

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NINTON CÉSAR ANES SILVA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
RG nº: 333701-4 PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS
CPF/MF nº: 009.290.872 - 16
TELEFONE: 99113.8199 E-MAIL: _____
ENDEREÇO: RUA 02 DE JUNHO, 1115 - AEROPORTO.

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (95) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula “ad Judicia”, mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, requerer a benesses da justiça gratuita nos termos do art. 105 do CPC, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 17 / DEZEMBRO de 20 18.

Thiago Amorim dos Santos

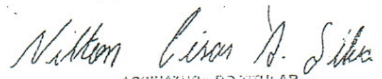
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: NILTON CÉSAR AMES SILVA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO SERV. GERAIS
RG nº. 333701-4
CPF/MF nº. 009.290.872-16
ENDEREÇO: RUA 02 DE JUNHO, 1115 - AERO-
PORTO.

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 17 / DEZEMBRO de 20 18

Nilton Cesar A. Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL DO BRASIL	
 Polegar Direito	
 ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	333701-4
DATA DE EXPEDIÇÃO	12/12/2016
NOME	NILTON CÉSAR ALVES SILVA
FILIAÇÃO	NILTON ALVES SILVA VANDERLEINE SILVÉRIO DA SILVA
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR
DATA DE NASCIMENTO	02/10/1991
DCC, ORIGEM	CERTD NASC 63,356 FLS 148 V LIV A 89
1 OF BOA VISTA-RR	
009.290.872-16	AMADEU ROCHA TRIANI Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor do IIGC
2 VIA	P 1
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



CNPJ: 02.938.457/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.008.116-4
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.208-490



Matrícula: 593877

Junho/2018

Cliente:
JUVENTINA ANGELO DA SILVA

Endereço do Imóvel:
RUA 02 DE JULHO, NUM. 1115 - AEROPORTO B
OA VISTA RR 69314-546

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias RESIDENCIAL
001.020.017.0180.000	3	5145	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y11B009874	20/03/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1699	1720	21	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 11/05/2018	12/06/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

201805	21-0
201804	23-0
201803	21-0
201802	18-0
201801	19-0
201712	18-0
MEDIA	20

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Fica de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 1915 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	166	166	166	166	166
CONFORMES	161	166	166	166	166

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	21 M3	63,90
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	51,12
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 01/05		82,61

VENCIMENTO: 15/07/2018 TOTAL A PAGAR 197,63



8261000001-5 97630004001-2 00059387701-2 06201870003-9



IMPRESSO EM: 12/06/2018 13:53:34
Via do Cliente

Via do CAER

TRABALHADOR						
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.735 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						
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL 204.49726.73-2 <table><tr><td>3752150</td><td>0050</td><td>RR</td></tr></table> <i>Nilton Lison A. Lemos</i> <table><tr><td></td><td></td></tr></table>		3752150	0050	RR		
3752150	0050	RR				
						

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
NILTON CESAR ALVES SILVA	
FILIAÇÃO.....: NILTON ALVES SILVA VANDERLEINE SILVERIO DA SILVA	
NASCIMENTO.....: 02/10/1991	
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO	
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR	
DOCUMENTO.....: C.N. 63356 LVA - 89 FLS 148 - 16/01/1992 - BOA VISTA - BOA VISTA - RR	
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....: 009.290.872-16	CNH.....:
TIT. ELEITOR: 003993712607	SEÇÃO: 0261 ZONA: 005
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 27/04/2016	
ANILADO PERSONALMENTE E EXZURADO Significado: impresso de Trabalho no Estado de Roraima	
ASSINATURA DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	/ /
DOCUMENTO	/ /
ASSINATURA E COBRANÇA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E COBRANÇA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E COBRANÇA DO EMISSOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E COBRANÇA DO EMISSOR	

LE G E N D A

A. OVAÇÃO | C. DOWMO | E. RECORDAMENTO DE PESSOAS | F. DENTATE VACUÁRIO
B. SPACIOCA | D. APOCÁ | H. AMBROSIA VACUÁRIO

83

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FLS. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL	DATA

05

87

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA
11.312.620/0003-44
COC/CI/CEI: 5 ESTRELAS SPECIAL SERVICE NORTE
ENDEREÇO: NORDESTE SERVIÇOS DE LIMPEZA LIDA.
Av. Santos Dumont, 3131 Sala 910
MUNICÍPIO: Aldeota - CEP: 60.150-161 UF: FORTALEZA - CE
ESP. DO ESTABELECIMENTO:
CARGO: LIMPADEIRO CBO N°

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Janeiro DE 2018
REGISTRO N°: 336879 R.S. / RCHA: 19.16
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 954,00 (NOVECENTOS E CINQUENTA E QUATRO REAIS)
1ª 2ª

DATA DE SAÍDA: DE DE
1ª 2ª

COM. DISPENSA CD N°:
FGTS N° DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR:
COC/CI/CEI:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: UF:
ESP. DO ESTABELECIMENTO:
CARGO: CBO N°

DATA DE ADMISSÃO: DE DE
REGISTRO N°: R.S. / RCHA:
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA:
1ª 2ª

DATA DE SAÍDA: DE DE
1ª 2ª

COM. DISPENSA CD N°:
FGTS N° DA CONTA:

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
COC/CI/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....
CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO N°.....RIS / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
.....
1ª.....2ª.....

DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
.....
1ª.....2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....
FGTS N° DA CONTA.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
COC/CI/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....
CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO N°.....RIS / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
.....
1ª.....2ª.....

DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
.....
1ª.....2ª.....

COM. DISPENSA CD N°.....
FGTS N° DA CONTA.....

11

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	993				
UNIDADE: <u>2070</u>		EQUIPE: <u>fc. Simão Card. Luis</u>		192					
Paciente: <u>Wilton Cezar Alves Silva</u>		Idade: <u>25</u>		Sexo: <u>MASCULINO</u>					
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia []		Bairro: <u>CAUANA</u>					
Endereço: <u>BR 174 - 200m ANTES DA PONTE</u>		Nº <u>13221</u>		DATA <u>16/07/18</u>					
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Dr. HALISSON</u>		HORA J/9: <u>7:03</u>		BASE ☒ VIA () () RÁDIO					
MOTIVO DO ACIONAMENTO: <u>Queda de moto</u>		HORA J/10: <u>7:10</u>		☒ CELULAR					
ACIONAMENTO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO		INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (x) / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()							
AUTOMÓVEL		MECANISMO DE TRAUMA							
☒ Capotamento ☒ Atropelamento ☒ Colisão AUTO x <u> </u> ☒ Motorista ☒ Passageiro Banco dianteiro ☒ Passageiro Banco traseiro		AUTOMÓVEL ☒ Uso do cinto ☒ Vítila projetada ☒ Vítila encarcerada ☒ Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA ☒ Colisão MOTO X <u> </u> ☒ Queda de moto ☒ Com capacete ☒ Atropelamento ☒ Sem capacete ☒ Queda de Bicicleta ☒ Garupa ☒ Piloto							
PEDESTRE		VIOLÊNCIA							
☒ Atropelamento ☒ CICLOVIA ☒ VIA ☒ CALÇADA ☒ FAIXA		VIOLÊNCIA ☒ FAB ☒ FAF ☒ Espancamento ☒ Violência Doméstica ☒ Violência Sexual ☒ Tentativa de suicídio ☒ Outro: <u> </u>							
VIAS AÉREAS		OUTROS							
☒ Livre ☒ Obstrução Parcial ☒ Obstrução Total ☒ Corpo estranho ☒ Edema de Glote ☒ Outro: <u> </u>		OUTROS ☒ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto ☒ Queda, Altura aprox.: <u> </u> ☒ Acidente Doméstico ☒ Queimadura Agente <u> </u> ☒ Afogamento ☒ Agressão p/ animal <u> </u> ☒ Outros: <u> </u>							
AVALIAÇÃO INICIAL		AVAL. NEUROLÓGICA							
VENTILAÇÃO ☒ Eupneico ☒ Apnéia ☒ Dispnéia ☒ Bradpneia ☒ Taquipnéia ☒ Roncos ☒ Sibilos ☒ Respiração paradoxal		CIRCULAÇÃO ☒ Normocárdico ☒ Bradicárdico ☒ Taquicárdico ☒ Arritmico ☒ Enchimento capilar acima de 2" ☒ Ausente ☒ Cianose central ☒ Cianose de extremidade							
SINAIS VITAIS E ESCORES		GLASGOW <u>15</u>							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR	
Início	<u>7:18</u>	<u>110 x 70</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	
Fim	<u>7:29</u>	<u>110 x 70</u>	<u>84</u>	<u>18</u>	<u>99%</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax	
☒ Corada ☒ Quente ☒ Pálida ☒ Fria ☒ Úmida ☒ Seca ☒ Cianótica		☒ Contusão ☒ Escoriação ☒ Laceração ☒ Hematoma ☒ Afundamento ☒ Fer. penetrante		☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Lacerações ☒ Ferimento ocular ☒ Luxação ☒ Mandíbula		☒ Escoriações ☒ Lacerações ☒ Hematoma ☒ Desvio da traquéia ☒ Enfisema Sub-cutâneo		☒ Dor ☒ Escoriações <u>LATEAL</u> <u>(D)</u> ☒ Lacerações ☒ Contusão pulmonar ☒ Ferida Aspirativa ☒ Empalamento	
Abdome		Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII	
☒ Escoriações ☒ Lacerações ☒ Distendido ☒ Em tábua ☒ Doloroso ☒ Evisceração		☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Dor ☒ Escoriações ☒ Crepitação		☒ Contusão ☒ Hematoma ☒ Dor ☒ Escoriações ☒ Crepitação		☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Luxações ☒ Lacerações ☒ Fratura ☒ Amputação ☒ Crepitação		☒ Contusão ☒ Escoriações ☒ Luxações ☒ Lacerações ☒ Fratura ☒ Amputação ☒ Crepitação	
OCULAR		VERBAL		MOTORA		TOTAL			
☒ Espontânea ☒ Ao comando ☒ 2 A dor ☒ 1 Sem resposta		☒ Orientado ☒ Confuso ☒ 3 Palavras inapropriadas ☒ 2 Palavras incompreensíveis ☒ 1 Sem resposta		☒ Obedece a comandos ☒ 5 Localiza a dor ☒ 4 Movimento de retirada ☒ 3 Flexão anormal ☒ 2 Extensão anormal ☒ 1 Sem resposta		15			
AVALIAÇÃO CARDIACA									
AFECÇÃO CLÍNICA									
HISTÓRIA PEGRESSA									
☒ Ritmo Sinusal ☒ Taquicardia ☒ Bradicardia ☒ Filuter									
☒ Fibrilação atrial ☒ Fibrilação ventricular ☒ Assístolia									
☒ Respiratória ☒ Neurológica ☒ Psiquiátrica ☒ Metabólica ☒ Cardiovascular									
☒ Digestiva ☒ Infecçiosa ☒ Obstétrica ☒ Outra									
☒ Diabetes ☒ Cardiopatia ☒ HAS ☒ Medicação de uso: <u> </u>									
☒ Alergias ☒ Outros									

DESTINO	☐ Atendido no local	☒ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☒ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTENÇA DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

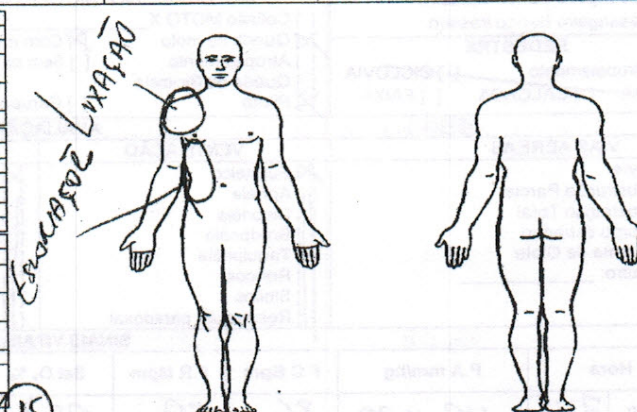
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	
Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	
BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Cilios abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Cilios fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal.	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



VITIMA de TRAUMA QUEDA de MOTO, ENCONTRADA EM DECUBITO DORSAL COM CAPACETE APARENTEMENTE EMBLEGADO, VIAS AERIAS LIVRES, PULSOES RESPIRATORIOS E CIRCULAÇÃO NORMAL. BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA. LUXAÇÃO EM CLAVICULA DIREITA E ESCORIAÇÃO EM TÓRAX LADO DIREITO. REALIZADO RETENÇÃO DE CAPACETE, IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL COM COLAR e PLACAR RÍGIDA COM FIDIO AO GT. C.O.R. MOTOCICLETA DA VITIMA FICOU NO BTH AO CUIRILHO DA PM, QUE A LIDOU AO TRAMPA DA VITIMA AINDA ANTES DA VTR. SAMU SE DESLOCA DO LOCAL.

ASSINATURA E CARIMBO

ANDRÉAS ESTANISLAU
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 499.600 TE

CONFERIR COMO ORIGINAL
EM 27/07/18
Suplente

07/08/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

AZUL

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

HGRR
Hospital Geral
de Roraima



1800992375 07/08/2018 20:06:16 FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA NOTURNO 19- 2
Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário
NILTON CESAR ALVES SILVA 02/10/1991 26 A 10 M 5 D 702107734536794 00929087216
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3337014 SSP/RR M SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe Pai Contato
VANDERLEINE SILVERIO DA SILVA NILTON ALVES SILVA (95) 99155-3031
Endereço Ocupação
RUA - 2 DE JULHO - 115 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Pronatal
AZUL SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA 36.50 130 x 90
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA SOUSA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
ENCAMINHADO HCS- A ORTOPEDIA

Anamnese de Enfermagem
NEGA DM+HAS+ALERGIAS A MEDICAÇÃO. GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:15 h)

paciente encaminhado do HGR

Exame Físico
REG paciente com lúrcas acromioclavicular.

Hipótese Diagnóstica
A Lúrcas.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Optopom</i>		
<i>lúrcas acromioclavicular</i>		
<i>h. Tho. Inten pcc. Comiss.</i>		
<i>Dr. Jesus A. Lopez Aguiar CRM-RR 566</i>		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: *ortopedica* Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

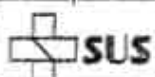
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ivanete.gomes
Data Hora: 07/08/2018 20:50:55



© 2018
SISTEMA - Sistema em Tecnologia
SUA - Sistema em Saúde
SUA 12.08 - 07/07/20

BLOCO D



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Boa acidentação, queda da
e lesões fraturas de antebraço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

Rx ombro t.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Lesão A.C.N. no clavícula omó

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - N° DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - 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

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019

T068

5431

W495

até 16.8

278-4 BE

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Nilton Costa Silva		
DIAGNÓSTICO	LAC ant. T		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	26	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (C-ment)		SND
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		S/N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Ref.ing.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		S/N
14	CURATIVO DIARIO		M
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.		

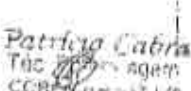
EVOLUÇÃO MÉDICA:
 Ao bloco para programação cirúrgica.


Dr. Jesu A. Lopez Aguirre
 CRM-RR-566


Tarciana Paula de Souza Dutra
 Enfermeira
 COREN-RR-237.389


Patrícia de Conceição
 Técnica em Enfermagem
 COREN-RR-628.961

SINAIS VITAIS	THX	TC	PA	PVS
6 H	36.6	97	144 x 90	105
12 H				
18 H				
24 H	36.50			


Patrícia Cabral
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR-267.170

**MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.**

218-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MILTON COLOAN M. R.			
DIAGNÓSTICO		L.H.			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	26	LEITO	218-4	DATA	09/08/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (C/MPV)				SUSP.
4	TILATIL 20mg 12/12hs				12 22
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SNV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				14 22 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SNV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				BOXINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SNV
14	CURATIVO DIARIO				M
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente em recuperação
c/ cur. cont.

Dr. Thiago Amorim dos Santos
CRM-RR 550

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H	90/70	69		
12 H	157x86	78	21	35,2°C
18 H	130x90	75		35,8°C
24 H	120/70	79		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

09/08/18

Thiago Amorim dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 510 039

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DO ESTADO DO RORAIMA					
PREScrição Médica					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				22
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20mg 12/12hs				12/2
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gis) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				12
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12
10	SSVV + CCGG 6/6 H				12
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12
14	CURATIVO DIARIO				12
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

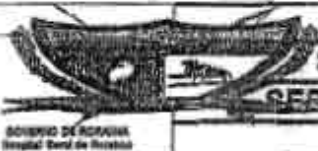
Ao bloco para programação cirúrgica

*paciente evoluiu
agradavelmente*
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-R 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	R	T
6 H	138x70	84		36.2
12 H	148x88	86	-	36.2
18 H	140x70	80	-	35.8
24 H	142x80	85		36.3

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

23-8-19

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	MILTON C. G. ALVES		
DIAGNÓSTICO	EAC		
ALERGIAS	sem idios.	HAS	DM2
IDADE	26	LEITO	218-1
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SAXD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manh.	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (c/pen)	noite	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12-18	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-18	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	12-18	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Bolsa	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	51	
14	CURATIVO DIÁRIO	M	
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Paciente evoluiu
após cirurgia*

[Assinatura]
Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 586

SINAIS VITAIS	PA	F.C.	T.2
6 H			
12 H	130x70	68	35.9°C
18 H	FORA DO LEITO		
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

[Assinatura]
Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 586

NILTON

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NILTON CESAR ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	LAC				
ALERGIAS	B - Urem	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	21	LEITO	218-1	DATA	12/08/14
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				5h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				5h
4	TILATIL 20mg 12/12hs				5h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				5h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				5h
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5h
10	SSV + CCGG 6/6 H				5h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5h
14	CURATIVO DIARIO				M
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				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao bloco para programação cirúrgica					
06hs: Paciente no leito, sem queixas no momento.					
Antônia Rodrigues Técnica em Elettromiogram COREN-PR 704.228 TE					
Dr. Jesus A. Lopes de Aguiar CRM-PR 566					
13/08/18-19h					
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					
M					
SINAIS VITAIS					
PA	FC	FR	T		
6 H	120/80				
12 H	131 x 77	89		36.0°	
18 H	111 x 70	82		35,8	
24 H	137/30	86			

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Santa Helena		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao bloco para programação cirúrgica					
<i>BBE KOTER</i> <i>curativo suppurativo</i> <i>por ferida de Ethibond</i>					
Carlos Henrique La Rosa Médico CRM-RR 403 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

218 -

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Mitroa Alves</i>			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SNV
2	AVP; SF0.9% 500ml 1X/dia		SNV
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SNV
4	TILATIL 20mg 12/12hs		SNV
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SNV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		SNV
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SNV
10	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SNV
14	CURATIVO DIARIO		M
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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

CEG, JORD. Haja Carga

Nutrição: Dieta D p/ procedimentos gerais.

Carlos Enrique da Rosa
Médico
CRM-RR 469

	Pa	P	T
SINAIS VITAIS			
6 H	123x76	66	36.5°
10 H	120x80	73	36.5°
18 H	120/70	64	36°
24 H	125x73	68	36.2°

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA			
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				16
3	CEFALOTINA 1GEV 6/6h				SUSPENSÃO
4	TILATIL 20mg 12/12hs				16 22
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				22:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

for bloco para programação cirúrgica

*Deo, Loreo
Amorim*

Carla Enrique La Rosa
Médico
CRM/R 483

6h PP 107 x 68 P 75

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H			
12 H	122 x 69	83	35.8
18 H			
24 H	124 x 79	65	

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Não foram realizados alguns
exames devido déficit de
materiais.

140

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Nilton Cesar Alves		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANUTER
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		CRB 22
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		CRB 22-24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 8/8 H		RETIRAR
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		S/N
14	CURATIVO DIÁRIO		02
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CUIDAR COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

BEG 10787
Placenta Drogas

Ulceração do 2º e 3º dedos do pé, p/ prolapso
Data 16/08, às 14h

18:00 às 07:00h

Realizado administração de
medicação de soros, sempre
do nível inferior. Cansa ao
cuidado de um

Carlos Henrique da Silva
Médico
CRM-RR 493

SINAIS VITAIS	M	P	T
6h	148x38	67	MT
10h	144x30	72	36
14h	140x30	80	36°C
21h	155x40	70	36

MÉDICO RESPONSÁVEL EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

U: 15. Realizados SSVV e administradas medicações C.P.M. Realizado
novo AIP com Mx (equipe de estágio IFRR)

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 TERCIÁRIO					
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 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - N° DO BILHETE					
35 - CNPJ DA EMPRESA					
36 - CNIE DA EMPRESA					
37 - CBOE					
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
39 - EMPREGADOR					
40 - EMPREGADOR					
41 - AUTÔNOMO					
42 - DESEMPREGADO					
43 - APOSENTADO					
44 - NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
48 - DOCUMENTO					
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16.01.19 O.S. _____

PLUTO LETA
ALVO PUA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: CUXA DO PUNHO CARVALHO DUP 11

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

Tipo de intervenção: Tratamento clínico LAC em 4+

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 11 men

CIRURGIÃO: Dr. Jery

1º AUXILIAR: Dr. C. Enns

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: Placem

ANESTESISTAS: Dr. F. B. B. B.

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Punctura ventral
 - Anest. antisept.
 - Corte estéril
 - Incisão horizontal antebraço com 1.5 cm
 - Incisão até 1/2 braço com 1.5 cm
 - Redução e fixação com 2 pontos P.S.
 - Fixação com 2 pontos P.S. 2.5
 - Suturar
 - Curar
- Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483
- Dr. Jery
CRM-RR 566

PRÉ-ANESTÉSICO¹

Nome: Nilton Cesar Alves Enf: B Lado: 218.1 Sex: M
Sobr: M Cor: loco Idade: 27 Pesar: AR Classe: 15.08.19 Nome:
Diagn. Pré-OP: LAC Patol. Assoc.:
Cir. Proposta: Trat. Cirurgico
Anest. Ant: - Sanguie Tipo: O+ Leve: 5.6 Ht: 40.8 Pb: 15.7
Alergia: - Hm: 5.13 to: - te: - p. Lago: -
Alcool: - Pulso: - Coag: Pc 220-00 Urel: 7
DROGAS: (Corticóides, fentanil, morfina, nitroglicerina, nifedipina,
digitalica, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas,
cisapressor, IMAO, oxigênio) creat: Glic Na: mEq/l
Estado Mental: Consciente Boca: MVI Cl: mEq/lk mEq/pH: pO2
Pescoco: sem mobilidade, veias acessíveis pCO2: BA BB: BS BE:
RX: - URINA: d: pH glic: A/B
Fases: - Sedm:
Hepatograma: Ap. gen. Ur: diversos OK
Outros: TAP 11.6" TTPA 30.8" RNI 0.9 AP. Resp: Eufórico
Parâmetro Clínico: AP. Circ: -
PA: 140/90 Pulso: 70 Temperatura: 36°C AP. Digt: -
S. Osteo - Art: Fratura lateral
S. Nerv: -

Medicação Pós - Anl.	DOSE	VIA	HORA

Sanguis Typo: 0 Leuco: 5.6 Hb: 40.2% Hct: 15.7
Hm 5.13 to _____ is _____ p. Lipo: _____
K Coag _____ Fe 220-00 Urobil _____
Creat _____ Glic _____ Na _____ mEq/l _____
Cl _____ mEq/lk _____ mEq/l pH _____ pO2 _____
pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____
URICINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb _____
Sedim _____
Ap. gen. Ut distus ok
Ap. Resp Engorgiatis
Ap. Circ _____
Ap. Digt _____
S. Osteo - Art Fruit actual
S. Nerv _____
S. Endoc _____

Est. Fla (ASA) _____ AN. Proposta _____
 NS _____

Dr. Hernán C. Riquelme
Anestesiólogo
CHARRA-SUTS

Aspirin

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMAGEM

Date 10/1

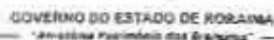
Hors

Date 1/1/

History

Agri-Institute

Assurance



FICHA DE ANESTESIA

Nilton Cesar Alves Silva, 26a

21/01/07

[illegible]

Superficial quicado por USG.
7. Injeções de Lidocaína 2%
5ml
8. Cefalotina 2g
9 - Oximetazolina 40 mg (16)
10 - Tilo-tel 40 mg (16)

Alfredo V.M. Herrera
Anestesiólogo
CRM 3077/R



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

26 =

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Vilton Cesar Alves Silva		218-1		16/08/18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
LAC		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		11:49	12:40	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. F. Amorim	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Dr. Marcelo	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		Yank	
		CIRCULANTE	Angela e Marcelina	
TIPO DE ANESTESIA: BPA - 11:40		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
17	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml
17	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N°
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	LÂMINA BISTURIN° 20			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/ OSO
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM
5	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
100ml	Clonazepam 2'11		1	OUTROS: Glutunodex
100ml	Alod 707		1	cateter 2
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
Yank	Dr. Bruno Dr. Faelma		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
	Angela P. L. Farias Téc. de Enfermagem		TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

Marcelina S. Lopes
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RN 344.932

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANESTESIA DA INDICAÇÃO - INTESTÍSTICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Bilton César Alves Silva
Anestesiologista

Anestesiista *Dr. Fabiano*

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
☒ Site cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

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

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
() Não se aplica

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 Aplica

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

4- 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

Odine Cristine da Silva
Enfermeira
Cópia de 23.181
Assinatura e Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	WILTON CEFAL ALVO PUN				
DIAGNÓSTICO	LAC I				
ALERGIAS	len. d. d. d.	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	25	LEITO	218-1	DATA	16/08/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				- 3V
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				- 1X
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				- 1X
4	TILATIL 20mg 12/12hs				- 1X
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				- 3V
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				- 3V
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				- 3V
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				- 1X
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				- 3V
10	SSV + CCGG 6/6 H				- 3V
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				- 3V
14	CURATIVO DIÁRIO				- 3V
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente em de CC
e boas condições

Dr. Jesus, Lopes Aguiar
CRM 966

SINAIS VITAIS	PA	FC	R	T
6 H				
12 H				
18 H	130/70	80	24	
24 H	130x80	82		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

GOVERNO DO PARANÁ Secretaria de Saúde		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR Hospital de Referência	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-280: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

BEG. LOPEZ
ALTA HOSPITALAR

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Carlos Estigarribia La Rosa
Médico
CRM-RR 403
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16.01.19 O.S. _____

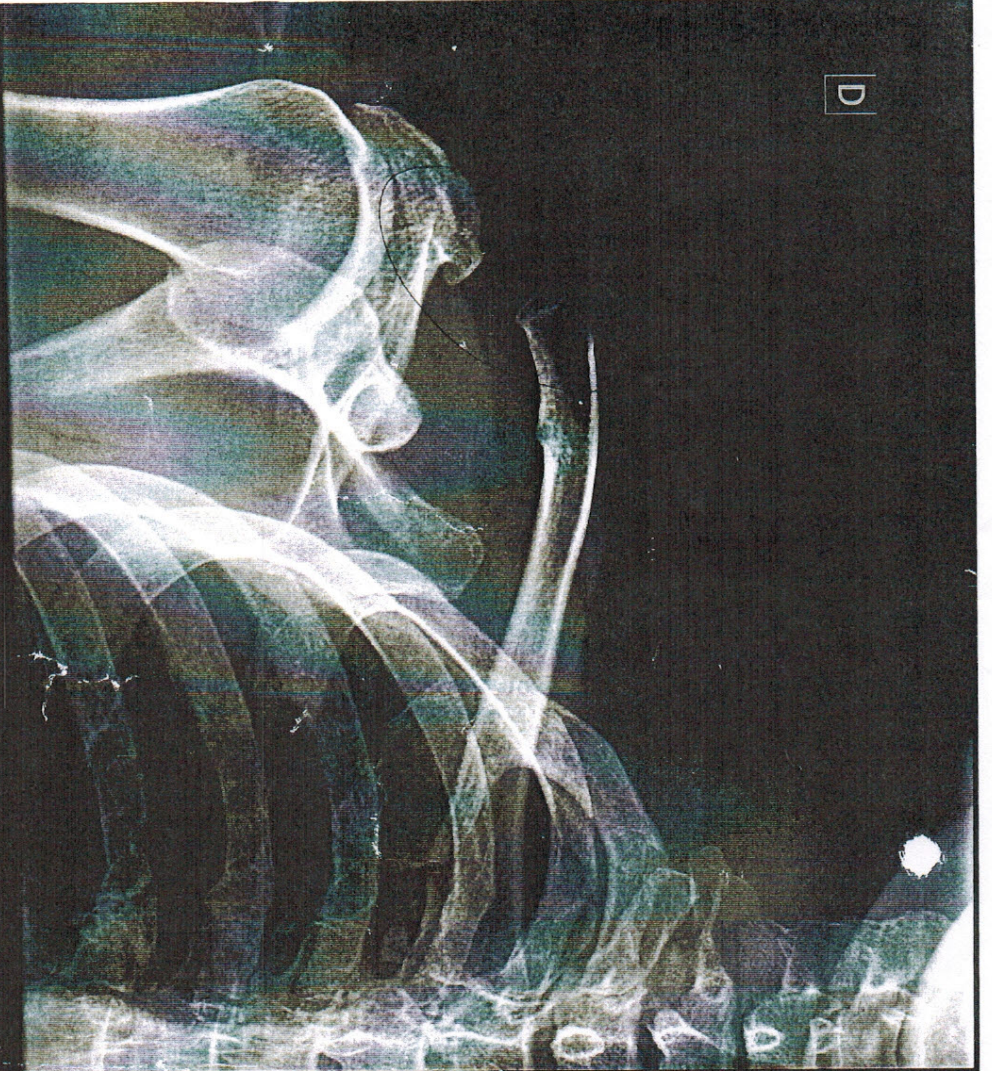
NILTON LUTAN
ALVO RUM

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO ACROD CARVICH DUA D
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TÓPO DE INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CLÍNICO LAC DUA D
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o rum

CIRURGIÃO: Dr. Jem 1º AUXILIAR: Dr. C. Enom
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Moror
ANESTESISTAS: Dr. P. P. P. ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Paciente em estado
- Anestesia, antiesp
- Carga esteril
- Inccã ~~paciente~~ antiesp com cloro
- diluente etc 1/2 litro cloro
- Redução e fixação do Ethibol P.S.
- fixação com 2 fios K. 2.5
- Sutura
- Curativo
Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483
Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



31/07/2018

60,7 %

NILTON CÉSAR ALVES

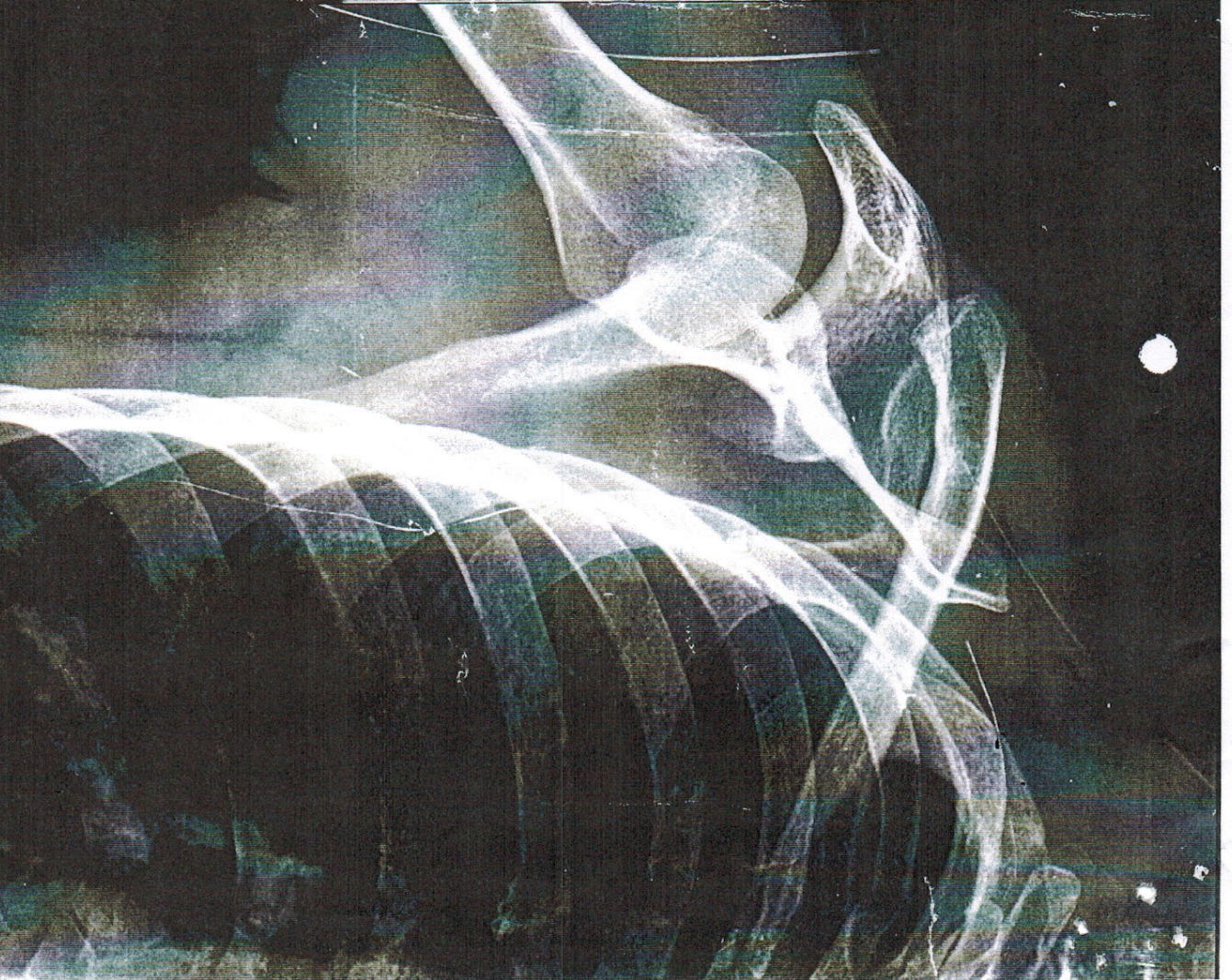
8708

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2018

67,6 %

Fabiola Castro



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 409 /2018/DAT - Boa Vista-RR, em 27/07/2018

COMUNICANTE: NILTON CÉZAR ALVES SILVA

RG:333701-4 – EXP- SSP-RR CPF 009.290.872-16

ENDEREÇO: RUA DOIS DE JULHO

Nº 1115

BAIRRO: AEROPORTO

CIDADE: BOA VISTA

UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO:RR

DATA DE NASCIMENTO: 02.10.1991 IDADE: 25 ANOS - GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99113-8499

NOME DO PAI: NILTON ALVES SILVA

NOME DA MÃE: VANDERLENE SILVÉRIO DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 07:00 MIN. dia 16/07/2018 NA BR 174,PRÓXIMO AO BALNEÁRIO CAUAMÉ – MUNICÍPIO BOA VISTA-RR

O comunicante, relata que QUE NÃO É HABILITADO E na data, hora acima descrito, trafegava EM UMA MOTOCICLETA HONDA TITAN CG 150 KS, PLACA NOK 2598, ANO 2007, MODELO 2008, RENAVAL 00979 145163, CHASSI 9C2KC08108R092030, DE PROPRIEDADE DE NILTON ALVES SILVA, QUANDO A RODA TRAZEIRA DO REFERIDO VEÍCULO TRAVOU VINDO O MESMO A CAIR E EM CONSEQUENCIA DA QUEDA O COMUNICANTE VEIO A SOFRER LESÕES CORPORAIS SENDO CONDUZIDO AO HGR PELO SAMU. INFORMA QUE ESTE RELATO É APENAS PARA EFEITO DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL

OBSERVAÇÃO:


NILTON CÉSAR ALVES SILVA

Comunicante

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


Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 042000372

DAT

27 JUL. 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
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.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180533735 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NILTON CESAR ALVES SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO NILTON CESAR ALVES SILVA

CPF/CNPJ: 00929087216

Posição em 15-01-2019 17:12:34

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/11/2018	Aviso de Sinistro	