

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **UBIRACI SILVA VALE** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 204035 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 831.423.202-53, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av Jardim, 580 – Jatobá / Cidade Satélite CEP: 69.317-529, Tel. (95) 99116-8777/ 99141.3275

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

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 15 de março de 2019.

UBIRACI SILVA VALE

UBIRACI SILVA VALE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polégar Direito

UBIRACI SILVA VALE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Instituto Gráfico Brasília

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 204035 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2017

NOME UBIRACI SILVA VALE

FILIAÇÃO UBIRATAN GONSALES DA SILVA VALE

RAIMUNDA SILVA VALE

NATURALIDADE TUCURUÍ - PA DATA DE NASCIMENTO 02/03/1985

DOC. ORIGEM CERTD NASC 75017 FLS 279 LIV A-108

1 OF BOA VISTA-RR

CPF 831.423.202-53

2 VIA AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

804151

PROIBIDO PLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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


Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0134197-9

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
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 369/13

Nº da Nota Fiscal: 001611609
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	01/11/2018	91	62,48

MARIA ANTONIA SOUSA SILVA
AV JARDIM 580 616 A404-JATOBA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA
ROT: 32.001.24.20.253200

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	4514			Atual:	13/10/2018
Anterior:	4423			Anterior:	12/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	13/11/2018
Consumo Medido:	91			Emissão:	11/10/2018
Consumo Faturado:	91	FCAM		Apresentação:	13/10/2018

Forma de Pagamento: **NORMAL** Fator de Potência: Fator de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. B.C. RENDA	BT	15EDB026460	1423123	1.4.1.2	33

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	kWh		
SET/18	83	CONSUMO	30 A R\$ 0,196352 = 5,89
AGO/18	53		61 A R\$ 0,336605 = 20,53
JUL/18	43	SUBVENCAO BAIXA RENDA	- 25,36
JUN/18	40	CORRECAO MONETARIA DA	07/18-00 0,19
MAI/18	33	CORRECAO MONETARIA IG	07/18-00 0,21
ABR/18	27	MULTA POR ATRASO DE I	07/18-00 2,81
MAR/18	35	JUROS DE MORA POR ATR	07/18-00 0,71
FEV/18	50	MULTA POR ATRASO 07/18-00	0,25
JAN/18	96	JUROS DE MORA DE INPO	07/18-00 0,29
DEZ/17	136	ILUMINACAO PUBLICA	31,60

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,157610
31 A 91 - 0,270190

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mes/Ano Valor R\$ 09/2018 59,52
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/10/2018 em função das dívidas acumuladas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar, também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavisciação no valor de R\$ 44,60 (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

RESERVADO AO FISCO 05E8.7CD5.CF04.BC13.18CF.BFF3.0787.9FDF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	7,96	Base de Cálculo:	26,42
Energia:	12,73	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	4,49
Encargos:	0,53	Valor do PIS:	0,12
Tributos:	5,20	Valor do COFINS:	0,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Índice	DIO			FIC			DMIC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Índice	2,67			8,00			1,11	

Código: FLORESTA Faturado: 03/2018 R\$ 5,24
ROT: 32.001.24.20.253200


Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO
0134197-9

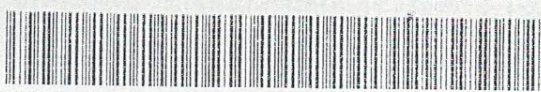
TOTAL A PAGAR - R\$
62,48

MÊS FATURADO
10/2018

VENCIMENTO
01/11/2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 001611609 FCAM

83610000000 6 62480075000 9 00000000134 7 19791018008 6



SEQ.: 00189 UC: 0134197-9 DT.LEIT.: 13/10/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 4514 NORMAL TOTAL: 62,48 CARGA: 015
DT.VENC.: 01/11/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1132

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **UBIRACI SILVA VALE** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 204035 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 831.423.202-53. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, 580 – Jatobá / Cidade Satélite CEP: 69.317-529, Tel. (95) 99116-8777/99141.3275

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

Boa Vista/RR, 15 de março de 2019.

Ubiraci Silva Vale

Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **UBIRACI SILVA VALE** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 204035 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 831.423.202-53, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av Jardim, 580 – Jatobá / Cidade Satélite CEP: 69.317-529.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 15 de março de 2019.

Ubiraci Silva Vale

UBIRACI SILVA VALE

503451

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 557/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 27/12//2018

COMUNICANTE: UBIRACI SILVA VALE

RG: 204035

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 831423202-53

ENDEREÇO: AVENIDA – VILA JARDIM, BLOCO 16

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PINTOR

NATURALIDADE: TUCURUÍ

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 02/003/1985 IDADE: 33 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 99116-8777

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI CNH

NOME DO PAI: UBIRATAN GONZALES SILVA VALE

NOME DA MÃE: RAIMUNDA SILVA VALE

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 22h00min do dia 14/07/2018, RUA – AVENIDA – CARLOS PEREIRA DE MELO - CARANÃ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo veículo **HONDA/CG 150 TITAN EX**, Placa **NAU-9294**, de cor **BRANCA**, Ano **2015/2015**, Chassi **9C2KC1660FR511269**, Renavam **01047543225** de propriedade do senhor **EVANDRO DE MORAIS BRITO**; Que o comunicante informou que estava sentido sua casa, quando ao passar por uma rotatória foi surpreendido por um veículo do qual ele não sabe informar cor ou marca; Que o comunicante pra não colidir com o veículo desviou e com isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair; Que em decorrência do acidente a comunicante teve (**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**); Que esse registro é para fins de requerimento de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

UBIRACI SILVA VALE
UBIRACI SILVA VALE

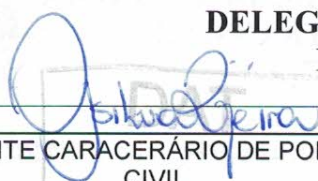
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



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



 AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	.	.
--	---	---

AGENTE DE POLICIA
CONFECCIONADO



07/11/2018

...: Guia de Atendimento 17 ...:



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

1ª Classificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: ☐

Reclassificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: ☐

Reclassificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: ☐

1800981409		15/07/2018 01:14:25		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		2	
Paciente UBIRACI SILVA VALE Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: APARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA Mãe: RAIMUNDA SILVA VALE Endereço: RUA - ERACLITO CAVALCANTE - 225 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR				Data Nascimento : 02/03/1985 Idade : 33 A 8 M 5 D CNS : 700005728596902 CPF : 83142320253 Prontuário : 00165854							
Class. de Risco Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Setor: GRANDE TRAUMA				Plano Convênio : SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento : URGÊNCIA Tipo de Chegada : AMBULANCIA (HOSPITAL)				Nº da Carteira : Validade : Autorização : Sis Prenatal : Profissional do Atend. : Procedência : Temp. : Peso : Pressão : Procedimento Sol. : Registrado por : ALEXSANDRO PEREIRA			
Queixa Principal : ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Exame Físico						Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						Prescrição APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO					
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: geraldoliveira Data Hora: 07/11/2018 08:58:53											

BLOCO A 120-9

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
UBIRACI SILVA VALE

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00165854

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700005728596902

8 - DATA DE NASCIMENTO
02/03/1985

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
RAIMUNDA SILVA VALE

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99152-1758

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
UBIRACI SILVA VALE

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99152-1758

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: ERACLITO CAVALCANTE - 255 -- CIDADE SATELITE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP
69.301-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
for acidente operatório
do cliente preso à cadeira

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
C/mon

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
M. clareada

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura clavicular

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
ortomontagem clavicular

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
201561850530005

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
CARLOS ENRIQUE LA ROSA RODRIGUEZ

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
22/07/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
19 SET. 2018

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

0408010150
5420
V99



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27.07.18 O.S. _____

UBINEL SILVA
VARELA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura clavícula direita

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossintese clavícula

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Osteossintese

CIRURGIÃO: Dr. Iem 1º AUXILIAR: Dr. C. Evaristo

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Bloqueio

ANESTESISTAS: Dr. Natch ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado
— Acesso cirúrgico
— Campos esterilizados
— Incisão sobre clavícula, direita
— Interm. radicular e proximal e no 25
— K. e. para a plan.
— Curativo



Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

União Silva Velho

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

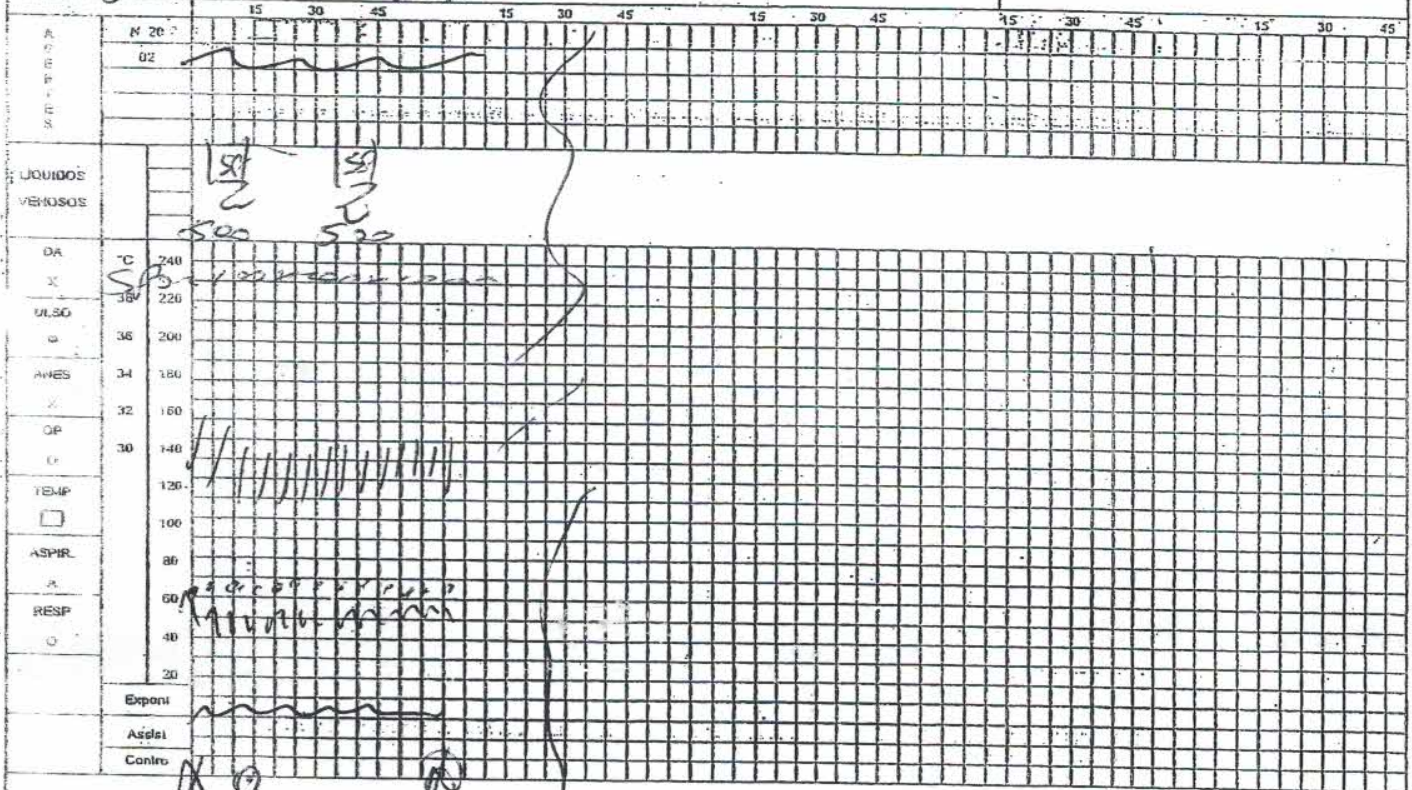
Milozela 3.5mg + fentanyl 100µg

20:40

21:40

Nº

23.07.2018



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	Bupivacaína 0.5% 125ml	Blindagem de placa
B	Propofol 60mg	Propofol 1.5mg/kg
C		Intubação orotraqueal
D		Ventilação mecânica
E		
F		
G		
H		
I		
J		
K		
L		
M		
N		
O		
P		
Q		
R		
S		
T		
U		
V		
W		
X		
Y		
Z		

ANOTAÇÕES

ECG
PNE
Oximetria
Monitorização de NIM
Monitorização de SPO2



Operação: Ortopedia do ombro e...

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemodinâmica - Choques

ANESTESIA: Dr. Michel M. Moura
CÓDIGO: 1005
CIRURGIÃO: Dr. Carlos E. ...
PERDA SANGÜEA: ...

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

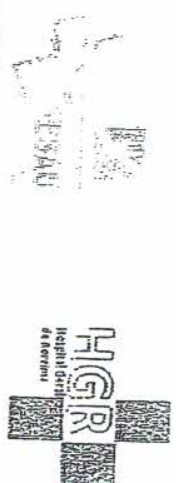
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

389

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Edson Silva Santiago				23/07/18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
osteossintese clavícula (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		21:00	21:30	30 minutos	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		D. Michel		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		Gerson		
		CIRCULANTE	M. Maria / Raimundo / Samuel		
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Geral leve + BFB					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		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		1	FIO VICRYLNº 3,0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2,0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	par		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CLRA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	CLRA CATARATA elabores	
1	SERINGA 10ML		1	CLRA CATARATA coliter 02	
	SERINGA 20ML			CLRA CARDIACA clouxiadus etc	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	plum	SUB- TOTAL	
	+ Est. Toni	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	





NOME: Marcelo Silva Vale

SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 500
Novo Planalto Tel (95) 31-0020
AUTENTICADO
17 SET. 2010
Certifico e Dou Fé que o presente é cópia e fiel reprodução do Original que foi apresentado neste Hospital

TRANSPERATORIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
20:25	21:00	20:31	21:30	21:40
Cirurgia Realizada	Anestesia	Posição: <u>prona</u>		
<u>Osteotomia da clavícula</u>				
Hidratação Intrínfida	Antibiótico Terapêutico	Hemodilúdos		
SF a 0,9%: <u>500</u>	Nome:	CHI:		
SG a 10%:	Dose:	Plasma:		
Outros:		Plaquetas:		
Nº de compressas oferecidas:		Anatômico Pat. físico:		
Nº de compressas recolhidas:				
Sinais Vitais:				
T: <u>36,2</u> °C	P: <u>62</u> bpm	Nº pegasi:		
SAT: <u>100</u> %	R: <u>18</u> rpm	() Cultura		
() Regular	() Irregular	() Outros:		
FC: <u>62</u> bpm	PA: <u>118</u> mmHg			
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:				
1. Sonda				
2. Curativo				
3. Dreno				
4. Acesso Venoso				
5. Outros				



Legenda	
1. Eletrodos	
2. Oxímetro	
3. PVC	
4. Placa de Bisturi	
5. Injeção	
6. Cateter	
7. Vendelise	
8. Dreno	
9. SNG	
10. Fala de Smarch	
11. Outros:	

Entrada	CH	SNG	Trano	Dureza	SNG	Outros
57 09%	500 ml					

BLOCO D

 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	
HGR		HGR			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		165854	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7101001015171218151916191012		02/03/35	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Raimunda Silva Vale		m	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Brasilão Cavaliante - 255 - cidade santos			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		BIR	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
- Queda com dor no pescoço e	
Cervical	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S. N. Novo Planalto Tel (93) 2121-0600 AUTENTICAÇÃO 19 SET. 2018 Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
Rx		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL
Fratura Cervical		22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO RILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

18/07/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

VERDE

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

HGR
Hospital Geral
de RoraimaVisto
ore

1800983240	18/07/2018 14:47:51	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	203
Paciente UBIRACI SILVA VALE		Data Nascimento 02/03/1935	Idade 33 A 4 M 16 D	CNS 700005728596902	CPF 83142320253	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 204035	Órgão Emissor M	Data Emissão M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe RAIMUNDA SILVA VALE	Endereço RUA - ERACLITO CAVALCANTE - 255 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		Contato (95) 99152-1758		Ocupação PINTOR	
Class. de Risco VERDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp. 36.70	Peso 150 x 100	Pressão
Setor PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: THICIANNY			
Queixa Principal FRATURA DA CLAVICULA "E" APÓS ACIDENTE DE MOTO HA 5 DIAS						
Anamnese de Enfermagem NEGA HAS OU DM/NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____)						
<i>Uso de drogas do uso de drogas.</i>						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Dipirona 500mg</i>			<i>15/30</i>		<i>15/30</i>	
<i>Atorvastatina 20mg</i>			<i>15/30</i>		<i>15/30</i>	
<i>Cetorolaco</i>			<i>15/30</i>		<i>15/30</i>	
<i>Trigo Mendonça D. C.</i>			<i>Trigo Mendonça D. C.</i>		<i>Trigo Mendonça D. C.</i>	
<i>Médico</i>			<i>Médico</i>		<i>Médico</i>	
<i>CRM-RR 1803</i>			<i>CRM-RR 1803</i>		<i>CRM-RR 1803</i>	
Conduta						
☐ Alta por Decisão Médica						
☐ Alta a Pedido						
☐ Alta a Revelia						
☐ Transferência para:						
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não						
Destino ☐ Família ☐ M. Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Assinatura do Médico			
Impresso por: ludymilla.farias						
Data Hora: 18/07/2018 15:03:00						
1800983240						

SINISTRO 3190109064 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA UBIRACI SILVA VALE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO UBIRACI SILVA VALE

CPF/CNPJ: 83142320253

Posição em 26-03-2019 09:39:48

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.
Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo
neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50