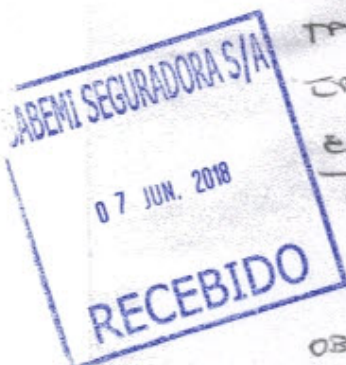
CS: SIZIUA - AVAAHÃO E CONDOM

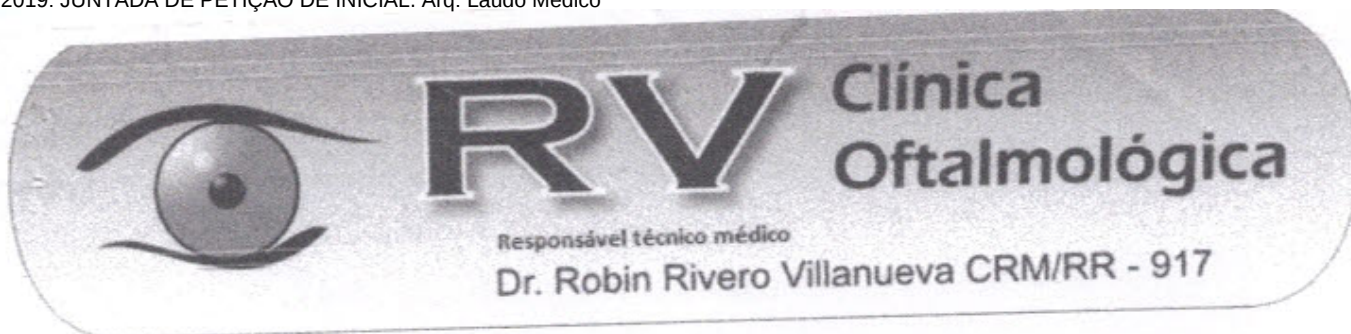
GRAND

Richard Cruz
CRM 3476 - Médico

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/01/18





Data: 26 / 02 / 2018

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Nome: ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

RG: 223041 ssp/RR CPF: 771758672-04

Acuidade Visual

Sem correção { OD: 20/20 J1
OE: CD3m PIN HOLE - 20/150

Ectoscopia: SEM ALTERAÇÕES EM AMBOS OLHOS

Motricidade ocular extrínseca: PRESERVADA EM AMBOS OLHOS

Reflexos pupilares: NORMAL EM AMBOS OLHOS

Senso cromático [teste de ISHIHARA]: NORMAL EM OLHO DIREITO, IMPRATICÁVEL EM OLHO ESQUERDO

Biomicroscopia

OD: SEM ALTERAÇÕES

OE: SUTURA DE CORNEA CENTRAL, CICATRIZ CORNEANA CENTRAL LINEAR

Tonometria: 14 / - mmhg (10:05 h) - IMPRATICAVEL EM OE

Fundoscopia

OD: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,6), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

OE: PAPILA OPTICA DE BORDES NÍTIDOS, COLORAÇÃO NORMAL E COM ESCAVAÇÃO FISIOLÓGICA G (0,5X0,5), MÁCULA PRESERVADA, VASOS APRESENTANDO CRUZAMENTOS ARTERIO-VENOSOS, TRAJETO E CALIBRE NORMAIS, TAPETE CORIORRETINIANO SEM ALTERAÇÕES.

Conclusão: OLHO DIREITO - EXAME OFTALMOLOGICO NORMAL

OLHO ESQUERDO - CICATRIZ CORNEANA CID10-H17.8

- VISAO SUBNORMAL CID10-H54.5

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 1965, São Francisco

CEP: 69305-005

Tel: (95)9121-3001(FIXO COMERCIAL)



Dr. Robin Rivero Villanueva
OFTALMOLOGISTA
CRMRR-917 ROE-11

SINISTRO 3180262359 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR

BENEFICIÁRIO ISAIAS RIBEIRO MEDRADO

CPF/CNPJ: 77175867204

Posição em 21-09-2018 09:38:37

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. 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
19/09/2018	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50

