

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03421

CONTA: 000000003279-3

Nr. da Autenticação AD578CDBD5B1F388

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142280 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PUNHO), PLACA E PARAFUSOS (FÊMUR).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E
LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142280 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PUNHO), PLACA E PARAFUSOS (FÊMUR).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SÃO JOÃO DA BALIZA



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DO NASCIMENTO: 22/07/93

RG: 3.894.886 UF: RR

CPF: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SUS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
24	10	17	21:05	

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome: <u>Blisson Belarmino da Silva</u>			Idade: <u>24 A</u>	Sexo: <u>M</u>
Rua/Avenida: <u>Av. Barbara Lancigão</u>			Nº: <u>75</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Município:	Estado:	Telefone: <u>99804-6056</u>	
Filiação:	Pai: <u>100 Alves das Santos</u>	Mãe: <u>Concórdia Belarmino da Silva</u>		

2 IDO ACIDENTE				
<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TRABALHO	<input type="checkbox"/> TRANSITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

3 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA		
<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO	<input type="checkbox"/> DE AMBULANCIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO

4 TIPO DE ACIDENTE				
<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRIC	<input type="checkbox"/> OUTROS/DESCREVER

5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR				
PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

6 DOENÇA OCUPACIONAL				
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR)		

7 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA					
ESPECIALIDADE:					
RESUMO CLÍNICO: <u>PACIENTE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA CONTRA UMA JARCA + 20km/h NO PONTÃO INCONSCIENTE, PULSAS FROCIDAS - FORTACITUDAS FARTURA FORTA ESQUERDA - 1/2 IN ANTERIOR DIVER</u>					
EXAME FÍSICO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
RESULTADOS DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)					
DIAGNÓSTICO					
PROVÁVEL: <u>Blisson</u>					DEFINITIVO:

8 DESTINO DO PACIENTE				
REMOVIDO PARA:				
INTERNADO NO:				
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ()		
DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		
24/10/17	<u>Berger</u>	<u>Francisco F. Klinsky DaCunha</u> MÉDICO CRM 1001		

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

84.013.408/0001-
UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA
PR 210 S/N - CENTRO
CEP 69 375-000
DA BALIZA - RR

NOTIFICAR

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

HGR

1700856153		25/10/2017 01:48:22		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 5	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
ELISSON BELARMINO DOS SANTOS		22/07/1993		24 A 3 M 3 D		CPF 07	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Prontuário	
IDENTIDADE		389488		SSPRR		163042	
Mão		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
LUCINEIDE BELARMINO DA SILVA		21/01/2015		M		SOLTEIRO(A)	
Endereço		Pai		Raça/Cor		Naturalidade	
RUA - BARBARA CONCEIÇÃO - 000 - - BOA VISTA - RR		IVO ALVES DOS SANTOS		PARDA		BOA VISTA - RR	
						Contato	
						(95) 99904-6056	
						Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Sis Prenatal	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
GRANDE TRAUMA		AMBULANCIA (HOSPITAL)				Pressão	
Queixa Principal						Registrado por:	
						ATLAS.GONZAGA	
Anamnese de Enfermagem						GSC	
						TOTAL	
						AO: 1 2 3 4 5 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						14	
Paciente acidentalmente atingido por veículo motorizado.							
Artrite aguda bilateral do joelho.							
Exame Físico							
Pele: normal. TCE + contusão no antebraço.							
Hipótese Diagnóstica							
DM. 118 x 70 mm							
PC. 103							
SADT - Exames Complementares							
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO	
1. Monitorização							
2. DVPZ.							
3. SRO, 9h, 1000 mL (2) 4h.							
4. TC de Crânio e Cervical							
5. Rx de coluna cervical e torácica							
6. Histo + Biópsia de pele + BAPAO							
7. Colorimetria							
8. Neuropatia (obstrução) + Neuropatia							
9. Alopécia							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
<input type="checkbox"/> Transferência para:							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: atlas.gonzaga							
Data Hora: 25/10/2017 01:51:36							

SABEMI SEGURODORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

CRM-RR 1883

Atendimento

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /



1700856153



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Elisa Belorduen

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/07/93

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Lucineide Belarmine da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

915 991019161056

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Barbara Lemeuel

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PR

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito com
Deformação Autoclava @ +
Femur @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

@12VAG11

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR 2018

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

Rx

RECEBIDO

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx Femur @ + Fx Autoclava

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - ANCILO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() PREVIDENTE

() PREVIDENTE

() PREVIDENTE

() PREVIDENTE

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

25/10/17

0308010019 - T068

V99

(ate 2-11)

Ah
21P - 0408050098 - 5723



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Elisson Belarmino da Costa 24A			25 / 10 / 17




CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Tração Transesquelética Femoral com fixação por fio de aço	03:45	04:00	

EQUIPE MÉDICA		TEMPO DE DURAÇÃO:	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		
Dr. Carlos Enrique	RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
3º AUXILIAR	CIRCULANTE		
	Assistido por: Soro e Glicose		
TIPO DE ANESTESIA:			
Local			

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 0,9 250 ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCO 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/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Atadura Crepom 2cm			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		
	Enfe Rosa Maria	SUB- TOTAL		
	Enfe Virginia	TAXA DE SALA		
ENCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

~~ELISSON~~ ELISSON BELDARMINO OK 117-24

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Elisson Beldarmino			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h			04:30 - 16:30	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			1X	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			OC	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N	
7	DIPIRONA 2M EV DE 6/6H SN			S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N	
9	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			Atenção	
10	SSV + CCGG 6/6 H			Rótula	
11	CURATIVO DIÁRIO			M	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

Solicitação de Prescrição

Item 5 NÃO REALIZADO POR NÃO TER MEDICAMENTO

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Residente de Ortopedia e Traumatologia

	T	PA	PA
6 H	36.0	69	122x8
12 H	37.2	66	122x74
18 H		88	124/72
24 H		80	119x69



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Elison Beltrame</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2	27/10/17	
IDADE		LEITO	17-4	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3:00
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				7:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				10:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSV + CCGG 6/6 H				20:00
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	<i>Captopril 1 gr 6/6 EV 12:00, 18:00, 24:00</i>				
13					
14					
15					
16	<i>30/10</i>				
17					
18	<i>Atendimento Psicologia</i>				
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

Gilberto Pereira
Psicólogo
CRP 20/08000

BE6, Afonso
Atm. Administrada, as medicações de horário GPM, verificado SSVV — *Y.L.C. Mune*

24:00 balneo, Acamado, Acordado, nega alças, dietas + medicações de horário — Helo




Helôisa Faria
Téc. Enfermagem
COREN-RR 0084382-3

Marlene La Rosa
CRM-RR 483

6 H				
12 H	102x65	85	-	36°C
18 H	130/80	84		
24 H	110/70	86		36°

Residente de Ortopedia e Traumatologia

117-09

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 		
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE <i>Eduardo Beltrame</i>						
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW	
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				SW	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SW	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SW	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN				SW	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SW	
11	CURATIVO DIÁRIO				SW	
12	<i>Captopril 1 gr 6/6 EV</i>				<i>SW</i>	
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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						

*BE6, LOPEZ
Agoric*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

6 H				
12 H	130/80	72		36.5°C
18 H				
24 H	120x80	68		37.6°C

Residente de Ortopedia e Traumatologia

06:00 hr 130x80 70 35.5°C



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ELY BR BECANNIKU				
DIAGNÓSTICO	Fratura Fechada e Numb				
ALEPGIAS	HAS		DM2		
IDADE	21	LEITO	107-9	DATA	01/11/17
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				14:22 06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H / suspensa				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENCXICAM 40MG EV 1X/DIA				
6	DIPIFONA 1 AMP EV 6/6H				12:18 06
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP/VO DE 8/8h SN				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14:22 06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIME TICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURAT VO DIARIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE HÍPOTENSO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente está cirurgicamente curado

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H	110x40	TP 36°	FC 68
12 H	100x40	36.9	73
18 H	100x40	36	73
24 H	120x70	62	36.5



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Elisa Belorini

Data: 21.1.17 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx luxação Puro D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Osteosintese Puro D

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. C. Enríque

1º AUXILIAR:

Dr. Jesus

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Dr. Fabiano

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Asepsia - Antisepsia

Quip. Espm

300 Visualização fluoroscópica e

teste mecânico de Fx luxação

do Puro D

Estabilizado com 02 Fios de

Kirschner

Fala Boa

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Jesus A. Aguirre
Médico
CRM-RR 565



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

02/11/17

Data:

O.S.:

Eligou Belorim

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão lateral Femur
- Dissecção x Planos
- Encontro 3º Fr. Seguinte ao 1/3 Prox
- Femur Seguinte Retepreparator
- Redução
- Estabilizado com Placa DCP
- 12 Fios + 05 Parafusos

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Elison Belarmino	117-2		02 11 117

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TOTAL
ort. Fratura de fêmur (E) + punho (D)	09:20	12:15	

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Carlos Henrique	Dr. Fabiano, Dr. Mariane
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Jesus	Fabiano, Danielle
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Fabiano, Sonetinha
	TEMPO DE DURAÇÃO:

TIPO DE ANESTESIA:						VALOR
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
1100	FOFAS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml		
1000	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
100	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOLADO		
100	LUVA ESTERIL 7.5		7	FIO VICRYL Nº 0		
100	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0		
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
	LOVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
7	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº		7	FIO CATGUT CROMALON Nº Resin	8.0	
1	DRENO DE TORAX Nº Foley		7	FIO PROLENE Nº	8.0	
1	DRENO DE PENROSE Nº Foley		1	FIO SEDA Nº Foley		
120cm	SERINGA 01ML Espiralado		1	SURGICEL Foley		
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO		
7	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Superior Opt		
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM		
1	SERINGA 20ML		1000	FITA CARDIACA Topico		
			1500	OUTROS: Alcool 70%		

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



NOME: Wagner Edson (117-027)

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 02.11.17

Sexo: Masculino Idade: 25

Chave: 05130

() Hematologia () UTA 1

() Internação () UTA 2

() Outros:

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

Cirurgia / Proctologia / Colo

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 08.15 Início da Cirurgia: 09.20 Início Anestesia: 09.35 Término Cirurgia: 10.30 Saída S.O.: 10.45

Cirurgia Realizada: Proctologia / Colo Anestesia: RA + BPR Posicionamento: Decúbito lateral

Hidratação: Infundida Antibiótico: Amoxiclavina SNG a 10%: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Nº de compressas aferidas: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Nº de compressas recolhidas: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Sinais Vitais: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

T: 36.5 °C P: 94 bpm R: 18 rpm

SAT: 99 % () Irregular PA: 98/53 mmHg

PC: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

EV: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

SRPA

Cirurgia Realizada: Proctologia / Colo Anestesia: RA + BPR Localização: Decúbito lateral

1. Sonda: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

2. Curativo: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

3. Dreno: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

4. Acesso Venoso: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

5. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

6. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

7. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

8. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

9. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

10. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

11. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

12. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

13. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

14. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

15. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

16. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

17. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

18. Outros: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Sinais Vitais

T: 36.5 P: 94 PA: 98/53 SpO2: 99

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Balanco Hídrico

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Sinais Vitais

T: 36.5 P: 94 PA: 98/53 SpO2: 99

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Localização: Decúbito lateral

Balanco Hídrico

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Entrada: Nome: CHI Plaqueta: Nome: CHI

Atendimento do CC os 13.20h
Me Moisés Regien
Enfermeiro
COREN-RR 165143



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



MAR. 2018

RECEBIDO

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Elson Beloraim</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO <i>117-2</i>		DATA <i>02/11/17</i>	
ITEM					
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOCICAM 40MG EV 1X/DIA				
6	DIPIRINA 1 AMP EV 6/6H				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP/VO DE 8/8h SN				
8	PLAS 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 10 MMHG				
12	SIMECONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIARIO				
14	SSV + CCGG 6/6 H				
15					
16	<i>Opioides 1000 mg 12/12</i>				
17					
18					
19					
20	SE HÍPOTÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pela anamnese Atenção !!

→ Vigília Rápidíssima!

Fato de 40mg no espaço subcutâneo + bup O.S. 12mg 12-15.

Observar FR/ritmo à FR ≤ 8 inspirações/min, auscultar pulmões, nível do ombro. Dar a 1ª ampola de Narcan (0.4mg) 10ml de água destilada. Fazer 10ml da solução. Observar FR e se necessário repetir a dose.

	PA	FC	FR	T
6 H	120x75	96	22	36
12 H				
18 H	110x75	96	22	36.8°C
24 H	130x80	96		36.5°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

02/11/17
Jesus A. Loyola A. Paiva
CRM-RR 307

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO: IVO ALVES DOS SANTOS

LUCINEIDE BELARMINO DA SILVA

NASCIMENTO: 22/07/1993

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 3894896 SSP RR 21/01/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 539.076.042-53

CNH: 05980206003

TIT. ELEITOR: 004350232658

SEÇÃO: 0104

ZONA: 004

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 13/04/2016

ASSINATURA DO EMPREGADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF: 539.076.042-53

160.99896.78-4

NÚMERO

3751548

SÉRIE

0050

LET

RR

Elisson Belarmino dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERDICAÇÃO | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
539.076.042-53

Nome
ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

Nascimento
22/07/1993

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

876807

Elisson Belarmino dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 389488-6 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/01/2015

NOME
ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
IVO ALVES DOS SANTOS
LUCINEIDE BELARMINO DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
22/07/1993

OCC ORIGEM
CEPTD NASC 5506 PLS 54Y LIV A-B
SÃO LOUIZ DO ANÁLIA-PI

2 VIA

Hênio Stênio Lima Andrade
Diretor do IBC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 920/2017	DELEGADO: FERNANDO ALVES DA CRUZ
DATA: 30/10/2017	ATENDENTE: Zenilde Guilherme Teixeira Lima
HORA: 09:00h	LOCAL, DATA E HORA: BR 210, entre Caroebe e Baliza, próximo a fazenda Chaparral, em 24/10/2017, por volta das 20:20h

DADOS DO COMUNICANTE

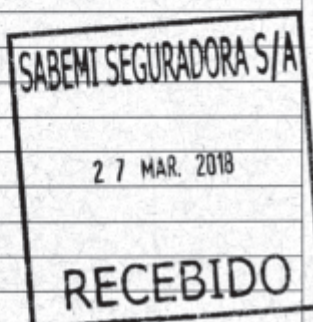
NOME: Adenilson Antonio de Souza	RG: 173.627 SSP/RO	CPF: 192.139.212-68
END: Av Bárbara da Conceição, 76 – Centro Caroebe		

DADOS DA VITIMA

NOME: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS	
END: O MESMO DO COMUNICANTE	
FILIAÇÃO: Ivo Alves dos Santos e de Lucineide Belarmino da Silva	
GRAU DE INST: Ensino Médio	APELIDO: "Júnior"
COR / IDADE: Parda/ 24 anos	PROFISSAO: Atendente de comércio
DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1993	FONE: (95) 98805-8969
NATURALIDADE: Boa Vista-RR	

DADOS DO ACUSADO

NOME:	RG:	SSP:	CPF:
END:			
FILIAÇÃO:			
GRAU DE INST:	APELIDO:		
COR/IDADE:	OCUPAÇÃO:		
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: (95)		
NATURALIDADE: UF: NACIONALIDADE:			



DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR
------------	----------	-----------------------------

Breve relato do fato: O Comunicante acima qualificado veio informar do acidente ocorrido com seu filho no dia e local acima mencionados: Que a vítima seguia no sentido São João da Baliza/Caroebe, pilotando sua MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD CHASSI 9C2KD03108R020981, ANO 2008, DE COR PRETA, PLACA NAR-7024, COM DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE ANTONIO CARLOS GOVEA DOS SANTOS, quando de repente avistou um animal (vaca), no meio da pista, vindo a colidir com o animal e cair fora da estrada, já desmaiado; Que, a vítima foi socorrida para o Hospital do Baliza, e em seguida levado para o HGR em Boa Vista onde está aguardando para realizar cirurgia, pois teve braço e perna fraturados; Que, a vítima é habilitada. Era o que tinha a comunicar.

Adenilson Antonio de Souza

COMUNICANTE

Zenilde

ATENDENTE

AVISO: 1 – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 – O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

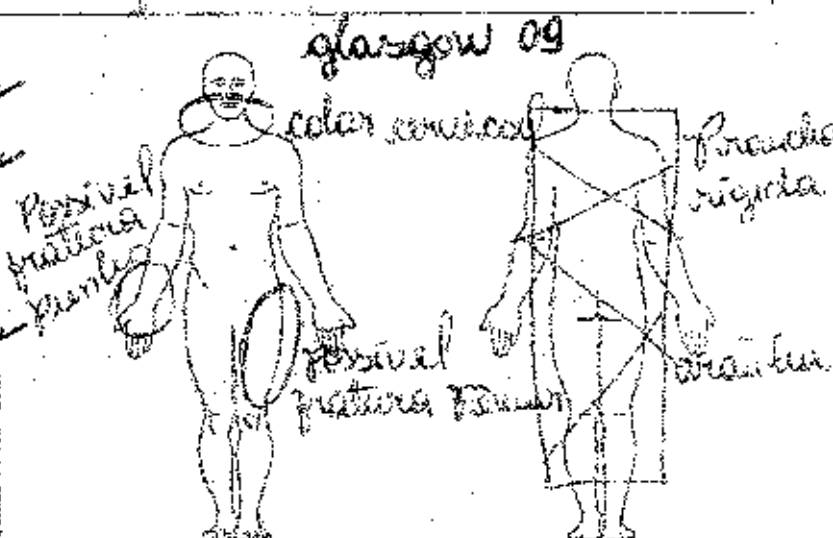
RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em _____ dias – APC _____; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se _____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

FRENTE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Ponto de Receber:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECEBIDA	Declaro para os devidos fins que estou recebendo o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU de Vão, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
Idade gestosa: _____	Movimentos fetais: _____	
Período de observação: _____	BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Dilatado <input type="checkbox"/> Bem contraído		



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1. 1. The first part of the document is a title page.
 2. 2. The second part of the document is a table of contents.
 3. 3. The third part of the document is a list of figures.
 4. 4. The fourth part of the document is a list of tables.
 5. 5. The fifth part of the document is a list of references.
 6. 6. The sixth part of the document is a list of appendices.
 7. 7. The seventh part of the document is a list of footnotes.
 8. 8. The eighth part of the document is a list of glossary.
 9. 9. The ninth part of the document is a list of abbreviations.
 10. 10. The tenth part of the document is a list of symbols.
 11. 11. The eleventh part of the document is a list of units.
 12. 12. The twelfth part of the document is a list of definitions.
 13. 13. The thirteenth part of the document is a list of equations.
 14. 14. The fourteenth part of the document is a list of figures.
 15. 15. The fifteenth part of the document is a list of tables.
 16. 16. The sixteenth part of the document is a list of references.
 17. 17. The seventeenth part of the document is a list of appendices.
 18. 18. The eighteenth part of the document is a list of footnotes.
 19. 19. The nineteenth part of the document is a list of glossary.
 20. 20. The twentieth part of the document is a list of abbreviations.
 21. 21. The twenty-first part of the document is a list of symbols.
 22. 22. The twenty-second part of the document is a list of units.
 23. 23. The twenty-third part of the document is a list of definitions.
 24. 24. The twenty-fourth part of the document is a list of equations.
 25. 25. The twenty-fifth part of the document is a list of figures.
 26. 26. The twenty-sixth part of the document is a list of tables.
 27. 27. The twenty-seventh part of the document is a list of references.
 28. 28. The twenty-eighth part of the document is a list of appendices.
 29. 29. The twenty-ninth part of the document is a list of footnotes.
 30. 30. The thirtieth part of the document is a list of glossary.
 31. 31. The thirty-first part of the document is a list of abbreviations.
 32. 32. The thirty-second part of the document is a list of symbols.
 33. 33. The thirty-third part of the document is a list of units.
 34. 34. The thirty-fourth part of the document is a list of definitions.
 35. 35. The thirty-fifth part of the document is a list of equations.
 36. 36. The thirty-sixth part of the document is a list of figures.
 37. 37. The thirty-seventh part of the document is a list of tables.
 38. 38. The thirty-eighth part of the document is a list of references.
 39. 39. The thirty-ninth part of the document is a list of appendices.
 40. 40. The fortieth part of the document is a list of footnotes.
 41. 41. The forty-first part of the document is a list of glossary.
 42. 42. The forty-second part of the document is a list of abbreviations.
 43. 43. The forty-third part of the document is a list of symbols.
 44. 44. The forty-fourth part of the document is a list of units.
 45. 45. The forty-fifth part of the document is a list of definitions.
 46. 46. The forty-sixth part of the document is a list of equations.
 47. 47. The forty-seventh part of the document is a list of figures.
 48. 48. The forty-eighth part of the document is a list of tables.
 49. 49. The forty-ninth part of the document is a list of references.
 50. 50. The fiftieth part of the document is a list of appendices.
 51. 51. The fifty-first part of the document is a list of footnotes.
 52. 52. The fifty-second part of the document is a list of glossary.
 53. 53. The fifty-third part of the document is a list of abbreviations.
 54. 54. The fifty-fourth part of the document is a list of symbols.
 55. 55. The fifty-fifth part of the document is a list of units.
 56. 56. The fifty-sixth part of the document is a list of definitions.
 57. 57. The fifty-seventh part of the document is a list of equations.
 58. 58. The fifty-eighth part of the document is a list of figures.
 59. 59. The fifty-ninth part of the document is a list of tables.
 60. 60. The sixtieth part of the document is a list of references.
 61. 61. The sixty-first part of the document is a list of appendices.
 62. 62. The sixty-second part of the document is a list of footnotes.
 63. 63. The sixty-third part of the document is a list of glossary.
 64. 64. The sixty-fourth part of the document is a list of abbreviations.
 65. 65. The sixty-fifth part of the document is a list of symbols.
 66. 66. The sixty-sixth part of the document is a list of units.
 67. 67. The sixty-seventh part of the document is a list of definitions.
 68. 68. The sixty-eighth part of the document is a list of equations.
 69. 69. The sixty-ninth part of the document is a list of figures.
 70. 70. The seventieth part of the document is a list of tables.
 71. 71. The seventy-first part of the document is a list of references.
 72. 72. The seventy-second part of the document is a list of appendices.
 73. 73. The seventy-third part of the document is a list of footnotes.
 74. 74. The seventy-fourth part of the document is a list of glossary.
 75. 75. The seventy-fifth part of the document is a list of abbreviations.
 76. 76. The seventy-sixth part of the document is a list of symbols.
 77. 77. The seventy-seventh part of the document is a list of units.
 78. 78. The seventy-eighth part of the document is a list of definitions.
 79. 79. The seventy-ninth part of the document is a list of equations.
 80. 80. The eightieth part of the document is a list of figures.
 81. 81. The eighty-first part of the document is a list of tables.
 82. 82. The eighty-second part of the document is a list of references.
 83. 83. The eighty-third part of the document is a list of appendices.
 84. 84. The eighty-fourth part of the document is a list of footnotes.
 85. 85. The eighty-fifth part of the document is a list of glossary.
 86. 86. The eighty-sixth part of the document is a list of abbreviations.
 87. 87. The eighty-seventh part of the document is a list of symbols.
 88. 88. The eighty-eighth part of the document is a list of units.
 89. 89. The eighty-ninth part of the document is a list of definitions.
 90. 90. The ninetieth part of the document is a list of equations.
 91. 91. The ninety-first part of the document is a list of figures.
 92. 92. The ninety-second part of the document is a list of tables.
 93. 93. The ninety-third part of the document is a list of references.
 94. 94. The ninety-fourth part of the document is a list of appendices.
 95. 95. The ninety-fifth part of the document is a list of footnotes.
 96. 96. The ninety-sixth part of the document is a list of glossary.
 97. 97. The ninety-seventh part of the document is a list of abbreviations.
 98. 98. The ninety-eighth part of the document is a list of symbols.
 99. 99. The ninety-ninth part of the document is a list of units.
 100. 100. The hundredth part of the document is a list of definitions.

WORLDWIDE TRAVEL SERVICE
TORONTO OFFICE
(416) 597-8000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos Govea dos Santos,

RG nº 258.3648BR data de expedição 24/10/17,

Órgão SESPRR portador do CPF nº 858.860.25200 com

domicílio na cidade de Garça, no Estado de

Roraima, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Imperio, nº 108,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Elisson B. Di Santo cujo o condutor era

Elisson B. Di Santo

Veículo: McLaren

Modelo: Honda / 150 BROS ESD

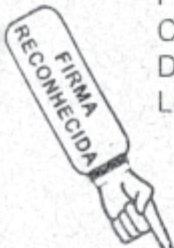
Ano: 2008

Placa: NAB 7024

Chassi: 85886025200

Data do Acidente: 24/10/17

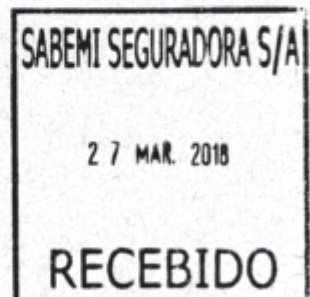
Local e Data: BR-210 24/10/17



Antonio Carlos Govea dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 539.076.042-53 Nome completo da vítima: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELISSON BELARMINO DOS SANTOS		CPF titular da conta 539.076.042-53	Profissão ATENDENTE DE COMÉRCIO
Endereço RUA: B CONCEIÇÃO		Número SIN	Complemento Casa
Bairro CENTRO	Cidade CAROEBE	Estado RR	CEP 69.378-000
Email lideracajiste.pendencia@hotmail.com			Telefone (DDD) 095/99117-5392

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA NRO. 3421 (Informar dígito se existir)	D/V 5	CONTA NRO. 3279 (Informar dígito se existir)	D/V 5
--	-----------------	--	-----------------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome SABEMI SEGURADORA S/A		NRO. 27 MAR. 2018	
AGÊNCIA NRO. RECEBIDO	D/V 2018	CONTA NRO. 2018	D/V 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA / RR, 20 de **março** de 2018
Local e Data

Elisson Belarmino dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO