



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026754/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/06/2018 11:43 Data/Hora Fim: 27/06/2018 11:44
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/03/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Ene Garcez

Complemento: Faixa de Pedestre

Ponto de Referência: Faixa de pedestre

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Centro

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: CARMELITA ALVES DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: TO - Paraíso do

Sexo: Feminino

Nasc: 08/08/1972

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Branca

Nome da Mãe: Sebastiana Alves da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 283.370.022-04

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.376.022-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Oder Brasil

Bairro: Jardim Floresta

Telefone: (95) 99121-6646 (Celular)

Nº: 641



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, a comunicante acima qualificada compareceu nesta delegacia para informar que na data acima citada conduzia seu veículo Motocicleta Broz 160, cor preta, placa NAS-8907, no endereço acima citado, que parou próximo da faixa de pedestre, em frente ao prédio da Câmara dos Vereadores, quando um carro, que comunicante não sabe, placa JXM-5125, colidiu na sua motocicleta. Que comunicante caiu no chão e teve lesões (quebrou o braço esquerdo, fratura exposta, lesões no joelho esquerdo. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jorgenir da Silva
Data de Impressão: 27/06/2018 11:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPA - Sistema de Procedimentos da Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

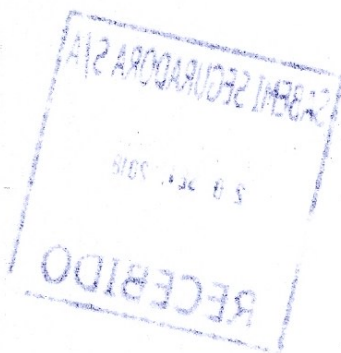
Nº: 026754/2018-A01

ASSINATURAS


Jorgenir da Silva
Responsável pelo Atendimento


Carmelita Alves da Siva
(Comunicante)

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





ANTONIO
XIMENES DE MACEDO NETO
OAB/RR 1044

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CARMELITA ALVES DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, portador do RG n.º 106985, inscrito no CPF n.º. 383.370.022-04, residente e domiciliado à Rua Oder Brasil, n.º. 641, Jardim Floresta, nesta cidade de Boa Vista – RR, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Requer, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus devidos efeitos legais.

Boa Vista-RR, 13 de Novembro de 2018.

CARMELITA ALVES DA SILVA



(95) 99159-9799 (95) 98400-4001

(95) 98119-1571 (95) 98802-5059



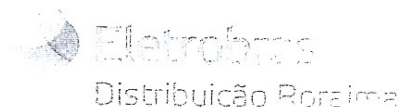
macedonetoo@terra.com.br



Av. Nazaré Figueiras, 3045, Alvorada,
Boa Vista-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
	NOME	CARMELITA ALVES DA SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF	106985 SSP RR
	CPF	383.370.022-04
	DATA NASCIMENTO	08/08/1972
	FILIAÇÃO	CONSTANTINO ROCHA DA SILVA SEBASTIANA ALVES DA SILVA
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980127345	PERMISSÃO	ACC CAT.HAB. AB
	Nº REGISTRO	03323547303
	VALIDADE	06/01/2020
OBSERVAÇÕES		
ASSINATURA DO PORTADOR		
PROIBIDO PLASTIFICAR 980127345	LOCAL	BOA VISTA - RORAIMA
	DATA DE EMISSÃO	12/01/2015
	JUSCELINO KUBITSCHKE PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR	
75651817760 RR207806233		
DETRAN-RR (RORAIMA)		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0029445-4

Eletrobras Distribuição Paraíba

Av. Capitão Ené Garciaz 691 - Centro - Boa Vista - PB

CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 34.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1

Regime especial de Impreciação autorizada pela SEFAZ 368/13

Nota Fiscal 001238874

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	15/09/2018	136	135,78

CARMELITA ALVES DA SILVA

R. ODE BRASIL 641 JARDIM FLORESTA

CPF: 00038337002204

CEP: 69.312-078 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.06.082700

PARA O SEU CONTADOR		PARA O SEU CONTADOR		
Atual:	25679	Atual:	13/08/2018	
Anterior:	25543	Anterior:	11/07/2018	
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/09/2018	
Consumo Medido:	136	Emissão:	10/08/2018	
Consumo Faturado:	136	FCAM	Apresentação:	13/08/2018

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posição	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	2717511	N 1509489	1.1.1.1	130

Mês/ano consumo	CONSUMO	136 A R\$ 0,557486 =	75,81
JUL/18	124		
JUN/18	141		
MAI/18	133		
ABR/18	148		
MAR/18	132		
FEV/18	140		
JAN/18	142		
DEZ/17	174		
NOV/17	172		
OUT/17	125		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 136 - 0,456770			
	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 7/1		2,36
	PARCELAMENTO DE DEBITOS 7/10		37,30
	ILUMINACAO PUBLICA		20,31

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISOS DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 011624535318	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	01100660655		2016
NOME			
CARMELITA ALVES DA SILVA			
CPF/CNPJ		PLACA	
383.370.022-04		NAS8907	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
		9C2KD1000GR034642	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLETA/MAG APPLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR 160 BROS		2016	2016
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0162CC/	PARTICU	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
PAGO	*PAGO*	1ª *****	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****	
A ** PAGO COTA UNICA **		3ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			27/10/2016
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. BV FINANCEIRA S/A CFI * PROIB SA			
IR DA AMAZON OCID *			
BOA VISTA		Francisco Assis da Silveira	DATA
		Director-Presidente	03/11/2016
		DETRAN/RR	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 011624535318		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2016		03/11/2016	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	383.370.022-04	NAS8907	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
01100660655		HONDA/NXR 160 BROS	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2016		9C2KD1000GR034642	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$32.26	R\$3.59	R\$35.85	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.29	R\$76.13	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	27/10/2016	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04		011624535318	
www.seguradoralider.com.br		678232411	

SABEMI SEGURADORA S/A

20 SET. 2018

RECEBIDO

FICHA DE ATENDIMENTO												
		Unidade: <u>SAMU</u> Equipe: <u>CARVALHO, MARINETE, ROGER</u>										
Paciente: <u>Carmelita Alves da Silva</u>		Idade: <u>45</u>		Sexo: <u>F</u>								
Endereço: <u>AV. ENÉ GARCEZ</u>		S. Francisco										
CHAMADA	Nº <u>5400</u>		DATA <u>28/3/18</u>		HORA: <u>9:24</u>							
	Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>PAULO</u>				HORA: <u>9:30</u>							
	MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA											
	AUTOMÓVEL			MOTO:			VIOLÊNCIA		OUTROS			
	Cinto ☐ SIM ☐ NÃO Vitima ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO Motorista: ☐ Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão			☒ Condutor ☐ Carona Capacete: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>X CARRO</u> BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão			☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:			
	AVALIAÇÃO INICIAL											
	Vias Aéreas			Ventilação			Circulação		Aval. Neurológica			
	☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☐ Outro:			☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa			☐ Bradicárdico ☒ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente		☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorreia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV			
	SINAIS VITAIS E ESCORES											
	Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma		APGAR		
	Início	9:42 130	108	20	98	-	-					
	Fim	9:49 PAS >90	104	22	99	-	-					
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA											
	Pele		Cabeça		Face		PESCOÇO		ABDOMEN			
	☒ Corada ☒ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Abundamento ☐ Fer. Penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Insufável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamp. anormal ☐ Enfisema Sub-Cutâneo		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distensão ☐ Em tabua ☐ Doloroso ☐ Escorificação			
	Pelve		Coluna Dorsal		Membros		Membros					
	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor		☒ Contusão <u>OMBRO (E)</u> ☒ Escoriações <u>JOELHO (E)</u> ☐ Lacerações ☐ Luxações		☒ Fratura <u>PUNHO (E) / OMBRO (E)</u> ☐ Amputação					
	AVALIAÇÃO CARDÍACA											
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtar			☐ Fibrilação atria ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia			☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto			☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra		
	AFECÇÃO CLÍNICA											
	HISTÓRIA PEGRESSA											
	☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicação de uso <u>Nega</u>											
GRAVIDADE COMPROVADA		☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA ☐ MORTE		☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA		☐ OUTRO				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)												
INCIDENTE	☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☒ Bombeiro no local:				MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:							
	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA											
RCP	☐ Iniciada as: <u>9:42</u> ☐ Término as:				☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:							
	CONFERE COM O ORIGINAL EM 06/09/18 [Assinatura]											

BRASILEIRA

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros

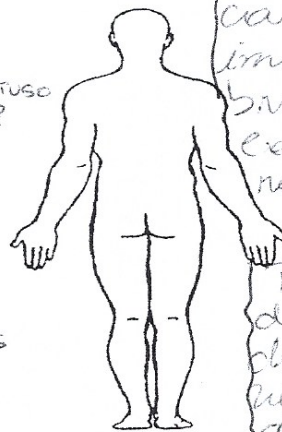
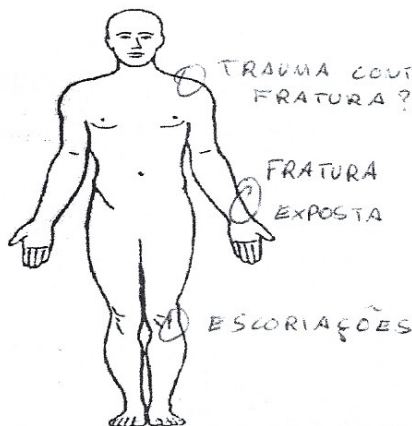
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Lesão traumática, contusão mto e cont. Enxerto vitima ao solo com dor em ombro e antebraço esquerdo, com lesão cutânea e d/o no punho. Avaliação primária e secundária sem lesões adicionais. Realizado imobilização de coluna vertebral (colar cervical, headblock e prancha rígida) e antebraço (E). Análise com Dipnoma 2g e Tálaxil 20g e condiz do ao 65/16R

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

Dr. Renato T. Leite
Médico
Unidade 1

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 06/09/18
Taf



Realizado Imobilização da coluna cervical e retirada de capote, colar cervical com head block + prancha rígida e tirantes. Realizado imobilização do talo mo com braço "E" + curso venoso com furo 20 + 2g de dipnoma e 20g tálaxil.

Deixamos es pertence da vítima (bolso com documentos, celular e chave da moto) capote e prancha e ela assistente social

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	SF 250	Shiley
Perda de líquido: _____	BCF: _____	1 furo 20	1 - 50g
☐ Com cartão	☐ Sem cartão	2 dipnoma	curvas
		1 Tálaxil	curvas
		1 furo 20	curvas
		1 equipo	curvas
		1 curveta	curvas

Dr. Renato T. Leite
Médico
Unidade 1

Seguradora Líder-DPVAT ...

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Google

UOL

Terra Mail

Gmail

iCloud

Líder-DPVAT

Projudi

SEEU

PJe - TRT 11

e-Proc - TRF1

e-Cint - TRF1

PJe - TRF1

PJe - TRE

DrCalc

ALE

STF

STJ

TST

JusBrasil

Documentos Morte

Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3180439685 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARMELITA ALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR

BENEFICIÁRIO CARMELITA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 38337002204

Posição em 08-01-2019 08:54:46

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/09/2018	Aviso de Sinistro	

07:55

08/01/2019

2



ANTONIO
XIMENES DE MACEDO NETO
OAB/RR 1044

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

CARMELITA ALVES DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, portador do RG n.º 106985, inscrito no CPF n.º. 383.370.022-04, residente e domiciliado à Rua Oder Brasil, n.º. 641, Jardim Floresta, nesta cidade de Boa Vista - RR, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu procurador o Senhor:

ANTONIO XIMENES DE MACEDO NETO, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º. 1044, inscrito no CPF n.º. 006.793.433-18, com escritório profissional à Av. Nazaré Filgueiras, n.º. 3045, Bairro Alvorada, Boa Vista - RR.

Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e onde mais necessário for, mesmo extrajudicialmente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de poderes, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais e RPV's, agindo em conjunto ou separadamente, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo isso em consonância com o art. 105 do NCPC, dando tudo por bom, firme e valioso ao fiel desempenho deste mandato.

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Boa Vista-RR, 13 de Novembro de 2018.

CARMELITA ALVES DA SILVA
OUTORGANTE



(95) 99159-9799 (95) 98400-4001

(95) 98119-1571 (95) 98802-5059



macedonetoo@terra.com.br



Av. Nazaré Filgueiras, 3045, Alvorada,
Boa Vista-RR

28/03/2018

BLOCO D

...: Guia de Atendimento 02 ...

4024

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



1800928117	28/03/2018 09:53:17	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	12
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
CARMELITA ALVES DA SILVA	08/08/1972	45 A 7 M 20 D	700607995026462	38337002204	464103
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	106985	SSP/RR	F		BRANCA
Mãe	Pai	Contato			
SEBASTIANA ALVES DA SILVA	CONSTANTINO ROCHA DA SILVA	(95) 99121-6646			
Endereço	Ocupação				
RUA - ODER BRASIL - 641 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				DANIEL.VIANA
Doença Principal					

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

☐ IMC Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 28/03/2018 09:54:06



1800928117

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAYOUT PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						2 - ENDEREÇO	
1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						1.2 - ENDEREÇO	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						4 - CNES	
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5.1 - NOME DO PACIENTE						6.1 - N° DO PRONTUÁRIO	
5.2 - DATA DE NASCIMENTO						6.2 - DATA DE NASCIMENTO	
5.3 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						6.3 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF						16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO EXLHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

402-4



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CARMELITIA ALVES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	Fratura distal da ulna				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	45	LEITO	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				24h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h e 24h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h e 24h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				24h
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV GL 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				22/60
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				24h
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				24h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				24h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					Rotina
16	An bloca				Conte
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-				
20	400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
	EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - RR (91.212-0620)
ATENDIMENTO
20 JUL 2018
Certifico Doc. que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 556

NIR

Regulado
para leito

402-4 Bloco (D)

Regulação Interna

SABEMI SEGURADORA S/A

20 SET. 2018

RECEBIDO

SINAIS VITAIS				
6 H	120/80			36,6°C
12 H				
18 H				
24 H	120/68	85		36,8°C

14-20 m 112x68 mmHg
FC 91 bpm

70°C - 20-25°C
RC: 80-90%

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Marcos Roberto de Santana
Médico
CRM-RR 1208

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	CARMEN ALVES						
DIAGNÓSTICO	Fratura de fêmur						
ALERGIAS							
IDADE	45	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN						
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 60 E/OU PAD> 110 MMMHG						
14	CURATIVO DIÁRIO						
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICO SE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML						
	EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
 Jesus A. Lopez Aguiar Médico CRM-RR 566							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



PEDIDO DE PARECER

la técnica:

Solvent = pisco, Cinnamyl alcohol

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

Médico

[illegible]

Prescrição



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>CARMELO A. A. AGUIAR</i>					
DIAGNÓSTICO <i>FRACTURA LUXAÇÃO HUMERUS</i>					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE <i>45</i>		LEITO <i>402-4</i>		DATA <i>29/03/12</i>	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5:00</i>
2	<i>SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas / SCLAV PACIFICAN</i>				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				<i>12:15</i>
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				<i>14:00</i>
8	CURATIVO DIÁRIO <i>X</i>				<i>15</i>
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO 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 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente está em recuperação

Jesus A. Lopez Aguiar
Médico
CRM-RR 566

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H	<i>120/80</i>	<i>85</i>	<i>-</i>	<i>36,2</i>			
18 H	<i>120/80</i>	<i>80</i>	<i>-</i>	<i>36,2</i>			
24 H	<i>120/82</i>	<i>88</i>	<i>-</i>	<i>36,2</i>			

SABEMI SEGURODORA S/A
20 SET. 2010
RECEBIDO

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

U2: 15.4 + 15.4 = 30.8
 15.4 + 15.4 = 30.8

402-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>CARNEIRO ALBU M Bui</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura</i>					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE <i>45</i>		LEITO <i>402-4</i>		DATA <i>31/03/18</i>	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5h</i>
2	SF 0,9% 500 ML EV-8/8 horas				<i>manhã</i>
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				<i>2h-2h</i>
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				<i>5h</i>
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				<i>manhã</i>
8	CURATIVO DIARIO				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO 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 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável, sem complicações

Jesus A. Lopes Aguiar
Médico
CRM-RR 566

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
08 H	<i>120/80</i>	<i>85</i>	<i>—</i>	<i>36,4</i>			
12 H	<i>130/90</i>	<i>80</i>	<i>—</i>	<i>36,3</i>			
18 H	<i>130/80</i>	<i>80</i>	<i>—</i>	<i>36,2</i>			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Camelita Alves da Silva</i> <i>45 anos</i>	AFILIAÇÃO <i>sem</i>	Nº DO PRONTUÁRIO <i>02</i>	DATA <i>10/4</i>
--	-------------------------	-------------------------------	---------------------

TIPO <i>Cirurgia de Fratura de Rádio</i>	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO <i>19:55</i> FIM <i>20:00h</i> TEMPO TOTAL
---	----------	---

CIRURGIÃO <i>Dr. Jesus</i>	EQUIPE MÉDICA ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR CIRCULANTE <i>Simão</i>
-------------------------------	--

1º AUXILIAR <i>Dr. Anderson</i>	2º AUXILIAR
------------------------------------	-------------

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON N°
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
	LUVAS P/PROC. MEDICAMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
	LÂMINA ESTÉRIL			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSEO
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°
	SERINGA 10ML			GEOFOAM
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
	<i>Fratura 30cm</i>			OUTROS:

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

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

FUNCIONÁRIO/ALCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

[illegible]

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXIM 1: CISO

ANTONIO DE MOURA NEVES
Cirurgião Geral de Roraima
Dr. Wilson

ANTES DE O PACIENTE SAIR D

OPERAÇÕES

PACIENTE EM PRONTO-SOLTO

Identificação

Nome do Paciente:

Idade: Anos

Sexo:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

Local de Procedimento:

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTA A UM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

() Identificação do paciente

() 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 instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo teste de indicador). Há quaisquer preocupações relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMBIÓTICA DEBILIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim, Não se aplica

Assinatura:

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE INTERNA OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO:

() Sim () Não

2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO CIRÚRGICA, COMPRESSAS E OUTRAS ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não () Não se Aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

() Sim () Não () Não se Aplica

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE

() Sim () Não () Não se Aplica

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
GOV. DO ESTADO DE RORAIMA					
PREScrição Médica					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
FACIENTE		CARRERA ALBERTO SILVA			
DIAGNÓSTICO		Fratura cominada do antebraço			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
45		402-4		02/04/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Manhã
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				09-06/12-18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				20-08
5	DIPRONA 500MG EV 6/6H				20-08-08-14
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				20-08-14
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20-08-14
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				20-08-14
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				20-08-14
10	SSVV + CCGG 6/6 H				20-08-14
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG				20-08-14
14	CURATIVO DIÁRIO				20-08-14
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 4UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

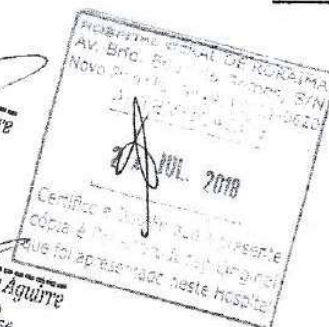
paciente sem dor e com boa cicatrização

03/04/18

AM em evolução

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566



SINAIS VITAIS			
6 H	110x70	97	36,2
12 H			
18 H			
24 H	110x70	97	36,2

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Em 02.04.18 às 22:40 Paciente refere dor intensa, desligado.