

PROCURAÇÃO

Outorgante: WAGNER MOREIRA BEZERRA, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da carteira de trabalho 2610508 Serie: 001-0 e inscrita no CPF sob o nº 832.785.912-91, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Pedro Vasconcelos, nº 542, Bairro: Liberdade, CEP: 69.3309-105. Tel: (95) 98406-7082 E-mail: adrianomagave256@gmail.com.

Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), 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, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica 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. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

Boa Vista/RR, 22 / 07 / 2020

f Wagner Moreira Bezerra
WAGNER MOREIRA BEZERRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Wagner Moreira Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CAHTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **256686** DATA DE EXPEDIÇÃO **12/02/2020**

NOME **WAGNER MOREIRA BEZERRA**

FILIAÇÃO **LOURIVAL GOMES BEZERRA**
VALDEÍDE DA CONCEIÇÃO MOREIRA

NATURALIDADE **LAGO DA PEDRA - MA**

DATA DE NASCIMENTO **19/08/1984**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 8759 FLS 381 LIV A-14**
CURIONÓPOLIS-PA

CPF **832.785.912-91**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico de Polícia Civil
Diretor de IOC

PIS/PASEP:

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

WAGNER MOREIRA BEZERRA, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da carteira de trabalho 2610508
Serie: 001-0 e inscrita no CPF sob o nº 832.785.912-91, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista,
Estado de Roraima sito à Rua: Pedro Vasconcelos, nº 542, Bairro: Liberdade, CEP: 69.3309-105.

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, 14 de July de 2020.


WAGNER MOREIRA BEZERRA



POLEGAR DIREITO





Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0076079-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
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 Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 5057913

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2003. CAM*

CONTA MÊS
ABRIL/2020 11/05/2020 CONSUMO (kWh) 187 TOTAL A PAGAR (R\$) 168,17
RAFAEL MOREIRA BEZERRA
R. PEDRO VASCONCELOS 547 D - LIBERDADE
CEP: 69.309-105 - BOA VISTA CPF: 00098875701253

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	32233	Atual:	24/04/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	32046	Anterior:	24/03/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	31	Próxima leitura:	24/05/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	23/04/2020	Número Medidor:	2801179
Consumo medido:	187	Apresentação:	24/04/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	187			Modalidade:	N 1616326

CONSUMO		DESCRÇÃO DA CONTA	
ILUMINACAO PUBLICA	187 A R\$ 0,764425 =	142,94	25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 187 - 0,617770



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/05/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas pendidas e já reavizadas no valor de R\$ 348,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Des. Ano Valor R\$
03/2020 169,74

LIGUE 0800701912 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
4A1B.CB32.617D.BE26.6C5F.A210.470D.ACA7		Energia: 77,30	Encargos: 4,37	Base de Cálculo: 142,94	ALÍQUOTA VALOR
		Distribuição: 33,86	Tributos: 27,41	ICMS: 17,00%	24,29
		Transmissão: 0,00		PIS: 0,38%	0,55
				COFINS: 1,79%	2,57

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	PIC	DMIC	DICRI
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal
9,24 18,49 36,99	8,46 16,92 33,84	4,99	
Limite			
Realizado	0,41	1,00	0,41
Conjunta LORESTA			
Período de apuração: 02/2020		EURO: 54,55	

RÔT: 2.001.08.06.459320



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0076079-0

TOTAL A PAGAR - R\$
168,17

MÊS FATURADO
04/2020

VENCIMENTO
11/05/2020

Nº da Nota Fiscal: 5057913

FCAM*

83640000001 1 68170075000 0 000000000076 0 07900420008 9



SEQ.: 0285 UC: 0076079-0 DT.LEIT.: 24/04/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 32233 NORMAL TOTAL: 168,17 CARGA: 005
DT.VENC.: 11/05/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WAGNER MOREIRA BEZERRA, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da carteira de trabalho 2610508
Serie: 001-0 e inscrita no CPF sob o nº 832.785.912-91, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista,
Estado de Roraima sito à Rua: Pedro Vasconcelos, nº 542, Bairro: Liberdade, CEP: 69.3309-105.

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.

Belém-PA 30 de Julho de 2020

Wagner Moreira Bezerra
WAGNER MOREIRA BEZERRA



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Wagner Moreira Bezerra, CPF nº 832.785.910-91
Residente e domiciliado à rua Pedro Passos, nº 542 bairro
Liberdade, 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\$ 998,00, 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, 31 de Julho de 2020

Wagner Moreira Bezerra

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, ele deve protegê-la e guardá-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 E FUNDOS DE AMPARO AO TRABALHADOR. ESTA CARTEIRA CONSTITUI 30 PAGINAS NUMERADAS	
MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 126.02845.66-5 2610508 001-0 RR Wagner Moreira Bezerra 	

QUALIFICAÇÃO CIVIL	02
WAGNER MOREIRA BEZERRA LAGO DA PEDRA MA 19/08/1984 LOURIVAL GOMES BEZERRA VALDEIDE DA CONCEIÇÃO MOREIRA CN Nº 8759 FLS 381 LVA A 14 SOLTEIRO AG. ATEND. CARACARAI 29/01/2002	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE		05
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
L E G E N D A		
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO		
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA		

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
SANGÜINEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO / / ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS - 05			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. Nº	LIVRO Nº	
FLS. PROC. Nº			
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL		DATA	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
REGISTRADO EM			
SOB. Nº			
LIVRO Nº			
FLS. PROC. Nº			
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL		DATA	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			
REGISTRADO EM			
SOB. Nº			
LIVRO Nº			
FLS. PROC. Nº			
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL		DATA	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR			

06 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO DE DE 19.....	
REGISTRO Nº FLS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO O TESTEMUNHA	
1ª 2ª	
DATA DE SAÍDA DE DE 19.....	
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO O TESTEMUNHA	
1ª 2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA:	

07 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO DE DE 19.....	
REGISTRO Nº FLS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO O TESTEMUNHA	
1ª 2ª	
DATA DE SAÍDA DE DE 19.....	
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROSTO O TESTEMUNHA	
1ª 2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA:	

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 2544/2020 - Registrado em: 01/05/2020 às 19h 45min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/02/2020 às 10h 30min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAÍ

Logradouro: DOUTOR ZANY

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

WAGNER MOREIRA BEZERRA(35), nascido(a) em 19/08/1984, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 832.785.912-91, País: BRASIL, natural de LAGO DA PEDRA-MA, filho(a) de VALDEIDE DA CONCEIÇÃO MOREIRA e LOURIVAL GOMES BEZERRA, endereço: PEDRO VASCONCELOS, cep: 69309-105, Nº: 542, bairro: LIBERDADE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98406-7082.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ON LINE: QUE NO DIA 02/02/2020 ÀS 10:30 HORAS CONDUZIA PELA RUA DOUTOR ZANY BAIRRO CENTRO NO MUNICÍPIO DE CARACARAÍ A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN DE PLACA 4291 CHASSI 9C2JC4110FR107187 DE PROPRIEDADE DO SENHOR BRASILINO APARECIDO DA SILVA NETO. QUE IA NO SENTIDO CENTRO BAIRRO E QUE UMA OUTRA MOTOCICLETA PERTENCENTE AO SUPERMERCADO MAIAMY QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO FOI FAZER A ULTRAPASSAGEM QUANDO O PNEU DA CARROCINHA QUE A MESMA PUXAVA BATEU NO PNEU DA MOTOCICLETA QUE EU CONDUZIA FAZENDO COM QUE A MESMA DERRAPASSE. QUE FUI ARRASTADO NA QUEDA JUNTO COM A MOTOCICLETA QUE BATEU NUM POSTE. QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS, QUE FUI SOCORRIDO PELO SAMU REGIONAL ATE O HGR. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSEMAR MOREIRA DA SILVA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000369
ASSINADO ELETRONICAMENTE


WAGNER MOREIRA BEZERRA
COMUNICANTE

Lett 05.02.2020

BLOCO A

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		178519	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
8 - DATA DE NASCIMENTO		19/08/84	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Dacimar da Conceição Moura		959911258405	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		15 - UF	
R. Guilherme Brito 884 Liberdade		BA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP	
BO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pacient com fatura exposta
do asa de arco (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intenimento Angio

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fatura exposta do asa de arco (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intenimento Angio

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

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0415040035
R02
5373
U99

2020

... Guia de Atendimento 17 ...

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

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

15/07/20
15/07/20
Tela

2001216011 02/02/2020 14:04:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 23

Paciente **WAGNER MOREIRA BEZERRA** Data Nascimento **19/08/1984** Idade **35 A 5 M 14 D** CNS **"** CPF **83278591291** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
IDENTIDADE 256686 Mãe **VALDEIR DA CONCEIÇÃO MOREIRA** Pai **NI** Contato **(95) 99125-8406**
Endereço **RUA - GUILHERME BRITO - 887 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **"** Validade **"** Autorização **"** Sis Prenatal **"**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **"** Procedência **"** Temp. **"** Peso **"** Pressão **"**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol. **"** Registrado por: **ELIENE**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 **14**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA **14:10 h**)

Paciente trazido de caracará e história de trauma automobilístico, fratura de fêmur + TCE.

Exame Físico

DEG, alcoolizado, algo desorientado, eupneico em aa, BPP, 1 edema. Abd: plano, flácido, difusamente doloroso, BUA+; SpO2 = 98% FC = 96

Hipótese Diagnóstica

Poli-trauma + concussão

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) SFO 9% 1000ml EV
2) Tramadol 100mg EV

TC no sistema!

3) Dipirona 2g EV

4) O2 CH EV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Ortopedia**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: **Isabel Filizzola**
Enfermeira
COREN-RR 56.794-ENF

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 02/07/2020 14:05:33

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



2001216011



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 02/02/20 O.S.

Magner Hacerz
Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bdg. Eduardo Dantas, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

02/02/2020

Certifico e Deputo que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H, sob anestesia
- 2) Agn e Intubação
- 3) Lavagem do campo estéril
- 4) Lavagem mecânica extensiva com solução
- 5) Jato fúndus 0,9%
- 6) Sutura
- 7) Lavagem
- 8) R.P. 2
- 9) Transferir ao GT para Anestesia

Dr. Odinechi Okemini
Médico
CRM/RP 1851



HGR - Emergência 24hs - Domingo
 BV - 02.02.2020
 Assinatura: 

FICHA DE ANESTESIA

WABWER MORENO BETERED 35A

Jejun 76h

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
18		02.02.2020	
15 30 45 19 15 30 45 20 15 30 45 21 15 30 45 15 30 45			
AGENTES	N 20 02		
LÍQUIDOS VENOSOS	SF SF 500 500	ECG, FC, PNI, SpO2	
DA X	°C 240		
ULSO	38 220		
ANES	36 200		
X	34 180		
OP	32 160		
O	30 140		
TEMP	120		
ASPIR.	100		
A	80		
RESP	60		
O	40		
	20		
	Export		
	Assist		
	Contra		
SÍMBOLOS			
AGENTES DOSES TÉCNICA		ANOTAÇÕES	
A midazolam 5mg		ROBIONESTESIA	
B Fentanyl 100mcg		Lombotomia mediana	
Bupivacaina 0.2 mg		SIMPLES	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE LÍQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringea	
NDGD RL 1000ml		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bai - Tamp - Calibre do Tubo	
SF 0.8% 500ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL 1500 ml		TEMPO DE ANESTESIA	
		18:30h - 19:15h.	
OPERAÇÃO		Lariango - Espasmo - Excesso Secre	
TTO Cirurgias de pot. de quadril		Depressão Respiratória - Hipoxia	
		"Bucking" - Vômito	
ANESTESIA DR. CENZO		PERDA SANGÜEA	
CÓDIGO		COMPOTINEL	
CIRURGIÃO DR. ODIVANCI			

Dr. Célio Wanderley Jr.
Médico Anestesiologista
CRM-BR 1580 / RQE-762



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

35º

NOME DO PACIENTE <i>Wagner Moreira Bezerra</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO <i>2001216011</i>	DATA <i>02 / 02 / 2020</i>
---	--------------	---------------------------------------	-------------------------------

TIPO <i>Limpeza Cirurgica + Sutura em região Músculo Esquerdo.</i>	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
	INICIO <i>18:35</i>	FIM <i>18:50</i>
		TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO <i>Dr. Odinachi</i>	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR <i>Dr. Max</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Celio</i>
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <i>Res. EVerson</i>
	INSTRUMENTADOR

Tipo de ANESTESIA: <i>Raque</i>	CIRCULANTE <i>Duarte, Hilma</i>
	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR.	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
8	PACOTES,GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
3	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0	
2	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
6	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
3	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulhas P/ Torax	
2	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: Equipe Microgotes	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Sobrinha e Gabriela</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Wagner Moura Souza
Responsável Cirurgião Dr. Max

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica. ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 02/02/2020 Assinatura Dr. Emerson Hora: 18:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Celio

Res. Emerson

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ 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

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA

PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA

(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A

RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Dr. Emerson

J10-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	WAGNER MOREIRA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA ASA ILIACO E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	110-3	DATA	05/02/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			monter	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12/18 24/06	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			16	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN	
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H			monter	
18	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12/18 24/06	
19	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			10 22 10	
20					
21					
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #SOLICITADO: #CONDUÇÃO: MANTIDA #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
UNIDADE HOSPITAL IRMÃ AQUILINA
Endereço: Rua P-2, s/nº, Bairro Santa Luzia
CEP: 69.360-000 - Caracará - Roraima

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: WAGNER MOREIRA BEZERRA

AO HGR-TRAUMA

ATO COLEGA, ENCAMENHO PCT, 36 ANOS, ♂,
ALCOOLIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA,
COM CONTUSÃO E FRATURA DE
ILEO (E) + LACERAÇÃO DE ± 2 cm EM TOPOGRA-
FIA DE CRISTA ILÍACA (E) QUE A EXPLORAÇÃO
CHEGA ATÉ O OSSELO.

QUEIXA-SE DE DOR FORTE EM FIE
ECG=13. PA=110X60 Sat 98% AA FC=82bpm
REG, LOTE, AAA, EUPNEICO, HIPOCORADO (at 14)

Ar e AP: 81 AVALIAÇÕES

AB: FORTES DORES EM FIE, S/ PERITONEIS
OUTRUTACÃO. → FIE

ESTAVA HEMODINAMICAMENTE. TETOXILAM
40mg IV

REGUE P/ AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO - SF 0,9% 1000ml

DATA: 02/07/2020

Assinatura e Carimbo

GRATO!

Dr. Hendel S. Moraes
Médico
CRM-RR 2039



WAGNER MOREIRA
Data 02/02/2020

63,49 ID: 247

Idade: 0 ano(s)





WAGNER MOREIRA
Data 02/02/2020

67,8 % ID: 247

Idade: 0 ano(s)

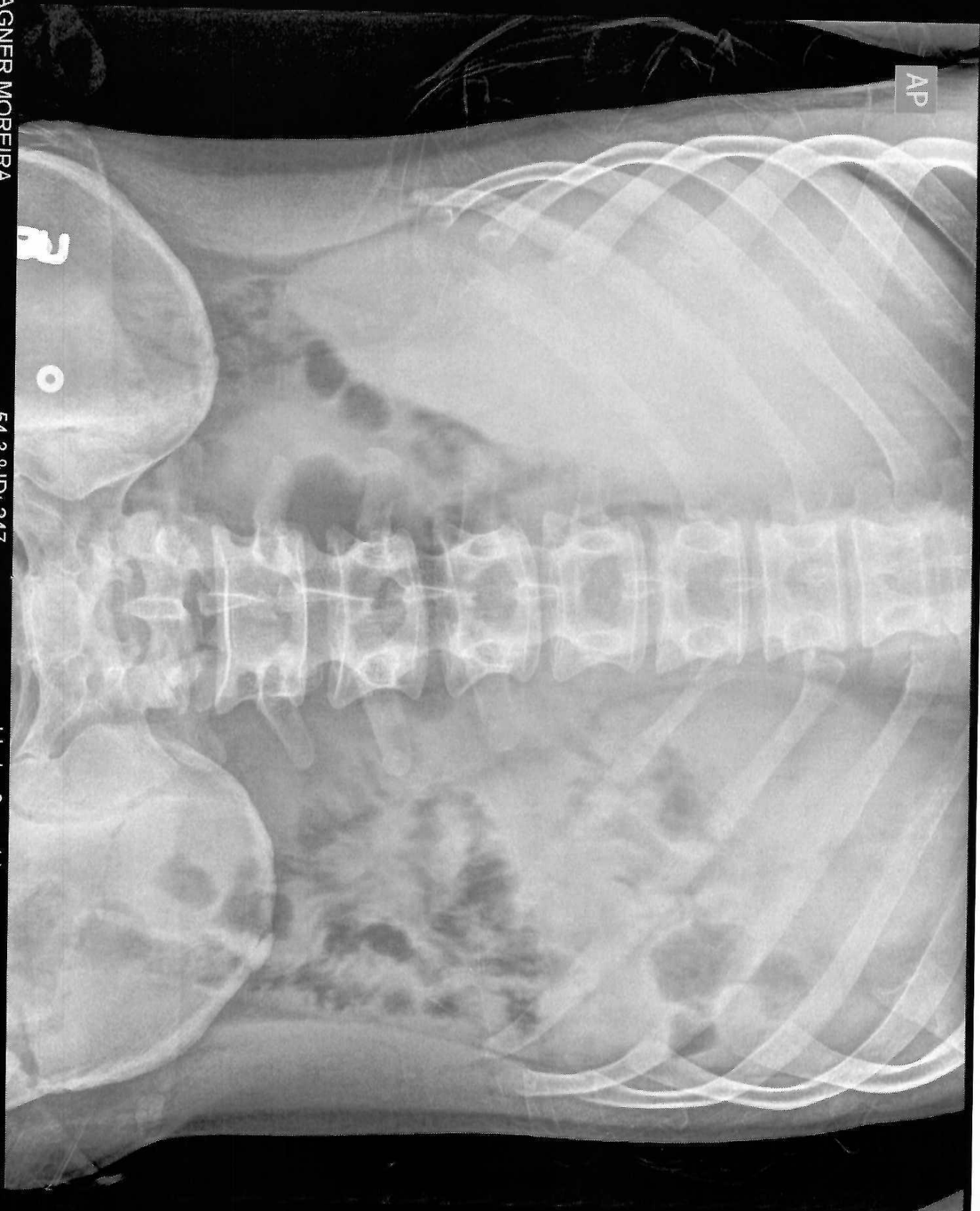


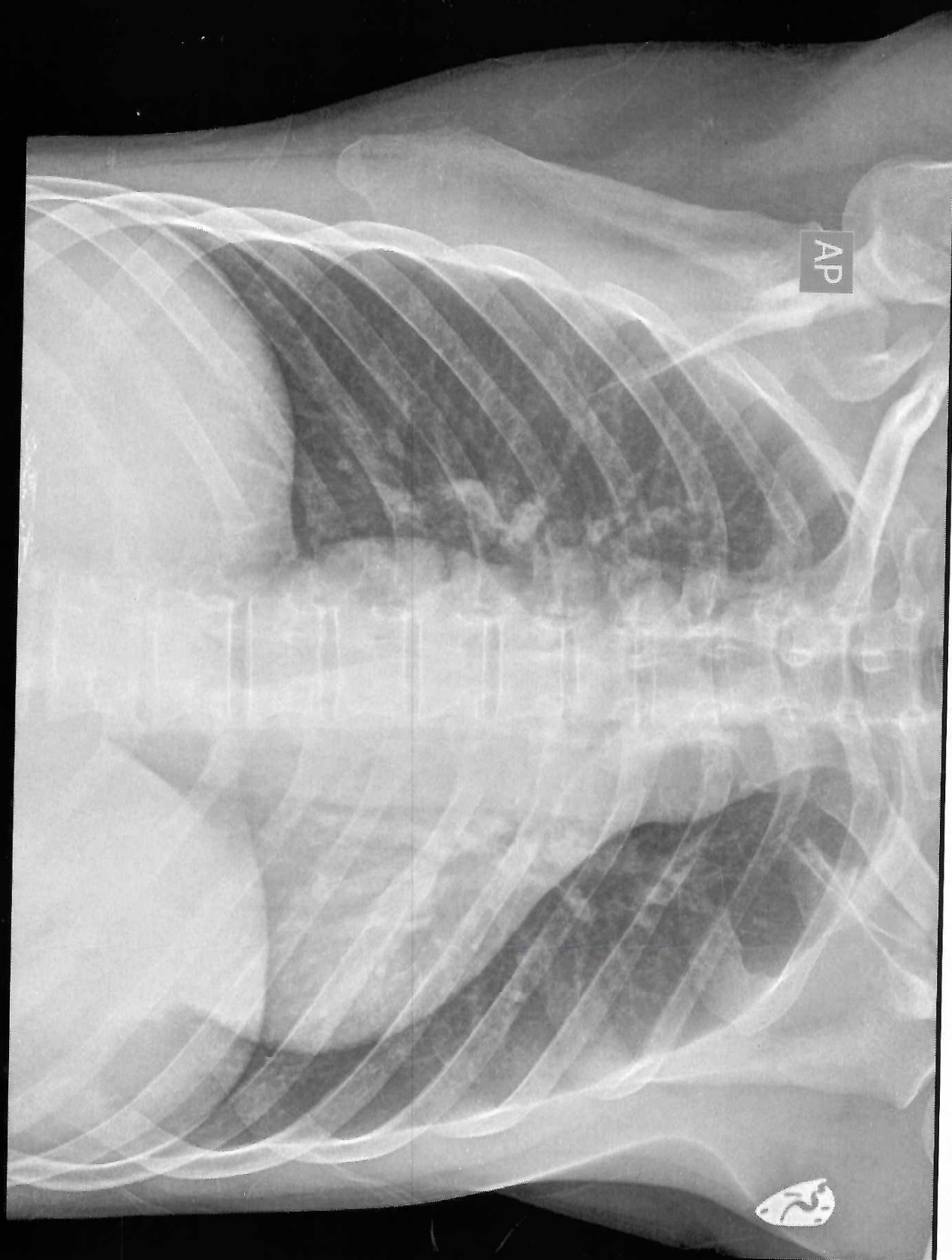


WAGNER MOREIRA
Data 02/02/2020

54,3 % ID: 247

Idade: 0 ano(s)



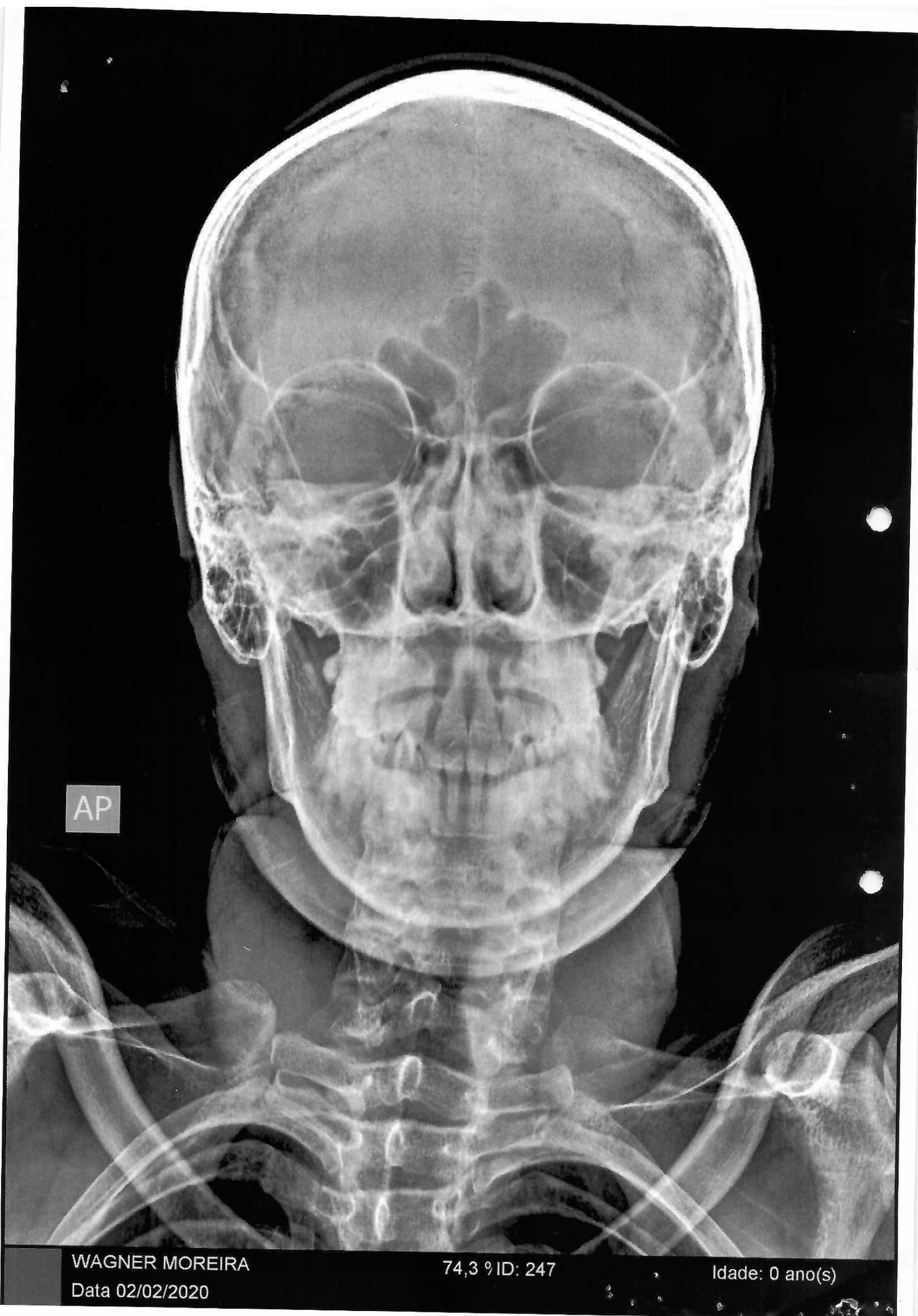


WAGNER MOREIRA
Data 02/02/2020

FA 3 9 ID: 247

Idade: 0 ano(s)





SINISTRO 3200217425 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WAGNER MOREIRA BEZERRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO WAGNER MOREIRA BEZERRA
CPF/CNPJ: 83278591291
Posição em 22-07-2020 15:28:12
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50