

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr, **VENILSON BATISTA DE ANDRADE**, Brasileiro, solteiro, autonomo, portador da cédula de identidade nº 259467 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 000.286.612-90, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à rua: Jair S. Mota, nº 83, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-268. Tel: (95) 99133-4957 E-mail: franciscobelarr@gmail.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, 23 / 05 / 2019.


VENILSON BATISTA DE ANDRADE



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e, ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro da sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade também como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.	
 MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 165.58732.16-6 NÚMERO 3446633 SÉRIE 002-0 UF RR <i>João Batista de Andrade</i> ASSINATURA DO TITULAR 	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

CENTRO SEGURADORA S/A
Av. Antônio Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL	
BRASILEIRO	
15/07/1987 NASCIMENTO CPF: 000.286.612-90 ZONA: 3 VENILSON BATISTA DE ANDRADE LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA FILIAÇÃO: VALDECY DUTRA DE ANDRADE ALCANJA BATISTA DE ANDRADE DOC. APRESENTADO: RG 259467 SESP RR ESTADO CIVIL: SOLTEIRO LEI Nº 008, DE 18 DE MARÇO DE 1995 RG: 259467 T. ELEITOR: 003562862674 SEÇÃO: 157 LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/SINE/RR EMISSÃO: 21/12/2007 ASSINATURA DO EMISSOR <i>Setrabet</i>	

03 ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO DATA DE NASC. DE / / PARA / / DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO	
LEGENDA A - CASAMENTO - G - DIVÓRCIO - E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE - C - DATA DE NASCIMENTO B - SEPULTURA - D - ADOÇÃO - F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

VENILSON BATISTA DE ANDRADE, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 259467 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 000.286.612-90, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à rua: Jair S. Mota, nº 83, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-268.

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, 23 / 05 / 2019.



VENILSON BATISTA DE ANDRADE



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

VENILSON BATISTA DE ANDRADE, Brasileiro, solteiro, autonomo, portador da cédula de identidade nº 259467 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 000.286.612-90, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à rua: Jair S. Mota, nº 83, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-268.

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, 23 / 05 / 2019.

Venilson Batista de Andrade

VENILSON BATISTA DE ANDRADE



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Venilson Batista de Andrade, CPF nº 000.286.612-90

Residente e domiciliado à rua Jair S. Mota, nº 83, bairro

Casa Branca, na cidade de Boa Vista, estado de

Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de

R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 23 de maio de 2019.

Venilson Batista de Andrade
VENILSON BATISTA DE ANDRADE

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO				
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e, ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.		CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 165.58732.16-6 <table border="1"><tr><td>NUMERO 3446633</td><td>SERIE 002-0</td><td>UF RR</td></tr></table> <i>Marlon Tavares Dantas</i> ASSINATURA DO TITULAR  FOTO  IMPRESSÃO DIGITAL		NUMERO 3446633	SERIE 002-0	UF RR
NUMERO 3446633	SERIE 002-0	UF RR				

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL		03 ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE																																									
BRASILEIRO <table border="1"><tr><td>NOME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE</td><td>LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA</td></tr><tr><td>FILIAÇÃO: VALDECY DUTRA DE ANDRADE</td><td>DOC. APRESENTADO: RG 259467 SESP RR</td></tr><tr><td>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</td><td>LEITURAS DE 10 DE MAIO DE 1995</td></tr><tr><td>RG: 259467</td><td>RG: 000.286.612-90</td></tr><tr><td>T. ELEITOR: 003562862674</td><td>ZONA: 3</td></tr><tr><td>LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/INEIRR</td><td>SEÇÃO: 157</td></tr><tr><td>EMISSÃO: 21/12/2007</td><td></td></tr></table>		NOME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE	LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA	FILIAÇÃO: VALDECY DUTRA DE ANDRADE	DOC. APRESENTADO: RG 259467 SESP RR	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	LEITURAS DE 10 DE MAIO DE 1995	RG: 259467	RG: 000.286.612-90	T. ELEITOR: 003562862674	ZONA: 3	LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/INEIRR	SEÇÃO: 157	EMISSÃO: 21/12/2007		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE <table border="1"><tr><td>FILIAÇÃO</td><td>DATA DE NASC. DE / / PARA / /</td></tr><tr><td>DOCUMENTO</td><td>MOTIVO</td></tr><tr><td colspan="2">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td></tr><tr><td>NOME</td><td>DOCUMENTO</td></tr><tr><td colspan="2">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td></tr><tr><td>NOME</td><td>DOCUMENTO</td></tr><tr><td colspan="2">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td></tr><tr><td>NOME</td><td>DOCUMENTO</td></tr><tr><td colspan="2">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td></tr></table> LEGENDA <table border="1"><tr><td>A - CASAMENTO</td><td>C - DIVÓRCIO</td><td>E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE</td><td>G - DATA DE NASCIMENTO</td></tr><tr><td>B - SEP. JUDICIAL</td><td>D - ADOÇÃO</td><td>F - ALIANÇA VERBANTE</td><td></td></tr></table>		FILIAÇÃO	DATA DE NASC. DE / / PARA / /	DOCUMENTO	MOTIVO	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME	DOCUMENTO	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME	DOCUMENTO	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME	DOCUMENTO	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO	B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - ALIANÇA VERBANTE	
NOME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE	LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA																																										
FILIAÇÃO: VALDECY DUTRA DE ANDRADE	DOC. APRESENTADO: RG 259467 SESP RR																																										
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	LEITURAS DE 10 DE MAIO DE 1995																																										
RG: 259467	RG: 000.286.612-90																																										
T. ELEITOR: 003562862674	ZONA: 3																																										
LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/INEIRR	SEÇÃO: 157																																										
EMISSÃO: 21/12/2007																																											
FILIAÇÃO	DATA DE NASC. DE / / PARA / /																																										
DOCUMENTO	MOTIVO																																										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																											
NOME	DOCUMENTO																																										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																											
NOME	DOCUMENTO																																										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																											
NOME	DOCUMENTO																																										
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																											
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO																																								
B - SEP. JUDICIAL	D - ADOÇÃO	F - ALIANÇA VERBANTE																																									

04 DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		05 REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
GRUPO SANGÜINEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	NOME DO TITULAR
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO	REGISTRADO EM		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Lei n. 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO	PROF. N.		
CARTEIRAS ANTERIORES		PROFISSÃO	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		FUNÇÃO	
10935010020 100 12/09 2007		REGISTRAÇÃO	
21/12/07		LOCAL DATA	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		SOB. N. LIVRO N.	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		PROF. N.	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		PROFISSÃO	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		FUNÇÃO	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		REGISTRAÇÃO	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		LOCAL DATA	

06 CONTRATO DE TRABALHO		07 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	EMPREGADOR		
COC/CP/CB	COC/CP/CB		
ENDEREÇO	ENDEREÇO		
MUNICÍPIO	MUNICÍPIO		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	ESP. DO ESTABELECIMENTO		
CARGO	CARGO		
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ADMISSÃO		
REGISTRO N.	REGISTRO N.		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		
DATA DE SAÍDA	DATA DE SAÍDA		
COM. DISPENSA CD N.	COM. DISPENSA CD N.		
FGTS N. DA CONTA	FGTS N. DA CONTA		

08 X	CONTRATO DE TRABALHO	09	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR: LOTA & SILVA 1904 ME		EMPREGADOR: R. B. CARVALHO ME	
COC/CP/CEI: 04.753.990/0001-03		COC/CP/CEI: 10.575.219/0001-72	
ENDEREÇO: AV. Cal Afonso Teve		ENDEREÇO: Av. Carlos Pereira de	
Nº: 7500 - Alameda		Muro - Nº 3292	
MUNICÍPIO: Boa Vista	UF: RR	MUNICÍPIO: Boa Vista	UF: RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Comercial		ESP. DO ESTABELECIMENTO: Atividade	
CARGO: Secretário		CARGO: Motorista	
CBO Nº:		CBO Nº: 48.23.10	
DATA DE ADMISSÃO: 01 de Setembro de 11		DATA DE ADMISSÃO: 01 de Setembro de 13	
REGISTRO Nº: FLS. / FICHA: 36		REGISTRO Nº: FLS. / FICHA:	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 800,00 (mes)		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.235,80 (mês)	
Adriilda Pereira de Costa		mil e duzentos e trinta e cinco reais e oitenta e sete centavos.	
1ª		1ª	X
DATA DE SAÍDA: 01 de Maio de 2012		DATA DE SAÍDA: 10 de Setembro de 2012	
1ª		1ª	P. P. Alexandra Costa
COM. DISPENSA CD Nº:		COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:		FGTS Nº DA CONTA:	
Alexandra Nogueira dos Santos Costa		Procurador (a)	

10	CONTRATO DE TRABALHO	11	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR:		EMPREGADOR:	
COC/CP/CEI:		COC/CP/CEI:	
ENDEREÇO:		ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:	UF:	MUNICÍPIO:	UF:
ESP. DO ESTABELECIMENTO:		ESP. DO ESTABELECIMENTO:	
CARGO:		CARGO:	
CBO Nº:		CBO Nº:	
DATA DE ADMISSÃO: DE DE DE		DATA DE ADMISSÃO: DE DE DE	
REGISTRO Nº: FLS. / FICHA:		REGISTRO Nº: FLS. / FICHA:	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	
1ª		1ª	
DATA DE SAÍDA: DE DE DE		DATA DE SAÍDA: DE DE DE	
1ª		1ª	
COM. DISPENSA CD Nº:		COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:		FGTS Nº DA CONTA:	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005988/2019



DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/03/2019 10:06 Data/Hora Fim: 13/03/2019 10:24
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 26/05/2018 17:34

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av: José Felix Correia

Bairro: Operário

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VENILSON BATISTA DE ANDRADE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Nasc: 15/07/1987
Profissão: Serralheiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alcanja Batista de Andrade Nome do Pai: Valdecy Dutra de Andrade

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 259467

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jair da Silva mota
Bairro: Asa Branca

Nº: 83

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, estava na garupa da motocicleta Honda NRX 150 BROS ES, de placa NAZ-6140, de cor amarela, CHASSI 9C2KD03308R026876, Cód. Renavam 948201150, tendo como proprietária o Sr. Raimundo Rodrigues de Freitas, o qual estava conduzindo a motocicleta dia do sinistro. Que o Sr. Raimundo Rodrigues não possui Habilitação ou Permissão para conduzir veículos automotores. Que na ocasião, o Sr. Raimundo Rodrigues passou por cima de um buraco, o que o fez perder o controle da motocicleta, levando ambos a colidir com um poste de energia. Que o comunicante ficou lesionado, tendo sido levado ao HGR por uma equipe do SAMU. Que este B.O é exclusivamente para fins de se seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005983/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
117.042000925

Venilson Batista de Andrade
(Vítima / Comunicante)

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

DAT

13 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazarra, 484 - Boa Vista - RR

358

FICHA DE ATENDIMENTO																												
Unidade: SAN	Equipe: he fiz celio magno																											
Paciente: Vinicius Batista de Andrade	Idade: 30a Sexo: M																											
Endereço: Rua Jose Felice Correa - Operario																												
Nº 9419	DATA 26/05/18 HORA: 17:34 / 17:44																											
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Slysson																												
MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO																												
MECANISMO DE TRAUMA AUTOMÓVEL Cinto ☐ SIM ☒ NÃO Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro Passageiro: ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão MOTO: ☒ Condutor ☐ Carona Capacete ☒ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão poste BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:																												
AVALIAÇÃO INICIAL Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☒ Outro: 5/alt Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☒ Ferida Aspirativa 5/alt Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☒ Ausente 5/alt Aval. Neurológica ☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV A																												
SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Aux °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Trauma</th> <th>APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início 18:00</td> <td>94/70</td> <td>101</td> <td>18</td> <td>97</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fim 18:42</td> <td>70/90</td> <td>86</td> <td>18</td> <td>99%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	Início 18:00	94/70	101	18	97					Fim 18:42	70/90	86	18	99%				
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR																				
Início 18:00	94/70	101	18	97																								
Fim 18:42	70/90	86	18	99%																								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica Cabeça ☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☒ Enfisema Sub-Cutâneo 5/alt Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento 5/alt Abdome ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração																												
Membros Pelve ☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade 5/alt Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☒ Dor 5/alt ☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura MED ☐ Amputação																												
AVALIAÇÃO CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fibrilação ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia																												

800-11-1111



DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 MAI 2019
	GENTE SEGURADORA S/A <i>Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS</i>		

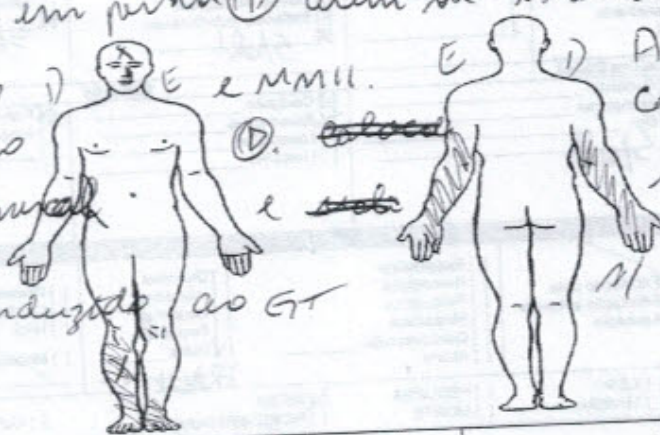
TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Açãoamento p/ ocorrência de acidente de moto x poste. Ao chegarmos no local o paciente encontrava-se deitado em decúbito lateral. Foi imobilizado com colar cervical + mancha rígida + imobilização de M.I.D. Paciente no momento não se encontrava de capote. Não tinha hábito etílico. Foi conduzido ao HGR/GT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Escala		Escala	
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (por / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
					0	0	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Belbucia	5	Pressão Sistólica (mmHg)	> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		50 - 69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
Nenhuma				ESCORE DO TRAUMA			
ESCALA DE GLASGOW				15			

M. de la Paz Perez Sampaio
Enfermeira
COREN-RR 115223-EM

Açãoamento para acidente de moto. Moto x poste. * Encontro paciente caído em via pública sem capote. Nega desconforto. Apresenta fratura exposta em punha (D) além de lesões difusas em membros superiores e inferiores. Colocado sobre prancha rígida, colar cervical e imobilização de M.I.D. Conduzido ao GT.



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO alcoól luvas 04 ataduras nº 08 ol compressa
--	---

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 20/07/18
Stephanie

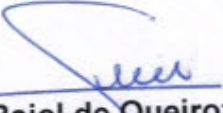


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o senhor **VENILSON BATISTA DE ANDRADE**, foi atendido por este SAMU Municipal no dia **26/05/2018**, ficha de atendimento nº 858, nº de ocorrência 9419, sendo que houve um equívoco do nome no momento do preenchimento da ficha de atendimento.

Boa Vista, 20 de Julho de 2018.


Simone Raiol de Queiroz
Diretora/Em Exercício
SAMU 192 BV



26/05/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

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



1800957065		26/05/2018 18:27:54		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		29	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
VENILSON BATISTA DE ANDRADE		15/07/1987		30 A 10 M 11 D							
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		259467						M			
Mãe		Pai		Ração/Cor		Naturalidade		Contato		Nacionalidade	
ALCANJA BATISTA DE ANDRADE				PARDA						BRASIL	
Endereço										Ocupação	
- RUA JAIR DA SILVA MOTA - 83 -										NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA								Registrado por:	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						SOUSA	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA									
Queixa Principal											
Anamnese de Enfermagem											

anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
paciente vítima de acidente motor-queda, refusa.
DOR em punho ①.

Exame Físico
MB & TE OK.

Hipótese Diagnóstica
RX na punho ①.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>① Salicilol 40mg</i>		
<i>② Dipirona 2ml</i>		

Condição
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:
① Ambulatório
② Observação (Até 24h)
③ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

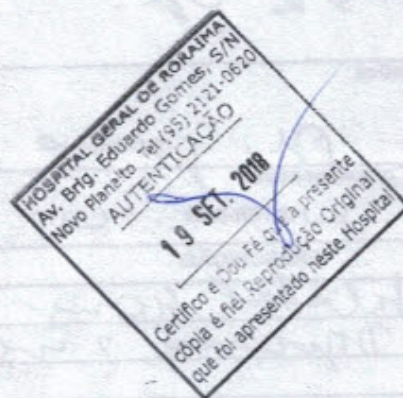
óbito
- Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não
Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 26/05/2018 18:33:45
08 MAI 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Bazara, 484 - Boa Vista - RS
1800957065

Ortopedia - Pr Jonetha Lops
Paciente vítima de acidente de trânsito
Apresenta dor no membro inferior (D)
Ao Rx apresenta fratura (D)
cd. Ao CC

Dr. Thiago Mouta
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 2005



BLOCO B

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	HGR	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	HGR	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE	Venerlan Batista de Andrade	166089
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO
8 - DATA DE NASCIMENTO	15/07/82	M
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	Alvanita Batista de Andrade	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	Rua Luis da Silva Mata - 83	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	Bom Vista	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
		15 - UF
		16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Parestesia com 1x Exp. de tórax (D)	
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
08 MAI 2019	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tto. Angina	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
EF + Rx	
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Fx Exp de tórax (D)	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 TERCÁRIO	
24 - CID 10 QUARTÁRIO	
25 - CID 10 QUINTÁRIO	
26 - CID 10 SEXTÁRIO	
27 - CID 10 SÉTIMO	
28 - CID 10 OITAVO	
29 - CID 10 NONO	
30 - CID 10 DÉCIMO	
31 - CID 10 UNDÉCIMO	
32 - CID 10 DOZE	
33 - CID 10 TREZE	
34 - CID 10 QUATORZE	
35 - CID 10 QUINZE	
36 - CID 10 DEZESSEIS	
37 - CID 10 DEZES E SETE	
38 - CID 10 VINTA E OITO	
39 - CID 10 VINTA E NOVE	
40 - CID 10 TRINTA	
41 - CID 10 TRINTA E UM	
42 - CID 10 TRINTA E DOIS	
43 - CID 10 TRINTA E TRÊS	
44 - CID 10 TRINTA E QUATRO	
45 - CID 10 TRINTA E CINCO	
46 - CID 10 TRINTA E SEIS	
47 - CID 10 TRINTA E SETE	
48 - CID 10 TRINTA E OITO	
49 - CID 10 TRINTA E NOVE	
50 - CID 10 QUARENTA	
51 - CID 10 QUARENTA E UM	
52 - CID 10 QUARENTA E DOIS	
53 - CID 10 QUARENTA E TRÊS	
54 - CID 10 QUARENTA E QUATRO	
55 - CID 10 QUARENTA E CINCO	
56 - CID 10 QUARENTA E SEIS	
57 - CID 10 QUARENTA E SETE	
58 - CID 10 QUARENTA E OITO	
59 - CID 10 QUARENTA E NOVE	
60 - CID 10 CINQUENTA	
61 - CID 10 CINQUENTA E UM	
62 - CID 10 CINQUENTA E DOIS	
63 - CID 10 CINQUENTA E TRÊS	
64 - CID 10 CINQUENTA E QUATRO	
65 - CID 10 CINQUENTA E CINCO	
66 - CID 10 CINQUENTA E SEIS	
67 - CID 10 CINQUENTA E SETE	
68 - CID 10 CINQUENTA E OITO	
69 - CID 10 CINQUENTA E NOVE	
70 - CID 10 SESSENTA	
71 - CID 10 SESSENTA E UM	
72 - CID 10 SESSENTA E DOIS	
73 - CID 10 SESSENTA E TRÊS	
74 - CID 10 SESSENTA E QUATRO	
75 - CID 10 SESSENTA E CINCO	
76 - CID 10 SESSENTA E SEIS	
77 - CID 10 SESSENTA E SETE	
78 - CID 10 SESSENTA E OITO	
79 - CID 10 SESSENTA E NOVE	
80 - CID 10 TRINTA E UM	
81 - CID 10 TRINTA E DOIS	
82 - CID 10 TRINTA E TRÊS	
83 - CID 10 TRINTA E QUATRO	
84 - CID 10 TRINTA E CINCO	
85 - CID 10 TRINTA E SEIS	
86 - CID 10 TRINTA E SETE	
87 - CID 10 TRINTA E OITO	
88 - CID 10 TRINTA E NOVE	
89 - CID 10 QUARENTA	
90 - CID 10 QUARENTA E UM	
91 - CID 10 QUARENTA E DOIS	
92 - CID 10 QUARENTA E TRÊS	
93 - CID 10 QUARENTA E QUATRO	
94 - CID 10 QUARENTA E CINCO	
95 - CID 10 QUARENTA E SEIS	
96 - CID 10 QUARENTA E SETE	
97 - CID 10 QUARENTA E OITO	
98 - CID 10 QUARENTA E NOVE	
99 - CID 10 CINQUENTA	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
Distúrbio de Fx Exp de tórax (D)		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
		() CNS () CPF
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
Dr. Jonathan		26/05/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		33 - SÉRIE
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - CNPJ EMPRESA
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
26/05/18		
		000805050
		5822
		W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Venilson Batista De
Inchale

Data: 26.05.18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Bmg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cretão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan L. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 17500 - RGT 14272



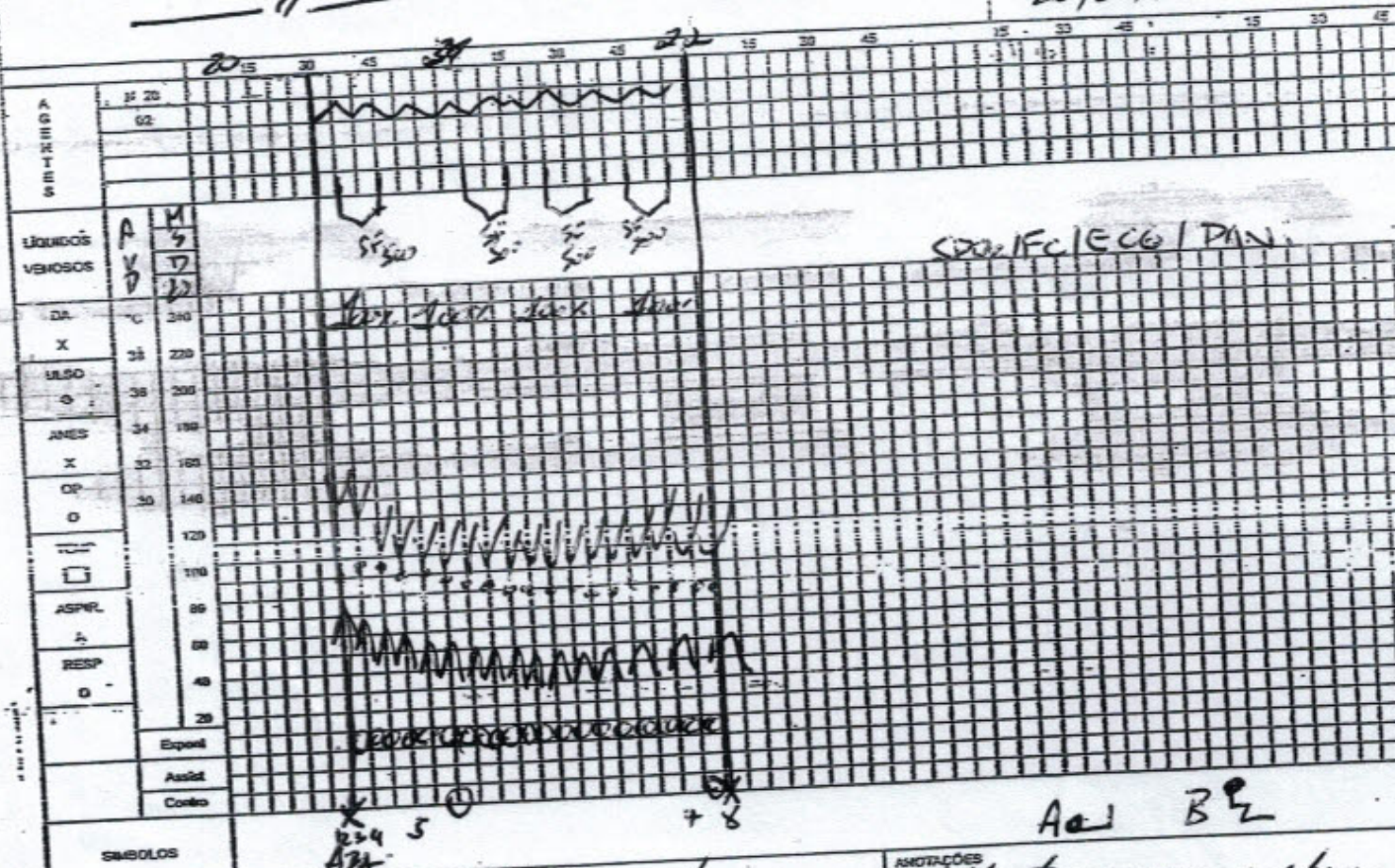
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Venilson Batista de Almeida

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Boa Vista
26/05/18



AGENTES	DOSES	TECNICA
Bupivacaína	15g	Róqui crânio
Cloralfia	25g	Lombar hiperbarica
Miconidazol	50g	Micromed
benoxi.con	40g	sub. v.a.
Dipriona	2g	tipitona
Tromal	100g	
GLUCOSE	LICUIDO	Cálculo - Mito / Oro Fingido
HCO		Mito / Oro Fingido - Dega
SANGUE		Bel - Temp - Calor do Tubo
		Sub. Mito
		Difusão de Tóxico
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL		
OPERAÇÃO		

ANOTAÇÕES
+ Monitoração + che.
1) Pré-oxigenação O2 10
2) Asepsia reg. local
3) Posição subaracnóide
L2-L3, LCR claro
4) Lpção bupivacaína
5) Cloralfia 2g +
Miconidazol 50g
benoxi.con 40g
Dipriona 2g
Tromal 100g

Fixa do esterno fibro (D)
Anestesia Dr. Edino / Morais R. DE Jonathan / R. Blo. 6) Fenda ca Long
Dipriona 2g
7) Tromal 100g
8) Aa RAA.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FOLHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Milson Batista de Andrade				26/05/18	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tossintese de fratura exposta ossos da perna		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		20:30	22:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Drº Thonatan		ANESTESISTA: Drº Edino			
Drº Pablo		RES. ANESTESIA: Drº Marcos R			
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE: Elizangela M			
		Claudia			
TIPO DE ANESTESIA: Raquia 20:30		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.	1	1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº				
1	SERINGA 01ML		1		
1	SERINGA 03ML		1		
1	SERINGA 05 ML		1		
1	SERINGA 10ML		1		
1	SERINGA 20ML		1		
1	Eletródios				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Stefanie	SUB- TOTAL		
	Erica	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SOMA		
	Elizangela M	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
	Claudia			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Antônio João Batista, 444 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (98) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
emitida neste Hospital

SA - SISTEMATIZAC. DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM
 CENTRO CIRURGICO/SRPA

HGR
 Hospital Geral de Roraima

NOME: Temilson Batista de Andrade

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
20h 21.02	20.30	22.00	22.30	

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade
 Nome da Mãe: Marcelle
 Nome do Pai: Marcelle

Injúndia: Antibiótico
 Hemoderivados: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum
 Sinais Vitais: estáveis
 Sinais de Complicação: nenhum
 N° de compressas aplicadas: nenhum
 N° de compressas recolhidas: nenhum

Exames na Sala: () Ht () Hb () Hemogramas () Rato X
 () Outros:

Legenda:
 1. Eletrodos
 2. Oxímetro
 3. PVC
 4. Placa de Bisturi
 5. Incisão
 6. Cateter
 7. Vendicase
 8. Dreno
 9. SNG
 10. Faixa de Amarrar
 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Cirurgia Realizada: 20h 21.02
 Anestesia: 20.30
 Término: 22.00
 Saída S.O.: 22.30

Nome do Paciente: Temilson Batista de Andrade

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Ymlen Batista de Oliveira
Responsável: Perceira

Anestesista: Edina

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (X) Identificação do paciente
- (X) Site cirúrgico
- (X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim, Quant: _____ Hora: _____
() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(X) Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim (X) Não

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

Assinatura e Carimbo
Sylviane A. G. Silva
Enfermeira
COREN-RR 17720

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
(X) Não
() Sim, e uso endovenoso e planejamento para fluidos
Dr. Marlon Tavares Dantas e planejamento
Anestesiologista
CRM: 1869
Assinatura Hora: 20:30
Data: 26.05.18

USCO CIR. GIGCO
() Aplica (X) Não se Aplica
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Bessa 414 - São Vito - RS
PACIENTE CONFIRMOU: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2013
(X) Identificação de Site Cirúrgico
(X) Procedimento
(X) Sim () Não

TESTE DEM. RCADO
(X) Sim () Não se Aplica
(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUI:
(X) OXIMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
(X) Não () Sim, Quant: _____

VIA AÉREA DIRETA RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

217-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Venilton Batista de Avelar				
DIAGNÓSTICO	Fx Exst Tibia (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	26/05/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				20 02:08 14
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				20 08
4	TILATIL 20mg 12/12hs				20 08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				20 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA (S)				20 08
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20 08
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				20 08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				20 08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				20 08
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				20 08
14	CURATIVO DIARIO				20 08
15	Gentamicina 240 mg qd 1x dia				20 08
16	Ceftriaxona 1g EV 12/12h				20 08
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao L... para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

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

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H	157/97	101		
12 H				
18 H				
24 H				

Wanderléia Maia
Enfermeira
REN-RR 473110

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

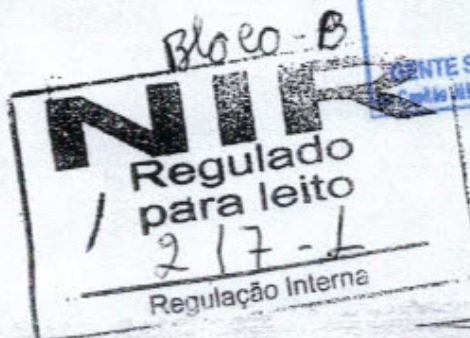
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
Cópia, fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

217-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DE RORAIMA		GOVERNO DE RORAIMA		GOVERNO DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Prescrição Médica				
DIAGNÓSTICO	HAS	DM2	DATA	HORÁRIO	
ALERGIAS	LEITO				
IDADE	PRESCRIÇÃO				
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR-INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Insulina 240mg (EV) 1x ao dia				
16	Insulina 600mg (SC) 1x ao dia				
17	Insulina 40mg (SC) 1x ao dia				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

10h realizados
curativo
em M.D. + M.S.D.
Dr. Francisco



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel: (95) 21-21-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
do documento apresentado neste Hospital

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	P	PR	T
6 H	140/80	90	20	36.1
12 H	134/74	92	23	36.1
18 H	139/98	92		36.3
24 H	140/96	86		36.5

Medicamentos realizados
e P.M.

Martelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

Foto: [illegible]
Lina da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 487.341 TE

217-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE VENILSON BATISTA DE ANDRADE				
AGNÓSTICO FX TIBIA DIREITO				
ALERGIAS	HAS	DM2	28/05/2018	
IDADE	30	LEITO	217-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O			
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)			
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUITA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

# PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO		FC		FR	TEMP
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	129/90	103	—	34.8	
12 H	86x58	102		35.4	
18 H	140x80	104		35.6	
24 H	120/70	68	—	36.4	

Dr. Odinechi Okemiri
Ortopedia e Traumatologia
Residente de Ortopedia e Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE	VENILSON BATISTA DE ANDRADE		
AGNÓSTICO	FX TIBIA DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	30	LEITO	217-1
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		29/05/2018
2	AVP		
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H		
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O		
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)		
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1261/RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	128x78	88	-	36,4°C
12 H	154x89	98	-	36,6°C
18 H	145x85	111	-	36,5°C
24 H	130x90	100	-	

06:00 Realizado \$
nao realizado \$
Marinalda S. Richit
Aux. Enfermagem
COREN: 043001646

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

CONDOTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA ; NAO

II PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO	FC
----------------------------------	----

Dr. Odinachi Okemini
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RK

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Lac. Antônio João Bezerra, 444 - Boa Vista - RS

217 - 1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Venilson Batista De Indrade, 30^o ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/05/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta tíbia (17)
NO DIA 26/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura exposta tíbia (17) SENDO
OPERADO PELO DR. Joséthas E DR. Pablo
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/06/18, AS 12,00 hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 15/06/18, AS 14,30 hrs, COM O
DR. Pablo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

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.

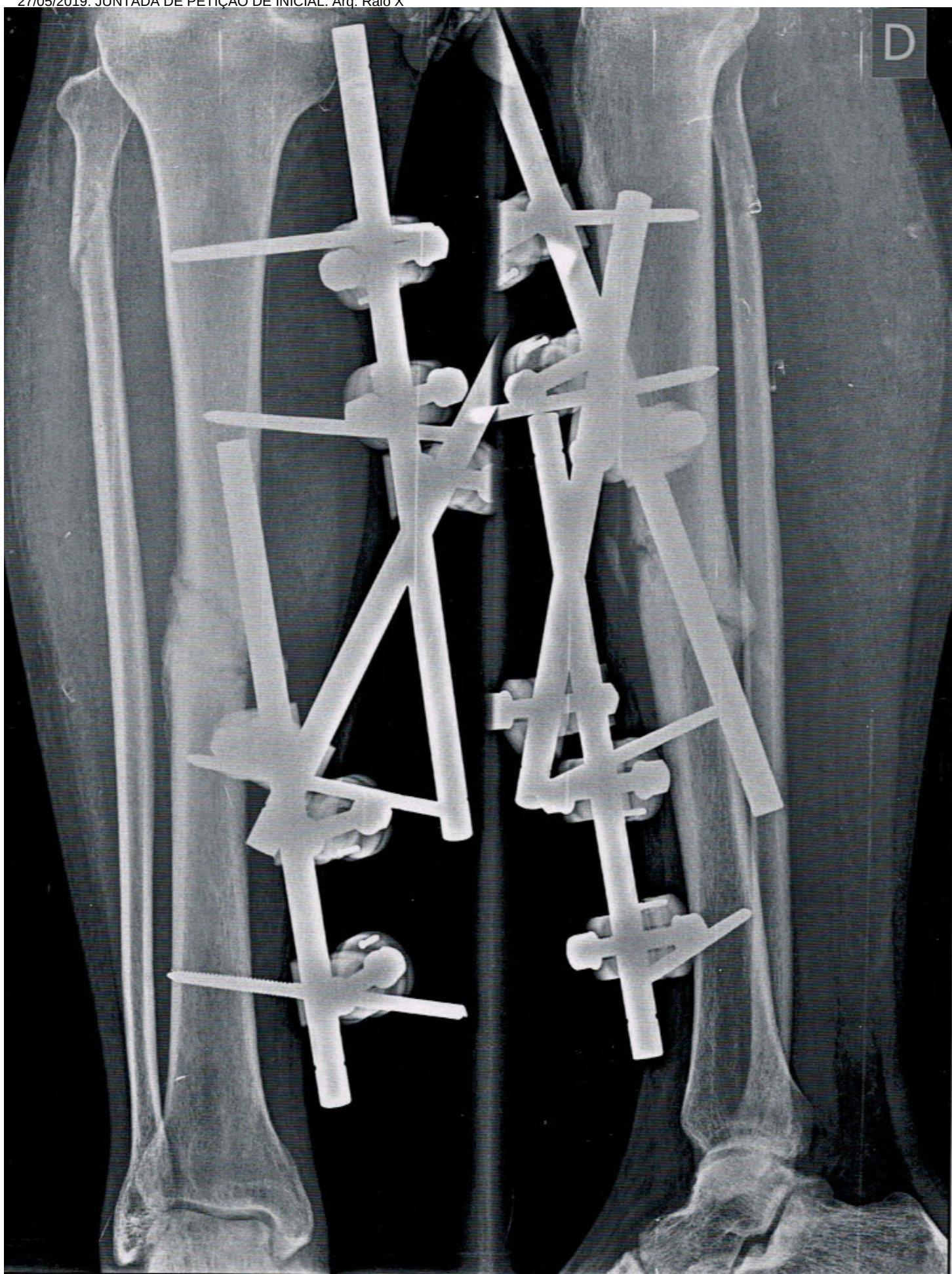
SENTE SEGURADORA S/A
R. João Bezerra, 434 - Boa Vista - RS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
15 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Edinachi Okemiri

Dr. Edinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 118517/RP

BOA VISTA, 01/06/18

MÉDICO



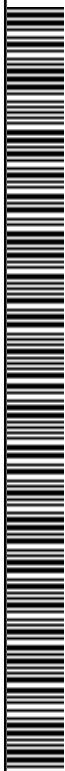
VENILSON BATISTA DE ANDRADE 14199

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/12/2018

Cloudoaldo

61,7 %



SINISTRO 3190314001 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VENILSON BATISTA DE ANDRADE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO VENILSON BATISTA DE ANDRADE

CPF/CNPJ: 00028661290

Posição em 23-05-2019 17:21:56

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
21/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

