



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, WELDEN MÁRCIO M. CIPUINA PROFISSÃO: ESTUDANTE
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO FONE: 3131-1887
E-MAIL: weldenmattosmario@gmail.com RG: 358.059
SSP- RJ e CPF: 020.283.572-31, RESIDENTE A
RUA: 540 MATRUS N° 131,
BAIRRO: CINTURÃO VERDE, representando o
menor: _____ pelo

presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 03 de MARÇO de 2019.

Welden Márcio M. Cipuina

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: WELLEN MATEUS NEGRINOS CARVALHO
ESTADO CIVIL: HOMEM PROFISSÃO: ESTURANTE
RG N° 358.059 SSPI RR CPF: 020.283.572-31
ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS 131 CINTURÃO VERDE

declaro, para os devidos fins, que não posso possuir condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 03 de MARÇO de 2019.

* Waffen Mateus M. Diázima



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

020.283.572-31

Nome

WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Nascimento
15/07/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VISA

8421-3

2414-7

paupanca

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
WELLEN MARCIO MEDEIROS CROQUEIRA	
INSCRIÇÃO CROQUEIRA NOME DA UNIDADE FEDERATIVA NASCIMENTO: 11/03/1984 ENDERÇO: R. ESTRELLA NATURALIDADE: BIA Vista DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 1111111111111111 CPF: 099.888.777-22 TI: FERRO# DATA DE EMISSÃO: 07/07/2010	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FEIJOA	PARA
DATA EMISSÃO DO DOCUMENTO	DATA DE VENCIMENTO
NAME	DOCUMENTO
NAME	DOCUMENTO
LEGENDA	

28 NOV. 2018

TRABALHADOR			
É a 10ª Carteira de Trabalho e Previdência Social emitida pelo Sr. Presidente Getúlio Vargas, no nº 12.025 de 29 de outubro de 1945, que reconhece o emprego de 01 (um) dia de 01 de outubro de 1945, para o exercício de qualquer emprego ou função profissional.			
Nela descreve-se resumidamente todos os direitos do empregado e dos direitos perante o empregador, bem como para a constituição de assistência social e demais benefícios sociais, garantidos mediante sua habilitação ao Seguro-desemprego, ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.			
O CONJUNTO de instituições constante neste documento é o seu estudo de que é exiguo, esclarecendo a cada empregado as suas atividades e direitos que lhe pertencem.			
Fica, assim, encorajado o empregado a procurar a sua entidade, para obter de certeza o resultado de sua cada requerimento e a certeza da sua previdência social, de seus direitos como trabalhador, cidadão, contribuinte para a Seguridade Social, e de seus dependentes, bem como a ampliação desse documento de conhecimento.			
CONFERENCIA-SE COM RECURSOS DO FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TRABALHADOR			
VISITE O PORTAL: SITE: www.mte.gov.br			
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO			
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL			
PIS/PASEP 126.60228.65-5			
NAME	6259155	0030	RR
Assinatura do Titular			
			
			



SUBSTABELECIMENTO

Eu, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 1018-N, substabeleço a **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 2045-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, situado no Município de Boa Vista/RR, os poderes que me foram outorgados por **WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, nº. 131, CEP nº. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico medeiroswellelmarcio@gmail.com, e do telefone (95) 3131-1887.

Boa Vista/RR, 03 de março de 2019.

ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Advogado OAB/RR n.º 1018-N



ACESSO OI.COM.BR/MINHAOI E CADASTRE-SE!
E USE A INTERNET PARA:
ACESSO OI.COM.BR/MINHAOI

- Consultar seu saldo no Oi Portos
- Recarregar o Pré-Pago
- Acompanhar o consumo de bares para pagamento
- Consultar o código de barras para pagamento
- Emitir 2ª via da Conta Online
- Fazer sua adesão à Conta Online

E TUDO MAIS FÁCIL.
NA MINHA OI



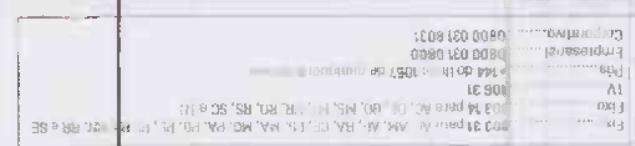
CEP ASA BRANCA RR
WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUERA
S MATEUS 131
CINTURAO VERDE
69312-371 - BOA VISTA - RR



7213612820 27678 00004231089 30 090876

28 NOV. 2018

ANATEL - 1331



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

<input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 07. AUSENTE	<input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE NOME/ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> 10. OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/> 04. FALCIDO	<input type="checkbox"/> 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/> 12. FALTA COMPLETAMENTE COLLETIV/GU)	<input type="checkbox"/> 13. CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/> 06. RECUSADO	<input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 09. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 14. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 15. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 16. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 17. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 18. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 19. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 20. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 21. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 22. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 23. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 24. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 25. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 26. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 27. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 28. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 29. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 30. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 31. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 32. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 33. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 34. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 35. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 36. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 37. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 38. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 39. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 40. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 41. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 42. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 43. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 44. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 45. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 46. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 47. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 48. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 49. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 50. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 51. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 52. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 53. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 54. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 55. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 56. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 57. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 58. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 59. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 60. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 61. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 62. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 63. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 64. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 65. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 66. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 67. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 68. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 69. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 70. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 71. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 72. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 73. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 74. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 75. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 76. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 77. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 78. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 79. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 80. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 81. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 82. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 83. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 84. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 85. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 86. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 87. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 88. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 89. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 90. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 91. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 92. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 93. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 94. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 95. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 96. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 97. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 98. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 99. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 100. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 101. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 102. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 103. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 104. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 105. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 106. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 107. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 108. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 109. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 110. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 111. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 112. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 113. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 114. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 115. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 116. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 117. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 118. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 119. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 120. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 121. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 122. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 123. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 124. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 125. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 126. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 127. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 128. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 129. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 130. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 131. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 132. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 133. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 134. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 135. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 136. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 137. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 138. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 139. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 140. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 141. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 142. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 143. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 144. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 145. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 146. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 147. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 148. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 149. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 150. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 151. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 152. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 153. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 154. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 155. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 156. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 157. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 158. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 159. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 160. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 161. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 162. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 163. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 164. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 165. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 166. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 167. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 168. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 169. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 170. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 171. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 172. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 173. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 174. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 175. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 176. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 177. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 178. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 179. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 180. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 181. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 182. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 183. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 184. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 185. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 186. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 187. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 188. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 189. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 190. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 191. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 192. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 193. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 194. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 195. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 196. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 197. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 198. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 199. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 200. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 201. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 202. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 203. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 204. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 205. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 206. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 207. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 208. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 209. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 210. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 211. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 212. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 213. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 214. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 215. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 216. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 217. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 218. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 219. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 220. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 221. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 222. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 223. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 224. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 225. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 226. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 227. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 228. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 229. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 230. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 231. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 232. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 233. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 234. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 235. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 236. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 237. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 238. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 239. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 240. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 241. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 242. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 243. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 244. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 245. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 246. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 247. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 248. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 249. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 250. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 251. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 252. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 253. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 254. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 255. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 256. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 257. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 258. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 259. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 260. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 261. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 262. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 263. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 264. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 265. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 266. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 267. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 268. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 269. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 270. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 271. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 272. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 273. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 274. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 275. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 276. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 277. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 278. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 279. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 280. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 281. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 282. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 283. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 284. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 285. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 286. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 287. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 288. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 289. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 290. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 291. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 292. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 293. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 294. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 295. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 296. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 297. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 298. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 299. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 300. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 301. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 302. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 303. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 304. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 305. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 306. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 307. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 308. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 309. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 310. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 311. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 312. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 313. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 314. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 315. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 316. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 317. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 318. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 319. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 320. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 321. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 322. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 323. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 324. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 325. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 326. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 327. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 328. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 329. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 330. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 331. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 332. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 333. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 334. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 335. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 336. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 337. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 338. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 339. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 340. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 341. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 342. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 343. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 344. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 345. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 346. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 347. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 348. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 349. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 350. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 351. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 352. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 353. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 354. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 355. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 356. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 357. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 358. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 359. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 360. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 361. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 362. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 363. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 364. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 365. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 366. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 367. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 368. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 369. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 370. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 371. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 372. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 373. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 374. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 375. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 376. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 377. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 378. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 379. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 380. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 381. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 382. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 383. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 384. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 385. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 386. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 387. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 388. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 389. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 390. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 391. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 392. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 393. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 394. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 395. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 396. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 397. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 398. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 399. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 400. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 401. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 402. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 403. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 404. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 405. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 406. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 407. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 408. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 409. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 410. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 411. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 412. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 413. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 414. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 415. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 416. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 417. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 418. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 419. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 420. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 421. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 422. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 423. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 424. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 425. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 426. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 427. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 428. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 429. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 430. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 431. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 432. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 433. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 434. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 435. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 436. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 437. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 438. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 439. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 440. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 441. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 442. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 443. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 444. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 445. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 446. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 447. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 448. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 449. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 450. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 451. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 452. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 453. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 454. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 455. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 456. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 457. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 458. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 459. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 460. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 461. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 462. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 463. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 464. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 465. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 466. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 467. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 468. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 469. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 470. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 471. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 472. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 473. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 474. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 475. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 476. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 477. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 478. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 479. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 480. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 481. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 482. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 483. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 484. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 485. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 486. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 487. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 488. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 489. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 490. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 491. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 492. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 493. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 494. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 495. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 496. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 497. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 498. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 499. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 500. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 501. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 502. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 503. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 504. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 505. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 506. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 507. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 508. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 509. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 510. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 511. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 512. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 513. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 514. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 515. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 516. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 517. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 518. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 519. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 520. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 521. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 522. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 523. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 524. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 525. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 526. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 527. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 528. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 529. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 530. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 531. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 532. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 533. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 534. RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 535. RECOMENDADO	<input type="
---------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---	--	--------------------------------------	--	---	---	---------------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043215/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 21:58 Data/Hora Fim: 27/11/2018 22:04
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 22/07/2018 21:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: ATAIDE TEIVE / S 4

Bairro: Alvorada

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR.)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA (VITIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc. 15/07/1995

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Eliane da Silva Medeiros

Nome do Pai: Jose Araujo Cirqueira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3580598

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.283.572-31

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua são mateus

Bairro: cinturão verde

Telefone: (95) 99131-1887 (Celular)

Nº: 131

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN7704

Número do Chassi *****06098

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor Vermelha

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 043215/2018

Situação: Envolvido	Nome Envolvido	Envolvimentos
	Wellen Mário Medeiros Cirqueira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava conduzindo a motocicleta HONDA TITAN 150 MIX, de placa NAN7704, quando colidiu na traseira de um veículo GOL, de placa não identificada, de cor PRATA, e caiu ao chão, que sofreu lesões corporais, que foi removido pelo SAMU para o PSE/HGRR.

ASSINATURAS

N/I 

Jeovanildo Cardoso
Responsável pelo Atendimento


Wellen Mário Medeiros Cirqueira
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e elas que podem responder civil e criminalmente pelo presente documento que é falso." conforme previsto nos Artigos 320-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 022/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 08/01/2019.

COMUNICANTE: WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA
RG: 358059-8 EXP.: SSP/RR CPF: 020.283.572-31
ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS, N° 131, BAIRRO CINTURÃO VERDE
CIDADE: BOA VISTA ESTADO : RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: ESTUDANTE
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1995
IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 33131-1887 N° REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: JOSÉ ARAÚJO CIRQUEIRA
NOME DA MÃE: ELIENE DA SILVA MEDEIROS

Senhor Delegado venho comunicar que por volta das 21h30min, 22/07/2018, na Avenida Ataíde Teive esquina com Avenida Nazaré Filgueiras, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN ESD, cor vermelha, placa NAN7704, renavam 00322671094, chassi 9C2KC1650BR506098, de propriedade de ANDERSON RAFAEL DE MELO DUARTE; QUE vinha na Ataíde Teive em direção Centro; QUE estava parado no sinal; QUE o sinal abriu porém o veículo que estava parado, VW GOL, cor prata, na sua frente não andou; QUE todos os veículos começaram a andar menos o GOL; QUE, na creça com o impacto, sofreu fratura do tendão da mão esquerda; QUE foi levado para o HGR pelo SAMU; QUE o veículo GOL permaneceu no local; QUE não se recorda da PM ter ido ao local; QUE o declarante pagou o prejuízo do condutor do GOL; QUE ficou internado no hospital por cerca de 20 dias entre internações diversas e cancelamento de cirurgias; QUE realizou cirurgia de religamento do tendão da mão esquerda; QUE este B.O. é para fins do seguro DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito Com Vítima.

Wellen Marcio Medeiros
Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912
PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO

Agente de Polícia

Wellen Marcio Medeiros, Cirqueira
WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA: MATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Wellen Marcos Medeiros
Organei

RECEBIMENTO

10000

Facente opção de
Extinção da Fazenda
Agrícola em Cava

Locação
Tempo 60 Dias

280818

DATA

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 636 - Centro-Bon Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 44.013.108/0001-08

Carlos Antônio La Rosa
Médico CRM-RR 4022
Assinatura do Clínico

Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE

AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AÉROPORTO



4

800985133 22/07/2018 22:34:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 19

Paciente	WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA	Data Nascimento	15/07/1995	Idade	23 A 0 M 7 D	CNS	CPF	Prontuário
Nome Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
Mãe	ELIANE DA SILVA MEDEIROS			M		PARDA	Nacionalidade	
Direção	RUA - ADAIL OLIVEIRA ROSA - 3411 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR			N			BRASILEIRA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº	Carteira	Validada	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Caráter do Atendimento	Professional	do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Procedimento Sol.			
Setor	Tipo de Chegada							
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							
Guia de Principal	Sintomas Fisiológicos Sintomas Respiratórios Sintomas de Dengue							
	Sintomas Fisiológicos Sintomas Respiratórios Sintomas 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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) : h

Entrou na Fazenda fez 3m.

Exame Físico

CHF. ex niss alteram

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TCO

SANGUE

URINA

OUTROS

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Consulta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revenda
- Transferência para:

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

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



F
Mta 25/04

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.º DO PRONTUÁRIO		
7 - GÊNERO		7 - DATA DE NASCIMENTO		
8 - NOME DA MAE OU DO RESPONSÁVEL		8 - 45/07/95		
9 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		10 - GÉNERO		
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CID		
13 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES E/OU EXAMENES)				
17 - DESCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
18 - DESCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITADO				
19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO				
20 - DESCRIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
21 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
25 - DESCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITADO				
26 - DOCUMENTO				
27 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
28 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITADO				
29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
30 - DATA				
31 - AUTORIZAÇÃO				
32 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - N.º DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CEOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - AUTORIZAÇÃO				
45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO				

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Milton M. de Souza	
DIAGNÓSTICO	Loxos Tendita	
ALERGIAS	23. amr.	HAS
IDADE	59	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18
4	TILATIL 20mg 12/12hs	10h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01 (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	14h 02
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	18
10	SSVV + CCGG 6/6 H	10h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG	10h
14	CURATIVO DIARIO	10h
15	Mutau: 0-100 mg 06h (00) 18h (12)	10h 12
16	Mutau: 0-100 mg 06h (00) 18h (12)	10h 12
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 MEDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

12:00h realizou exame de enfermagem: Sua vitória cada 06 a 8 a.m. e 12h30m. e 22h30m. conforme prescrição médica. Sua pressão no momento: 100/60 mmHg

16:22h paciente no
extremidade de dor
muito + ondulação

Maria V. M. de Souza
Enfermeira
CRF-RR-00014

25.07 PA: 120x80

12h30 Fe: 63

FR: 60

16:02h paciente no extremidade
dor muito + ondulação

17:15

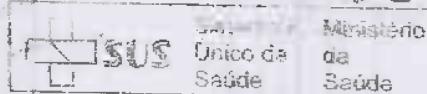
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Maria V. M. de Souza

SINAIS VITais	PA	FE	TOR	RESP
6 H	130/80	15	36	
12 H	150/90	85	36°C	19
18 H	130/90	76	36°C	
24 H	145/105	72	36°C	

18:10 paciente no extremidade de dor
muito + ondulação

BLOCO D



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

S. NOME

Velho Florio Medeiros

6 - N° PRONTUÁRIO
166982

7 - NÚMERO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CNS)

201210138141916813118191

8 - DATA DE NASCIMENTO
15.10.1995

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elvane da Silva Medeiros

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

Rua Adail Oliveira, Bora, 3411 - Agustinal

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Boa Vista

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Vitírios de FOB a nível
Punko (2) com funesta
do feto Edema

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Obstetria

1 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

DESCRÍCIONE

DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10

10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - RICAO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CÓDIGO

27 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - CNS

30 - NOME

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - NOME

33 - NOME

34 - NOME

35 - NOME

36 - NOME

37 - NOME

38 - NOME

39 - NOME

40 - NOME

41 - NOME

42 - NOME

43 - NOME

44 - NOME

45 - NOME

46 - NOME

47 - NOME

48 - NOME

49 - NOME

50 - NOME

51 - NOME

52 - NOME

53 - NOME

54 - NOME

55 - NOME

56 - NOME

57 - NOME

58 - NOME

59 - NOME

60 - NOME

61 - NOME

62 - NOME

63 - NOME

64 - NOME

65 - NOME

66 - NOME

67 - NOME

68 - NOME

69 - NOME

70 - NOME

71 - NOME

72 - NOME

73 - NOME

74 - NOME

75 - NOME

76 - NOME

77 - NOME

78 - NOME

79 - NOME

80 - NOME

81 - NOME

82 - NOME

83 - NOME

84 - NOME

85 - NOME

86 - NOME

87 - NOME

88 - NOME

89 - NOME

90 - NOME

91 - NOME

92 - NOME

93 - NOME

94 - NOME

95 - NOME

96 - NOME

97 - NOME

98 - NOME

99 - NOME

100 - NOME

101 - NOME

102 - NOME

103 - NOME

104 - NOME

105 - NOME

106 - NOME

107 - NOME

108 - NOME

109 - NOME

110 - NOME

111 - NOME

112 - NOME

113 - NOME

114 - NOME

115 - NOME

116 - NOME

117 - NOME

118 - NOME

119 - NOME

120 - NOME

121 - NOME

122 - NOME

123 - NOME

124 - NOME

125 - NOME

126 - NOME

127 - NOME

128 - NOME

129 - NOME

130 - NOME

131 - NOME

132 - NOME

133 - NOME

134 - NOME

135 - NOME

136 - NOME

137 - NOME

138 - NOME

139 - NOME

140 - NOME

141 - NOME

142 - NOME

143 - NOME

144 - NOME

145 - NOME

146 - NOME

147 - NOME

148 - NOME

149 - NOME

150 - NOME

151 - NOME

152 - NOME

153 - NOME

154 - NOME

155 - NOME

156 - NOME

157 - NOME

158 - NOME

159 - NOME

160 - NOME

161 - NOME

162 - NOME

163 - NOME

164 - NOME

165 - NOME

166 - NOME

167 - NOME

168 - NOME

169 - NOME

170 - NOME

171 - NOME

172 - NOME

173 - NOME

174 - NOME

175 - NOME

176 - NOME

177 - NOME

178 - NOME

179 - NOME

180 - NOME

181 - NOME

182 - NOME

183 - NOME

184 - NOME

185 - NOME

186 - NOME

187 - NOME

188 - NOME

189 - NOME

190 - NOME

191 - NOME

192 - NOME

193 - NOME

194 - NOME

195 - NOME

196 - NOME

197 - NOME

198 - NOME

199 - NOME

200 - NOME

201 - NOME

202 - NOME

203 - NOME

204 - NOME

205 - NOME

206 - NOME

207 - NOME

208 - NOME

209 - NOME

210 - NOME

211 - NOME

212 - NOME

213 - NOME

214 - NOME

215 - NOME

216 - NOME

217 - NOME

218 - NOME

219 - NOME

220 - NOME

221 - NOME

222 - NOME

223 - NOME

224 - NOME

225 - NOME

226 - NOME

227 - NOME

228 - NOME

229 - NOME

230 - NOME

231 - NOME

232 - NOME

233 - NOME

234 - NOME

235 - NOME

236 - NOME

237 - NOME

238 - NOME

239 - NOME

240 - NOME

241 - NOME

242 - NOME

243 - NOME

244 - NOME

245 - NOME

246 - NOME

247 - NOME

248 - NOME

249 - NOME

250 - NOME

251 - NOME

25

404-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MEDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
09/08/2018				15/07/1995	
PACIENTE WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA					
DIAGNOSTICO: LESAO TENDAO EXTENSOR RADIAL					
ALERGIA:		HAS		DM2	
IDADE: 23		LEITO 404-2		DATA 13/08/2018	
ITEM	PREScriÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5am 20 06 12
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
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:					
<p>- #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO</p>					
<p style="text-align: right;">Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia</p>					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	140/80	96	18	36.3	
18 H	125/82	69	17	36.1	
24 H					

07-13 h. medicado epm, feito ssuv - rec. 21/08



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

130818

O.S. _____



Wellington Horacio
Medeiros

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Encostou-se fratura humeral
Dorsal fratura 2.000
- Ligão de tendão extensor maior
do corpo extensor radial do carp
e parte do extensor ósseo
feita raios XULGA com régua 3/0
recomendo x 7 dias

Carla Bento da R
Médico Cirurgião

Dr. José A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Autoridade Patrimonial dos Artesãos" —

Wellen Moreira Machado círculo 23a

FICHA DE ANESTESIA

13/28/13

Neja. *Abey J.*
Neja U.P.P.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
R. 1106 -

Michel N. Moura
Médico Anestesiologista
EBM - RR 1106



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

卷之三

ପାତ୍ର
ଦେଖିବା
ପାତ୍ର
ଦେଖିବା

NOMEN: W. W. W.

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA

CENTRO CHIURGICO/SPR

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXOS DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕESPaciente: W. J. B. M. Medicina: Medicina Clínica Anestesista: W. J. B. M.
Disponível: Sim

PACIENTE CONFIRMOU:

 Identidade Sítio Cirúrgico Procedimento Consentimento: Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

 Aplica Não se Aplica

RISCO DEMONSTRADO

 Sim Não Não se Aplica

CRÍTICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

 Consulte Risco de pulso no paciente em

FUNCTIONAMENTO

 O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA
(Ano) Sim, Qual: Nojor RISCO DE ASPIRAÇÃO (Ano) Sim, Qual: Nojor
Via Aérea: Sim, Não
Cetofibato: Sim, Não
Sintoma: Sim, Não
e uso (paracetamol/ibuprofeno) disponivel RISCO DE FERIDA SANGUÍNEA > 500 ml Risco Sim, e necessario uso de algodão e plásticoamento
em fluidos Não

PAUTA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

 Identificação do paciente Sítio cirúrgico Procedimento1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

 Sim Não Não se Aplica

SAÍDA (Sala Post-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

 Sim Não1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

 Sim Não Não se Aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

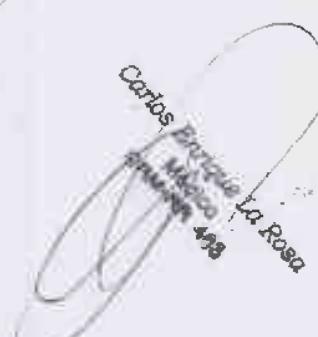
 Sim Não

1. O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

 Sim Não Não se Aplica

2. SE AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

 Sim Não Não se AplicaAssinatura: W. J. B. M. Hora: 14:00hAssinatura e Carimbo: W. J. B. M. - 04736150

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		<i>Wellinton Moreira Medeiros</i>				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO		DATA		<i>17/06/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					<i>3h</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia					<i>22.00</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					<i>24-06-18</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs					<i>20-06-18</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					<i>16h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01 (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					<i>30-06-18</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					<i>V</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					<i>20-06-18</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H					<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 OU PAD> 110 MMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 8UI; 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:						
<i>bloco para programação cirúrgica</i>						
<i>886,2058 ALTA AMANH</i>						
						
SINAIS VITAIS		1	2	3	4	
6 H		<i>70</i>	<i>70</i>	<i>15</i>	<i>220</i>	
12 H						
18 H						
24 H						
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.						

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			HGR	
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		Wolffson Flores Medeiros				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		40/42	DATA	17/04/18
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 (300mg) 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/QU 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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
Ao bloco para programação cirúrgica						
06/04/2018 ALTA HOSPITALAR						
SINAIS VITAIS					Cartas, Exames, Medicamentos, CRM, IP, etc.	
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.						

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUĐO 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 - CNIE		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO P. SOLITÁRIO 267975		
7 - CNPJO NACIONAL DE SAÚDE (RNE)		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/08/92		
10 - NOME DA MÃE OU DO PAI		9 - SEXO F		
11 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)		12 - TELÉFONE DE CONTATO 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Paulo São Paulo		
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF SP		
16 - CEP				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO Acidente de trânsito com perda de todos sentidos		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		E1101611		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		Centro 2018		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 TERCERÍARIO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		
25 - CLÍNICA		26 - DOCUMENTO		
27 - CRÉDITO DA INTERNAÇÃO		28 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DE CONCEPÇÃO		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - CNPJ DA SEGURADORA		
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ EMPRESA		
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		38 - CNAE DA EMPRESA		
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - EMPREGADOR		42 - AUTÔNOMO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO PROFISSIONAL		
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0415040035		50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0415040035		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/08/18 O.S. _____

Adriano Moreira

Abhner Moreira
Adriano

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Doenças de Pés

LTC + Desordens de Pés + Letal.

Curativo

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

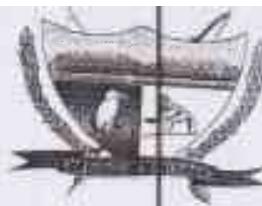
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- *Existe - S. x rivaí formado*
no Dorsum Pés *com* *ST* *e*
Corredor
Desordens de Toda Perna
grossos
- *Rebalho de Toda Perna* *com*
OSSO *é* *verdoso*

Assinatura
Dr. Abhner Moreira
CRM-RR 566

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA "Amazônia Pioneira nas Grandes Cidades"		FICHA DE ANESTESIA																							
PRESIDENCIAL - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		26																							
Anest. Nitro. No. 26 de Sanga		Nº																							
20.08.08																									
AGENTES	N 20	15	30	45	1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	00																								
Umidos																									
VENOSOS																									
DA	20																								
X	240																								
ULSO	35																								
•	38																								
ANES	34																								
X	32																								
OP	30																								
O	30																								
TEMP	120																								
ASPIR	100																								
A	80																								
RESP	60																								
O	40																								
Expon.																									
Anest.																									
Contro.																									
SÍMBOLOS																									
ANESTESIA		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES																			
A	10	20	30	40	50	Nitro. 26												* 5G							
C	10	20	30	40	50	Nitro. 26												* RNI							
Q	10	20	30	40	50	Nitro. 26												* 0.1mg/mg							
E	10	20	30	40	50	Nitro. 26												* CATEPSOL 02 NASAL							
F	10	20	30	40	50	Nitro. 26												* VENOCAB 400							
G	10	20	30	40	50	Nitro. 26																			
GLUCOSE	Umidos		Umidos		Cártula - Naso / Oro Faringea Naso / Orotráqueal - Cega Gol - Tamp - Calibre de Tuba Sob Máscara		Nitro. 26																		
MOOD					Dificuldade Técnica		Nitro. 26																		
SANGUE							Nitro. 26																		
TOTAL	20		20		20		Nitro. 26																		
OPERAÇÃO	20		20		20		Nitro. 26																		
Dr. G. L. G. R. P. E. + P. L. A.		Dr. M. J. P. P. C. P. L. E.		Dr. M. J. P. P. C. P. L. E.		Nitro. 26												Laringe - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito							
Dr. M. J. P. P. C. P. L. E.		Dr. M. J. P. P. C. P. L. E.		Dr. M. J. P. P. C. P. L. E.		Nitro. 26												Martingay - Ataxia Brad Taquicardia - Cheque							
M. J. P. P. C. P. L. E.		M. J. P. P. C. P. L. E.		M. J. P. P. C. P. L. E.		Nitro. 26												PERDA SANGUÍNEA							



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ALCENANE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO: 15/05/92 IDADE: 26
CPF: 009.235.542-03 CARTÃO SUS: 702-306-037225220
NOME DA MÃE: ANA CLÉTINA MORGÃO DE ALMEIDA
RUA: COHAB
CIDADE: BOA VISTA
DATA: 03/05/19

2. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: (PREENCHIDO PELO MÉDICO)

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

ANESTESIA: LOCAL HORÁRIO DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO:

Descrição do procedimento realizado:

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO:
EVOLUÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES:

ALTA HOSPITALAR

BOA VISTA,

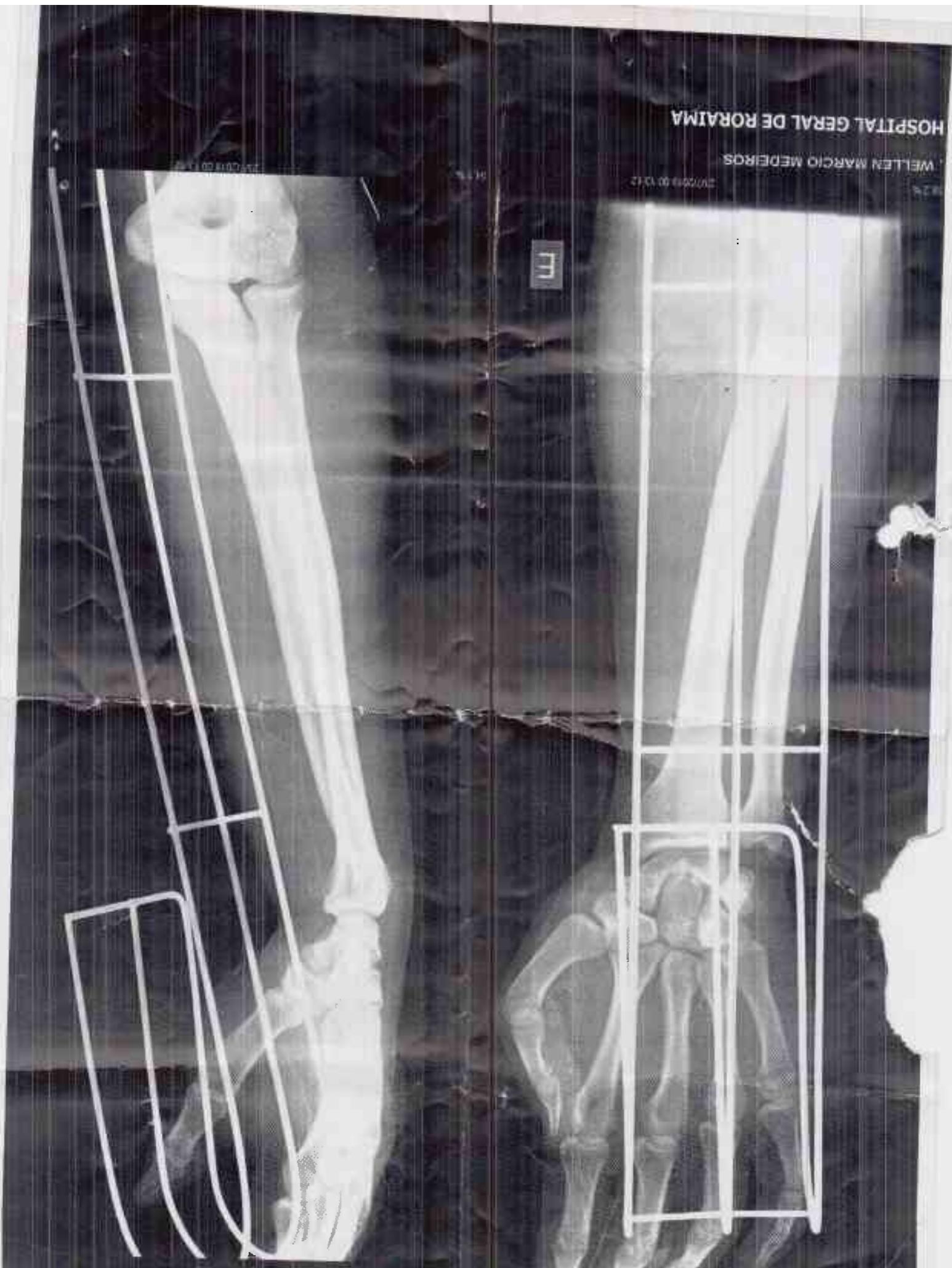
INTERNAÇÃO

MÉDICO (A)

ASSINATURA E CRM (CARIMBO)
(ANEXA)- PREENCHIMENTO

OBS: ITEM 03- FICHA DE MATERIAL UTILIZADO
OBRIGATÓRIO PELA ENFERMAGEM.

1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0	41.0	42.0	43.0	44.0	45.0	46.0	47.0	48.0	49.0	50.0	51.0	52.0	53.0	54.0	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0	76.0	77.0	78.0	79.0	80.0	81.0	82.0	83.0	84.0	85.0	86.0	87.0	88.0	89.0	90.0	91.0	92.0	93.0	94.0	95.0	96.0	97.0	98.0	99.0	100.0	101.0	102.0	103.0	104.0	105.0	106.0	107.0	108.0	109.0	110.0	111.0	112.0	113.0	114.0	115.0	116.0	117.0	118.0	119.0	120.0	121.0	122.0	123.0	124.0	125.0	126.0	127.0	128.0	129.0	130.0	131.0	132.0	133.0	134.0	135.0	136.0	137.0	138.0	139.0	140.0	141.0	142.0	143.0	144.0	145.0	146.0	147.0	148.0	149.0	150.0	151.0	152.0	153.0	154.0	155.0	156.0	157.0	158.0	159.0	160.0	161.0	162.0	163.0	164.0	165.0	166.0	167.0	168.0	169.0	170.0	171.0	172.0	173.0	174.0	175.0	176.0	177.0	178.0	179.0	180.0	181.0	182.0	183.0	184.0	185.0	186.0	187.0	188.0	189.0	190.0	191.0	192.0	193.0	194.0	195.0	196.0	197.0	198.0	199.0	200.0	201.0	202.0	203.0	204.0	205.0	206.0	207.0	208.0	209.0	210.0	211.0	212.0	213.0	214.0	215.0	216.0	217.0	218.0	219.0	220.0	221.0	222.0	223.0	224.0	225.0	226.0	227.0	228.0	229.0	230.0	231.0	232.0	233.0	234.0	235.0	236.0	237.0	238.0	239.0	240.0	241.0	242.0	243.0	244.0	245.0	246.0	247.0	248.0	249.0	250.0	251.0	252.0	253.0	254.0	255.0	256.0	257.0	258.0	259.0	260.0	261.0	262.0	263.0	264.0	265.0	266.0	267.0	268.0	269.0	270.0	271.0	272.0	273.0	274.0	275.0	276.0	277.0	278.0	279.0	280.0	281.0	282.0	283.0	284.0	285.0	286.0	287.0	288.0	289.0	290.0	291.0	292.0	293.0	294.0	295.0	296.0	297.0	298.0	299.0	300.0	301.0	302.0	303.0	304.0	305.0	306.0	307.0	308.0	309.0	310.0	311.0	312.0	313.0	314.0	315.0	316.0	317.0	318.0	319.0	320.0	321.0	322.0	323.0	324.0	325.0	326.0	327.0	328.0	329.0	330.0	331.0	332.0	333.0	334.0	335.0	336.0	337.0	338.0	339.0	340.0	341.0	342.0	343.0	344.0	345.0	346.0	347.0	348.0	349.0	350.0	351.0	352.0	353.0	354.0	355.0	356.0	357.0	358.0	359.0	360.0	361.0	362.0	363.0	364.0	365.0	366.0	367.0	368.0	369.0	370.0	371.0	372.0	373.0	374.0	375.0	376.0	377.0	378.0	379.0	380.0	381.0	382.0	383.0	384.0	385.0	386.0	387.0	388.0	389.0	390.0	391.0	392.0	393.0	394.0	395.0	396.0	397.0	398.0	399.0	400.0	401.0	402.0	403.0	404.0	405.0	406.0	407.0	408.0	409.0	410.0	411.0	412.0	413.0	414.0	415.0	416.0	417.0	418.0	419.0	420.0	421.0	422.0	423.0	424.0	425.0	426.0	427.0	428.0	429.0	430.0	431.0	432.0	433.0	434.0	435.0	436.0	437.0	438.0	439.0	440.0	441.0	442.0	443.0	444.0	445.0	446.0	447.0	448.0	449.0	450.0	451.0	452.0	453.0	454.0	455.0	456.0	457.0	458.0	459.0	460.0	461.0	462.0	463.0	464.0	465.0	466.0	467.0	468.0	469.0	470.0	471.0	472.0	473.0	474.0	475.0	476.0	477.0	478.0	479.0	480.0	481.0	482.0	483.0	484.0	485.0	486.0	487.0	488.0	489.0	490.0	491.0	492.0	493.0	494.0	495.0	496.0	497.0	498.0	499.0	500.0	501.0	502.0	503.0	504.0	505.0	506.0	507.0	508.0	509.0	510.0	511.0	512.0	513.0	514.0	515.0	516.0	517.0	518.0	519.0	520.0	521.0	522.0	523.0	524.0	525.0	526.0	527.0	528.0	529.0	530.0	531.0	532.0	533.0	534.0	535.0	536.0	537.0	538.0	539.0	540.0	541.0	542.0	543.0	544.0	545.0	546.0	547.0	548.0	549.0	550.0	551.0	552.0	553.0	554.0	555.0	556.0	557.0	558.0	559.0	560.0	561.0	562.0	563.0	564.0	565.0	566.0	567.0	568.0	569.0	570.0	571.0	572.0	573.0	574.0	575.0	576.0	577.0	578.0	579.0	580.0	581.0	582.0	583.0	584.0	585.0	586.0	587.0	588.0	589.0	590.0	591.0	592.0	593.0	594.0	595.0	596.0	597.0	598.0	599.0	600.0	601.0	602.0	603.0	604.0	605.0	606.0	607.0	608.0	609.0	610.0	611.0	612.0	613.0	614.0	615.0	616.0	617.0	618.0	619.0	620.0	621.0	622.0	623.0	624.0	625.0	626.0	627.0	628.0	629.0	630.0	631.0	632.0	633.0	634.0	635.0	636.0	637.0	638.0	639.0	640.0	641.0	642.0	643.0	644.0	645.0	646.0	647.0	648.0	649.0	650.0	651.0	652.0	653.0	654.0	655.0	656.0	657.0	658.0	659.0	660.0	661.0	662.0	663.0	664.0	665.0	666.0	667.0	668.0	669.0	670.0	671.0	672.0	673.0	674.0	675.0	676.0	677.0	678.0	679.0	680.0	681.0	682.0	683.0	684.0	685.0	686.0	687.0	688.0	689.0	690.0	691.0	692.0	693.0	694.0	695.0	696.0	697.0	698.0	699.0	700.0	701.0	702.0	703.0	704.0	705.0	706.0	707.0	708.0	709.0	710.0	711.0	712.0	713.0	714.0	715.0	716.0	717.0	718.0	719.0	720.0	721.0	722.0	723.0	724.0	725.0	726.0	727.0	728.0	729.0	730.0	731.0	732.0	733.0	734.0	735.0	736.0	737.0	738.0	739.0	740.0	741.0	742.0	743.0	744.0	745.0	746.0	747.0	748.0	749.0	750.0	751.0	752.0	753.0	754.0	755.0	756.0	757.0	758.0	759.0	760.0	761.0	762.0	763.0	764.0	765.0	766.0	767.0	768.0	769.0	770.0	771.0	772.0	773.0	774.0	775.0	776.0	777.0	778.0	779.0	780.0	781.0	782.0	783.0	784.0	785.0	786.0	787.0	788.0	789.0	790.0	791.0	792.0	793.0	794.0	795.0	796.0	797.0	798.0	799.0	800.0	801.0	802.0	803.0	804.0	805.0	806.0	807.0	808.0	809.0	810.0	811.0	812.0	813.0	814.0	815.0	816.0	817.0	818.0	819.0	820.0	821.0	822.0	823.0	824.0	825.0	826.0	827.0	828.0	829.0	830.0	831.0	832.0	833.0	834.0	835.0	836.0	837.0	838.0	839.0	840.0	841.0	842.0	843.0	844.0	845.0	846.0	847.0	848.0	849.0	850.0	851.0	852.0	853.0	854.0	855.0	856.0	857.0	858.0	859.0	860.0	861.0	862.0	863.0	864.0	865.0	866.0	867.0	868.0	869.0	870.0	871.0	872.0	873.0	874.0	875.0	876.0	877.0	878.0	879.0	880.0	881.0	882.0	883.0	884.0	885.0	886.0	887.0	888.0	889.0	890.0	891.0	892.0	893.0	894.0	895.0	896.0	897.0	898.0	899.0	900.0	901.0	902.0	903.0	904.0	905.0	906.0	907.0	908.0	909.0	910.0	911.0	912.0	913.0	914.0	915.0	916.0	917.0	918.0	919.0	920.0	921.0	922.0	923.0	924.0	925.0	926.0	927.0	928.0	929.0	930.0	931.0	932.0	933.0	934.0	935.0	936.0	937.0	938.0	939.0	940.0	941.0	942.0	943.0	944.0	945.0	946.0	947.0	948.0	949.0	950.0	951.0	952.0	953.0	954.0	955.0	956.0	957.0	958.0	959.0	960.0	961.0	962.0	963.0	964.0	965.0	966.0	967.0	968.0	969.0	970.0	971.0	972.0	973.0	974.0	975.0	976.0	977.0	978.0	979.0	980.0	981.0	982.0	983.0	984.0	985.0	986.0	987.0	988.0	989.0	990.0	991.0	992.0	993.0	994.0	995.0	996.0	997.0	998.0	999.0	1000.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

020.253.571-31

Wellen Mário Medeiros Correia

CPF: 020.253.571-31

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA (MENSAL DA TESOURO-PF DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CFCB/CA/SC/01/02/2012

Nome completo:

Wellen Mário Medeiros Correia

CPF: 020.253.571-31

Profissão:

Endereço:

Número:

123

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

51312-371

CEP:

51312-371

DDD:

51

DDD:

51

DDD:

51

DDD:

</div



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 22 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wellen Marcus Medeiros Cunha Inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.061.512-04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcus Medeiros Cunha Inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima Wellen Marcus Medeiros Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro		132	ap. 04
Email		Estado	CEP
		RR	69.300-209
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			95 93126-9533

_____ de _____ de _____
Local e Data

Wellen Marcus Medeiros Cunha

Assinatura Declarante



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

• Número do Sinistro ou ASN

CPF da vítima

020.283.572-31

Nome completo da vítima

Wellen Mário Medeiros Cirqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Wellen Mário Medeiros Cirqueira

CPF titular da conta

020.283.572-31

Profissão

Endereço

Rua: São Mateus

Número

134

Complemento

Bairro

Cinturão Verde

Estado

RR

CEP

69.312-371

Email

Wellenr@hotmaill.com

Telefone (DDD)

(95) 98125-9539

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, juntar a

Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo,

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

None

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização de Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta - conta do autor indenizado.

Boca Vista, 23 de Novembro de 2018

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL. (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Nome Completo da Vítima

Wellen Marcus Medeiros Arquiza

CPF da Vítima

020.283.572-31

Data do Acidente

22-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação por parte da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 28

de Novembro de 2018

Local Data

Wellen Marcus Medeiros Arquiza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Práter de Souza inscrito (a) no CPF 200.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Mário Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31 do sinistro de DPVAT cobertura Frailidade da Vítima Wellen Mário Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>	<u>1032</u>	<u>1</u>
Email	<u>Buritis</u>	<u>Ra</u>	<u>CEP</u>
	<u>Boa Vista</u>	<u>69.309-209</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>
	<u>clairm@hotmail.com</u>	<u>(051) 9 8125-9538</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>

Boa Vista, 26 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564151

Vítima: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Cálculo de Atualização Monetária - Wellen Márcio Medeiros Cirqueira
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	22/7/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	22/7/2018 a 8/4/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	253 dias	1,022358
Percentual correspondente	253 dias	2,235835 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 7.245,96
Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56
Valor total	(=)	R\$ 7.898,56

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50
Data inicial	22/7/2018
Data final	1/4/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
22/7/2018	1/8/2018	0,2060 (%)	7.102,10
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	7.111,33
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	7.117,73
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	7.159,02
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.172,62
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.161,14
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.182,63
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.207,05
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.245,96

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56
Valor total	(=)	R\$ 7.898,56

[Retornar](#) [Imprimir](#)