

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 330764-6 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.792.852-58, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Vicente F Melo, 56 – Cambará / CEP: 69.313-472, Tel. (95) 99126-3226/ 99141.3275

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 1 de abril de 2019.



RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Rafael Carlos dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **330764-6** DATA DE EXPEDIÇÃO **29/08/2018**

NOME
RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
CARLOS MAGNO BATISTA DOS SANTOS
MARIA SIMONE DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITACOATIARA - AM DATA DE NASCIMENTO
20/03/1994

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 48980 FLS 07 LIV 72
2º OF ITACOATIARA-AM

CPF
018.792.852-58

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDC

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CONSUMO (kWh)	
OCTUBRO/2018	11/11/2018
50	140,92

MARIA SIMONE DO S. SANTO
R. VICENTE F. MELLO 56 CAMBARA
CPF: 0005110/63253
CEP: 69.313-472 - BOA VISTA ROT: 8.001.16.02.031400

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	6696	Atual:	19/10/2018
Anterior:	6696	Anterior:	19/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/11/2018
Consumo médio:	0	Emissão:	25/10/2018
Consumo faturado:	50 FEMP	Aprovação:	27/10/2018

MINIMO		Máximo	
Consumo	30	Consumo	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB1613725N	1521966	1.1.1.2	272

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	0	CONSUMO 50 A R\$ 0,569048 =	28,45
AGO/18	0	CORR MONETARIA TCD (IGPM) 12/1	7,26
JUL/18	0	PARCELAMENTO DE DEBITOS 12/12	81,51
JUN/18	0	ILUMINACAO PUBLICA	23,70
MAR/18	0		
FEV/18	437		
JAN/18	668		
DEZ/17	802		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50 - 0,456770			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora suscita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/11/2018, em função das contas reavaliadas, tendo em vista o valor de R\$ 2.215,65 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
09/2018	111,15	

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 2B20.4C6D.E720.2B1E.F1DB.B74B.7AF9.71CA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,58	Base de Cálculo:	28,45
Energia:	13,71	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	4,83
Encargos:	0,57	Valor do PIS:	0,13
Tributos:	5,59	Valor do COFINS:	0,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
OMC	8,35	OMC	17,70	OMC	35,40	OMC	8,46
OMC	16,92	OMC	33,84	OMC	4,82	OMC	2,55
OMC	7,00	OMC	1,11	OMC	0,00	OMC	0,00

FLORESTA 08/2018 0,00

ROT: 8.001.16.02.031400

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0044920-2	140,92

Eletrobras
Distribuição Roraima
Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/00-144 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	11/11/2018

Nº da Nota Fiscal: 001716113 FEMP

83630000001 2 40920075000 1 00000000044 8 92021018008 8

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS** Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da carteira de identidade nº 330764-6 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 018.792.852-58, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Vicente F Melo, 56 – Cambará / CEP: 69.313-472.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 1 de abril de 2019.



RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

	PMRR – BPM	RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
		SERIE “J”
		Nº 806039

Vtr 107	SUCp OESTE	Data 08/12/2016	S/Setor --	H/Transm 20:38	H/Ini 20:38	CH/H 20:45	H/Fir 22:40	
Cód. Oc. 1013	Cód. Prov. 13006/13009/13010	Cód. Ser. Prest. -----	Km/Ini. 9617	Km/Fin 9633				

LOCAL DE OCORRÊNCIA		
Av/ru a: Rua Mestre Albano	Bairro: Cambara	Refe.: Nº4317

PESSOAS RELACIONADAS		
1 Envolvido	Nome: Juarez da Silva do Carmo (991231315)	Idade: 36 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Raimundo de Oliveira Matos, 253, Cambara		
Edt. R.G	176538 SSP/RR	CNH 03345073883 Profissão: Autônomo
2 Envolvido	Nome: Rafael Carlos dos Santos (991555193)	Idade: 22 E. Civil: União Estável
Endereço: Rua Vicente Figueiredo Melo, 56, Cambara		
Edt. R.G	330764-6 SSP/RR	CNH ----- Profissão: Padeiro
3 Passageiro	Nome: João Pedro de Oliveira dos Santos	Idade: 06 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Vicente Figueiredo Melo, 56, Cambara		
Edt. R.G	-----	CNH ----- Profissão: -----

Veículos Relacionados	
Veículo Item01: FIAT/PUNTO, cor AZUL, placa NOJ9510	
Veículo Item02: HONDA/CG 150, cor PRETA, placa NAM1573	
Avarias conforme pericia.	



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve materiais conduzidos.		
ASSINATUA	CARGO	LOCAL

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia do 5º DP

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado no local nos deparamos com o seguinte sinistro. O item01 informa que vinha no referido endereço sentido bairro-centro e que ao chegar na Rua c-23 fez a conversão a esquerda para adentrar na referida rua quando já estava na pista de mão contrária o item02 que vinha na Rua Mestre Albano sentido centro-bairro acabou colidindo no seu veículo. Segundo o Item02 o mesmo vinha no sentido acima citado, quando o item01 entrou em sua pista com a intenção de fazer a conversão na rua c-23 e não pode frear e acabou colidindo no veículo do item 01. QUE o item03 estava como passageiro do item02. QUE os itens 02 e 03 tiveram lesões corporais e foram encaminhados pela equipe do SAMU até o PS. QUE a pericia esteve no local e foi realizada pelo perito JACI. QUE o item01 demonstrava esta com sintomas de embriaguez e foi solicitado o mesmo para que fizesse o teste de alcoolemia, o mesmo concordou e realizou vindo a ter como resultado do teste 0,77mg/L de álcool, de acordo com auto de infração nº A156 075469 e teste nº 02045 e o mesmo foi conduzido a este DP para providências. QUE o item02 estava impossibilitado de realizar o exame de alcoolemia, pois o mesmo estava em observação médica. QUE todas as medidas administrativas cabíveis foram tomadas.

Era o que tinha a relatar.



Vinicius Pereira
Nome

41.651-7
Cadastro

SD/PM
Posto/Grad

CIPTUR
Suop

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE Ocorrência Nº 041083/2016/PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.º

NOME: **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**

RG : **330764-6 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE: **99126-3226**

ENDEREÇO: **RUA – VICENTE FIGUEIREDO MELO, 56**

BAIRRO: **CAMBARÁ**



O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

- **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES;**
- **PLACA NAM 1573;**
- **COR – PRETA;**
- **ANO – 2006/2006;**
- **CHASSI 9C2KC085006B831370;**
- **RENAVAM 00878104941;**
- **ROMULO NASCIMENTO DE SOUZA CRUZ (PROPRIETÁRIO);**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 13 de Março de 2019.

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS
Comunicante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041083/2016

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/12/2016 23:57 Data/Hora Fim: 09/12/2016 00:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 806039 SÉRIE J Data: 08/12/2016
Delegado de Polícia: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 08/12/2016 20:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Mestre Albano

Ponto de Referência: nº 4317
Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Cambará

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1227: Conduzir veículo com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de drogas (Art. 306 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JUAREZ DA SILVA DO CARMO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 36
Profissão: Autônomo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 176538

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Raimundo de Oliveira Matos Nº: 253
Bairro: cambará
Telefone: (95) 99123-1315 (Celular)

Nome Civil: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

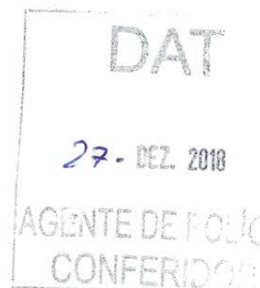
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 22
Profissão: Padeiro
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 330764-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua vicente Figueiredo Melo Nº: 56
Bairro: cambará
Telefone: (95) 9155-5193 (Celular)



Nome Civil: JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 6



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041083/2016

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Vicente figueiredo melo

Nº: 56

Bairro: cambará

Razão Social: (ESTADO) (COMUNICANTE)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

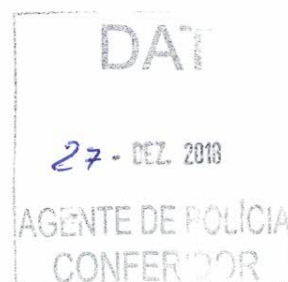
Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no local acima citado, onde nos deparamos com o seguinte sinistro. Que Juarez informa que vinha no referido endereço do ocorrido sentido bairro-centro e que ao chegar na Rua C-23 fez a conversão a esquerda para adentrar na referida rua quando já estava na pista de mão contrária Rafael que vinha na rua Mestre Albano sentido centro-bairro acabou colidindo no seu veículo. Que segundo Rafael o mesmo vinha sentido acima citado, quando Juarez entrou em sua pista com a intenção de fazer a conversão na Rua C-23 e não pode fazer e acabou colidindo no veículo de Juarez. Que a criança João Pedro (06 anos) estava como passageiro de Rafael. Que Rafael e João tiveram lesões corporais e foram encaminhados ao PSE pelo SAMU. Que a perícia esteve no local. Que Juarez demonstrava sintomas de embriaguez e concordou em realizar o teste de alcoolemia que resultou em 0,77 mg/l de álcool. Que Rafael estava impossibilitado de realizar o teste de alcoolemia pois estava em observação médica. Que todas as medidas administrativas cabíveis foram tomadas. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Rodileno Ribeiro Solidade
Responsável pelo Atendimento

Rafael Carlos Dos Santos
(Vítima)

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



FICHA DE ATENDIMENTO		PREFEITURA BOA VISTA	
Unidade: <u>SAU</u>	Equipe: <u>la Paz Guerra, Bispo</u>		
Paciente: <u>Rafael Carlos dos Santos</u>	Idade: <u>22a</u>	Sexo: <u>M</u>	
Endereço: <u>Rua Mestre Albano - Cambaú</u>			
Nº <u>22149</u>	DATA <u>08/12/16</u>	HORA: <u>19:50</u>	
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Anderson</u>		J/10: <u>19:58</u>	
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO			
MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
Cinto ☐ SIM ☐ NÃO		☐ FAB	
Vítima ☐ projetada		☐ PAF	
☐ encarcerada		☐	
Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO		Espancamento	
Motorista: ☐		☐ Violência Doméstica	
Passageiro: ☐ dianteiro		☐ Violência Sexual	
☐ traseiro		☐ Tentativa de suicídio	
☐ Capotamento		☐ Outro:	
☐ Atropelamento			
☐ Colisão			
MOTO:		OUTROS	
☒ Condutor		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto	
☐ Carona		☐ Queda, Altura aprox.:	
Capacete ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Acidente Doméstica	
☐ queda		☐ Queimadura Agente	
☐ Atropelamento		☐ Agressão p/ animal	
☒ Colisão		☐ Outros:	
BICICLETA:			
☐ Condutor			
☐ Carona			
☐ queda			
☐ Atropelamento			
☐ Colisão			
AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas		Aval. Neurológica	
☒ Dispneia		☐ Bradicárdico	
☐ Bradipneia		☐ Taquicárdico	
☐ Taquipneia		☐ Arritmico	
☐ Resp. Ruidosa		☐ Enchimento	
☐ Obstruída		☐ capilar acima de 2"	
☐ Apnéia		☐ Ausente	
☐ Outro:		☐ AVDN	
Ventilação		☐ Miose	
☐ M.V. Diminuído		☐ Midriase	
☐ M.V. Ausente		☐ Anisocoria	
☐ Hipertimpanismo		☐ Otorrêia	
☐ Maciez		☐ Otorragia	
☐ Ferida Aspirativa		☐ Rinorragia	
		☐ Aparentemente alcoolizado	
		☐ DNV	
SINAIS VITAIS E ESCORES			
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm
Início	1	136	28
Fim	1		
Sat O ₂ %			
T. Axil °C			
Glicemia			
Trauma			
APGAR			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA			
Pele	Cabeça	Face	Pescoço
☒ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações
☒ Quen ^{ta}	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☒ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Lacerações	☐ Desvio da traquéia
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Ferimento ocular	☐ Enfisema Sub-Cutâneo
☐ Seca	☐ Fer.	☐	☐
☐ Cianótica	☐ Penetrante	☐	☐
	<u>CCC 28</u>	<u>11</u>	<u>11</u>
Pelve	Coluna Dorsal	Membros	
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	
☐ Dor	☐ Dor	☐ Lacerações	
☐ Instabilidade	☐	☒ Luxações	
<u>11</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AÇÃO CLÍNICA	
☒ Ritmo Sinusal	☐ Respiratória	☐ Digestiva	
☐ Taquicardia	☐ Neuroológica	☐ Infecçiosa	
☐ Bradicardia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica	
☐ Fluter	☐ Metabólica	☐ Pediátrica	
	☐ Cardiovascular	☒ Outra	
	☐ Aborto	<u>TRAUMA</u>	
GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO	☐ PEQUENA	☒ MEDIA
	☐ SEVERA	☐ MORTE	☐ INDETERMINADA
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)			
MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS			
☐ Polícia Militar			
☐ Guarda Municipal			
☐ SMTRAN			
☐ Bombeiro			
☐ Outros:			
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA			
<u>Stephanie</u>			
<u>Rubio</u>			

8757

CHAMADA

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

INCIDENTE

RCP

08 DEZ 2016

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 30/11/18

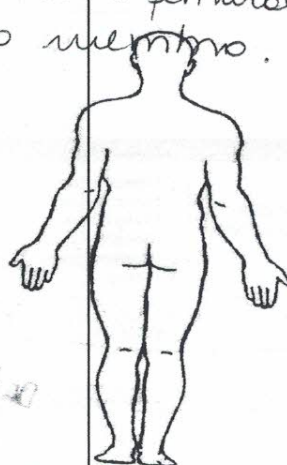
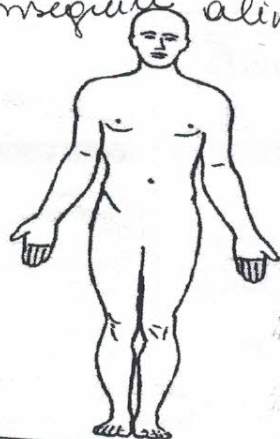
TERMO DE RECUSADO	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade		
Assinatura do Paciente:		RG: _____

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
 Em 30/11/18
Styhanie
Rubricado

Chegado ao BTH paciente em via pública com lesão de H1D. Foi atendido e encaminhado para Hospital

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

* Paciente vítima de acidente de moto (x carro). Sentado, sem capacete, dentro de lama. Foi imobilizado com colar cervical + prancha não apresentando possível lesão toraco-femural e pela dor referida não se conseguiu alinhar o membro. Conduzido ao HGR/G



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 22 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Mito Bezerra, 111 - Boa Vista - RR
MATERIAL E MEDICAÇÃO

Dr. M. da Paz Perez
 COREP 115223

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

... Guia de Atendimento 02 ...

Alta 22/12/16

BLOCO A

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



1600693943	08/12/2016 20:28:07	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	13
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF
RAFAEL CARLOS DOS SANTOS		20/03/1994		22 A 8 M 19 D	898003016283753	01879285258
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3307646	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	MARIA SIMONE DOS SANTOS		Pai	CARLOS MAGNO BATISTA DOS SANT (95) 99175-6718		
Endereço	RUA - VICENTE FIGUEIRA DE MELO - 56 - CAMBARA - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE E MOTO	URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedimento Sol.	Pressão	
Sector	SAMU CAPITAL		Registrado por:		LIZA.MARIE	
GRANDE TR/ UMA						
Queixa Principal	[] Síndrome Febril [] Sintomático Respiratório [] Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	22 MAR 2019					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Exame Físico	[] SÍNDROME FEBRIL [] SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO [] SUSPEITA DE DENGUE					
Hipótese Diagnóstica	Luxação Anquilha					
SADT - Exames Complementares	[] RAIO-X [] ULTRA-SON [] TC [] SANGUE [] URINA [] ECG [] OUTROS:					
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO					
Conduta	[] Alta por Decisão Médica [] Alta a Pedido [] Alta a Revelia [] Transferência para:					
óbito	Antes do 1º Atendimento? [] Sim [] Não Destino: [] Família [] IML Anatomia Patológica					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: liza.marie
Data Hora: 08/12/2016 20:29:17Dr. CALANDRINI
CRM 267

1600693943

1. ANOTAÇÃO (21/11/17)

Exame clínico de paciente em trânsito (colisão motorizada)
apresentando trauma no membro superior direito - M.D.

RX - Luxação posterior do antebraço (9).

em atendimento cirúrgico para redução.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Agravo:	1176
Nº Not:	2085914
Data:	11/11/17
Notificador	

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

NHE-HGR

HOSPITAL DE BORATMA	
Av.	S/N
01 JUN. 2017	
Shelle	
Este documento é de propriedade deste Hospital	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

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)

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão por trauma contuso em membro superior direito.

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGRADORA SIA

Av. Carlos João Batista, 414 - Boa Vista - RS

HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA
Av. Edson Luís, 150 - S/N
Boa Vista - RS - CEP 91.100-000
AUTENTICAÇÃO

01 JUN. 2017

Shale

Este documento é uma cópia autêntica e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa do Hospital Geral de Boa Vista.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadril direito e fratura de fêmur direito.

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

História clínica, exame físico e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão de membro superior direito.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) 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 BIHETE

36 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - C.F.O.R.

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TPAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

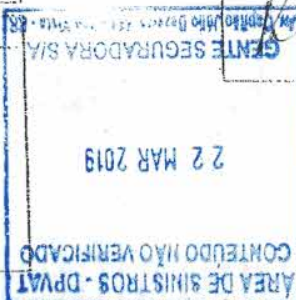
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

040804012

10.12 a 19.12.1

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO



Data: / / O.S. 06

Hospital Carlos Los Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação do ombro direito.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Medicação Injúria do Ombro.
TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução Injúria em CC.
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Enivaldo 1º AUXILIAR: Elder PA
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H com MID. Rotador Interno, sob
Anestesia.
2) Traço e manobra de Redução.
3) Ao RPA



Enivaldo P. Passos
CRM/RP 1567



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rafael Carlos dos Santos, Jr.	67		08 / 12 / 16

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
110. Curetagem fêmur D	23:22	23:25	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Elinalelo	ANESTESISTA:	Dr. Eudes
1º AUXILIAR	Dr. Heloiz	RES. ANESTESIA:	Resid. Erico
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
		CIRCULANTE	Socorro, Raimundo, Rosana, Raimunda, Enf.ª Rebeca

TIPO DE ANESTESIA:	Sedação EV	TEMPO DE DURAÇÃO:	
--------------------	------------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
111	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P.M.)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: 15 ml de PVPI diferimento	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Rebeca	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 814 Nova Planaltina, Tel. (68) 3241.1111	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

01 JUN. 2017
Sheila
Certifico e Juro que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

 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 <i>ROFAR CARLOS DOS SANTOS</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>154518</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>8198003011621837153</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/03/94</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Maria Simone dos Santos</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Vicente Figueira de Melo n° 56 - Camburi</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO <i>915 9117 5167118</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF <i>RJ</i>	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente sofreu trauma comissão em M.I.D. devido a queda de bicicleta.</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Procedimento cirúrgico.</i>
--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>História clínica, exame físico e Rx.</i>
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura de antebraço direito.</i>

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>19/12/16</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - N° DO BILHETE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Dr. Bruno B. Santos</i>	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>19/12/16</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0408040297-5324</i>	

BOLETIM OPERATÓRIO



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

19/12/16

O.S.

Rafael Carlos da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão de Artrodio Direito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Urgência

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Dr. Bruno Figueiredo

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob efeito anestésico
- 2) Acesso antisseptico e colocação de campos cirúrgicos estéril
- 3) Incisão em pele lateral do membro direito, dissecção forçando a cápsula, identificação e isolamento do nervo isquiático, retirada da cápsula anterior
- 4) Luxação posterior do quadril + redução do fragmento ósseo artrodial. Redução da luxação
- 5) Lavagem e hemostase
- 6) Sutura em planos anatômicos
- 7) Exatino.
- 8) RPA

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047
Título de Especialista
SBOT: TEOT 1048
Dr. Vitor Montenegro

PÓS-ANESTÉSICOS

NA ENFERMARIA

Hora

Data / /

Hors

Assinatura

Assinatura



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rafael Carlos dos Santos ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 08/11/16, COM

DIAGNÓSTICO DE fratura por trauma do quadril e fratura de bacia -

19/12/16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR. Ulisses Montenegro E DR. Guilherme Figueiredo SENDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/12/16, ÀS _____, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 22/12/16, ÀS _____, COM O

DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

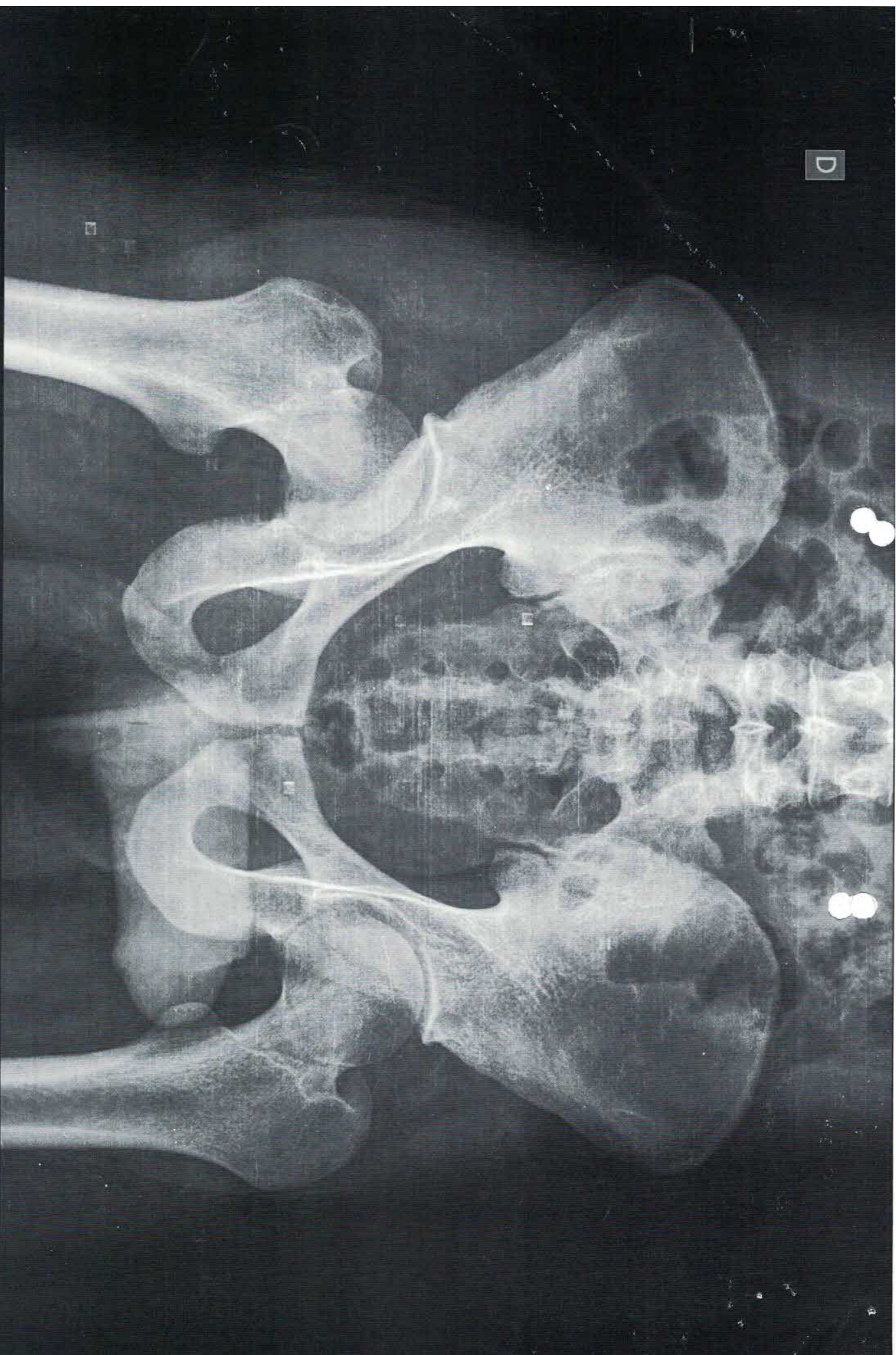


PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR _____

BOA VISTA, 22/12/16

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828

MÉDICO



RAFAEL CARLOS DOS SANTOS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO/A L/114-3

12/12/2016 12:29:38

57,5 %



, RAFAEL CARLOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

8/12/2016 20:28:06

53,7 %

D

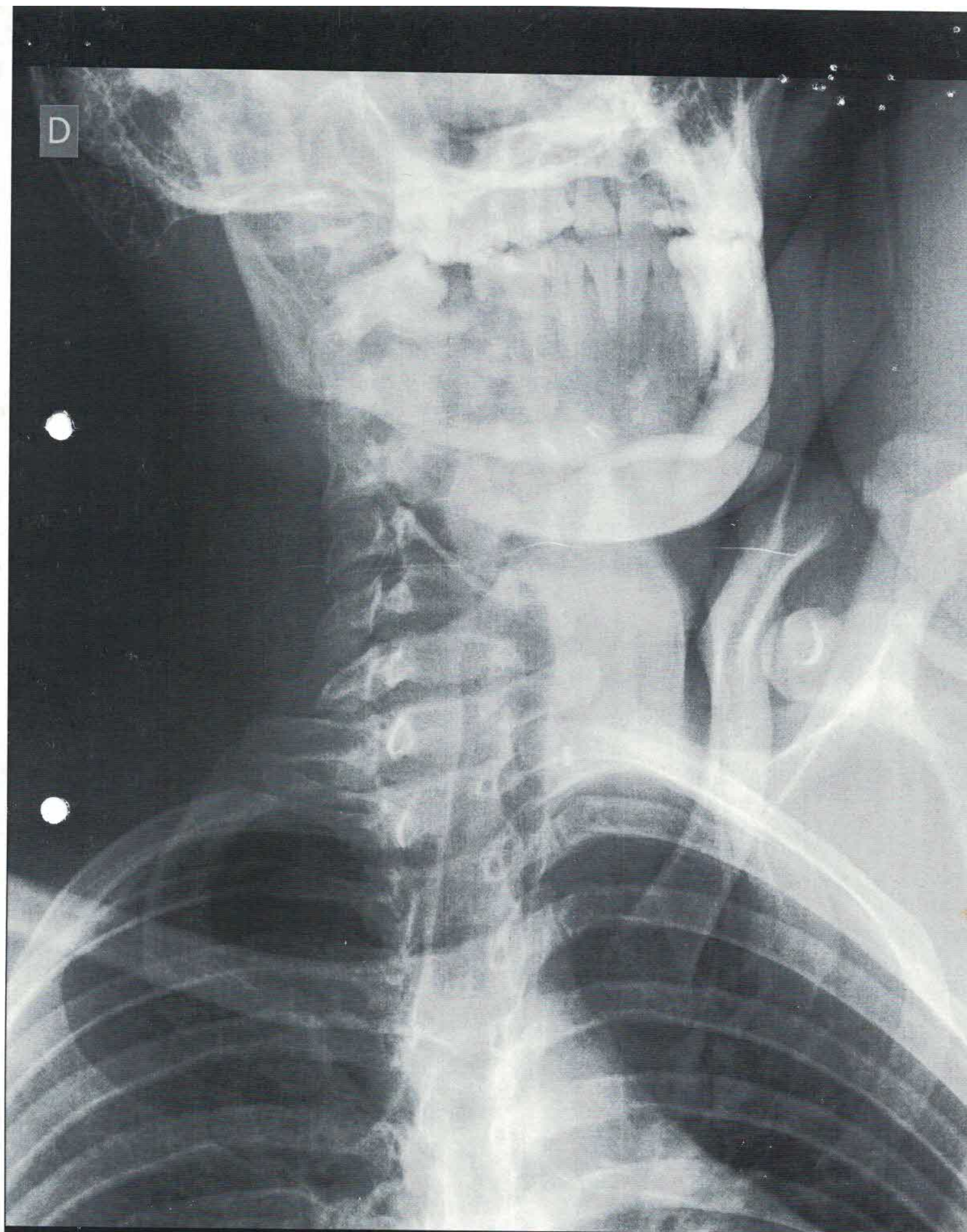


RAFAEL CARLOS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO/A L420-4

20/12/2016 07:49:30

57.5%



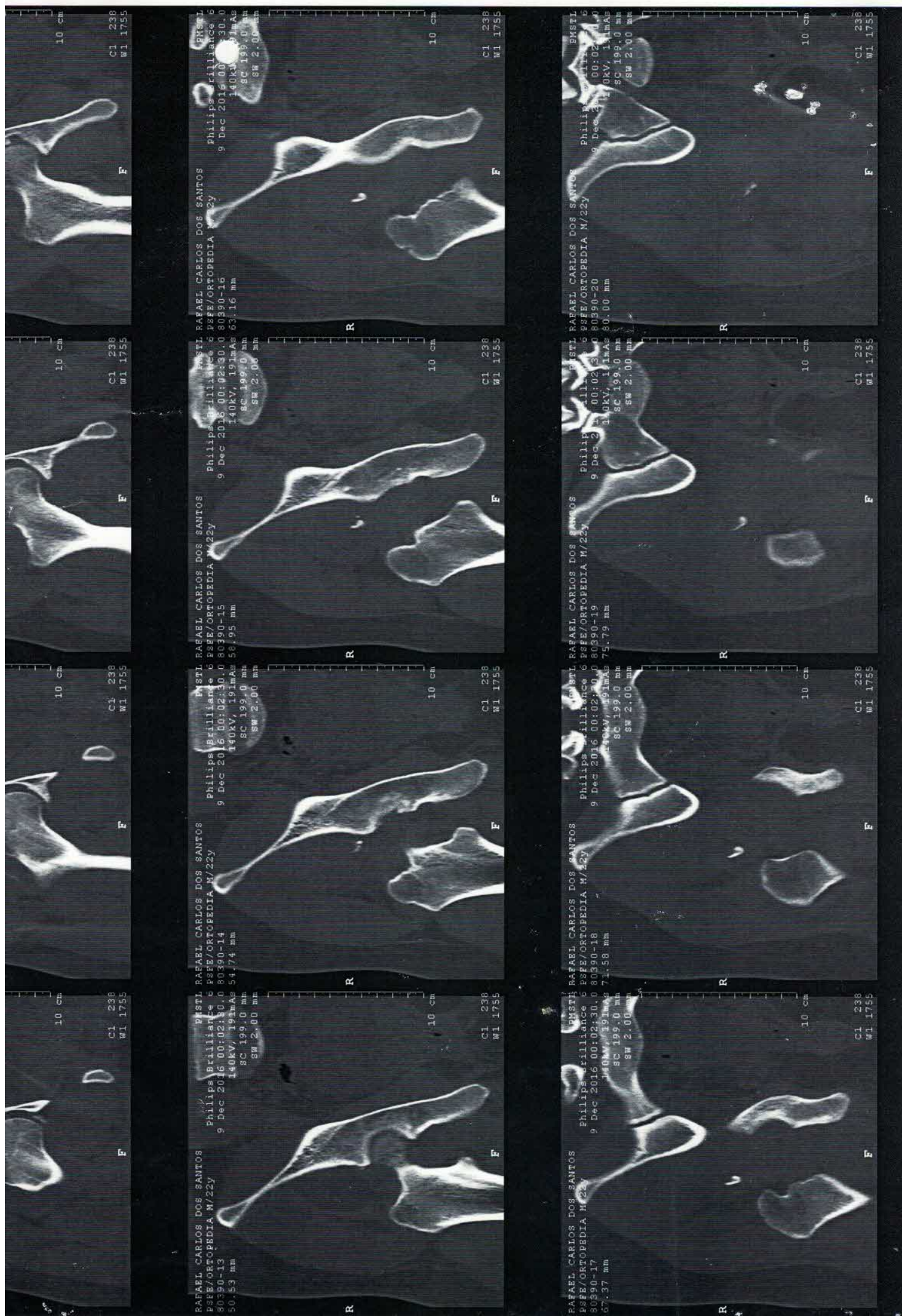
RAFAEL CARLOS

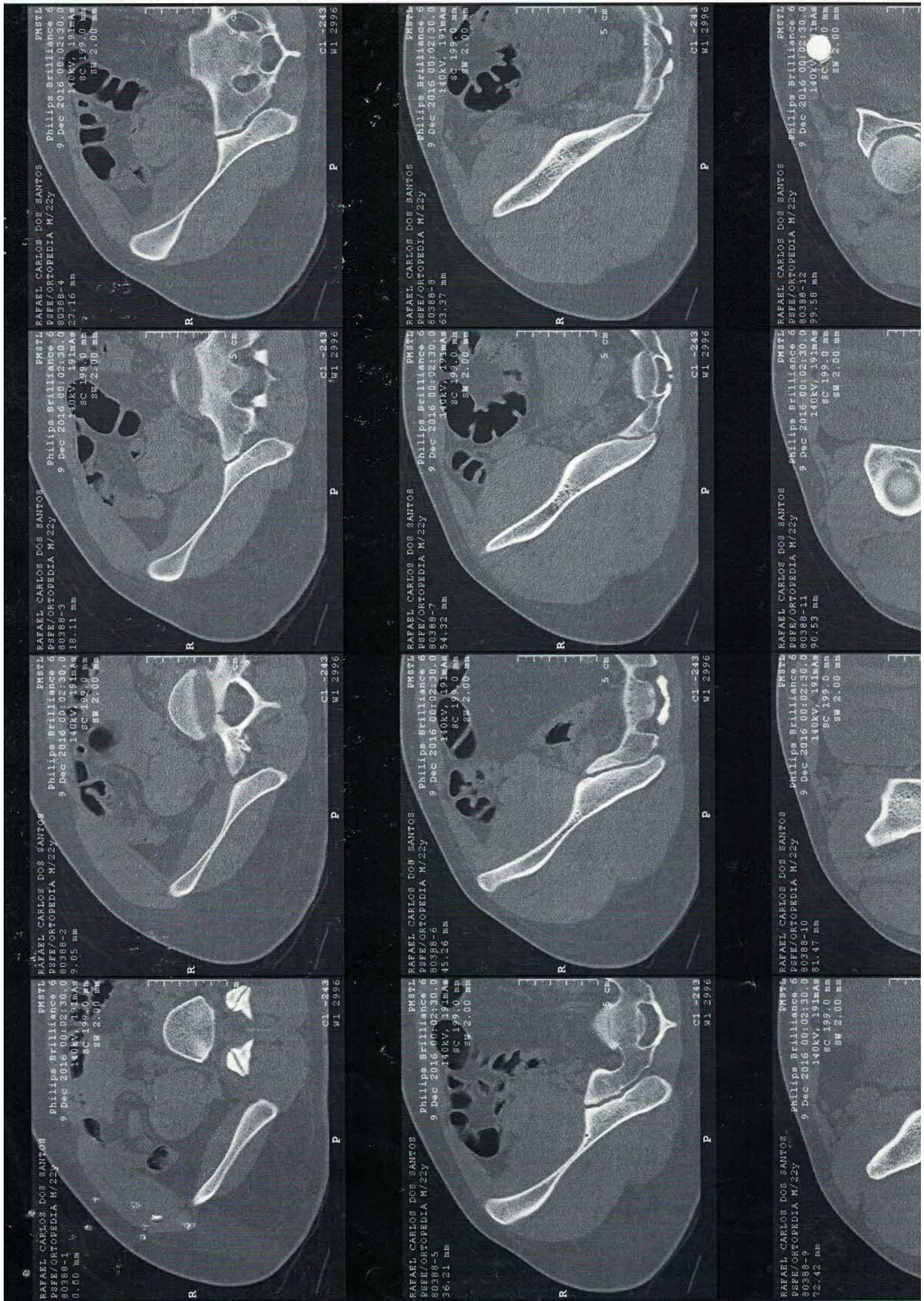
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

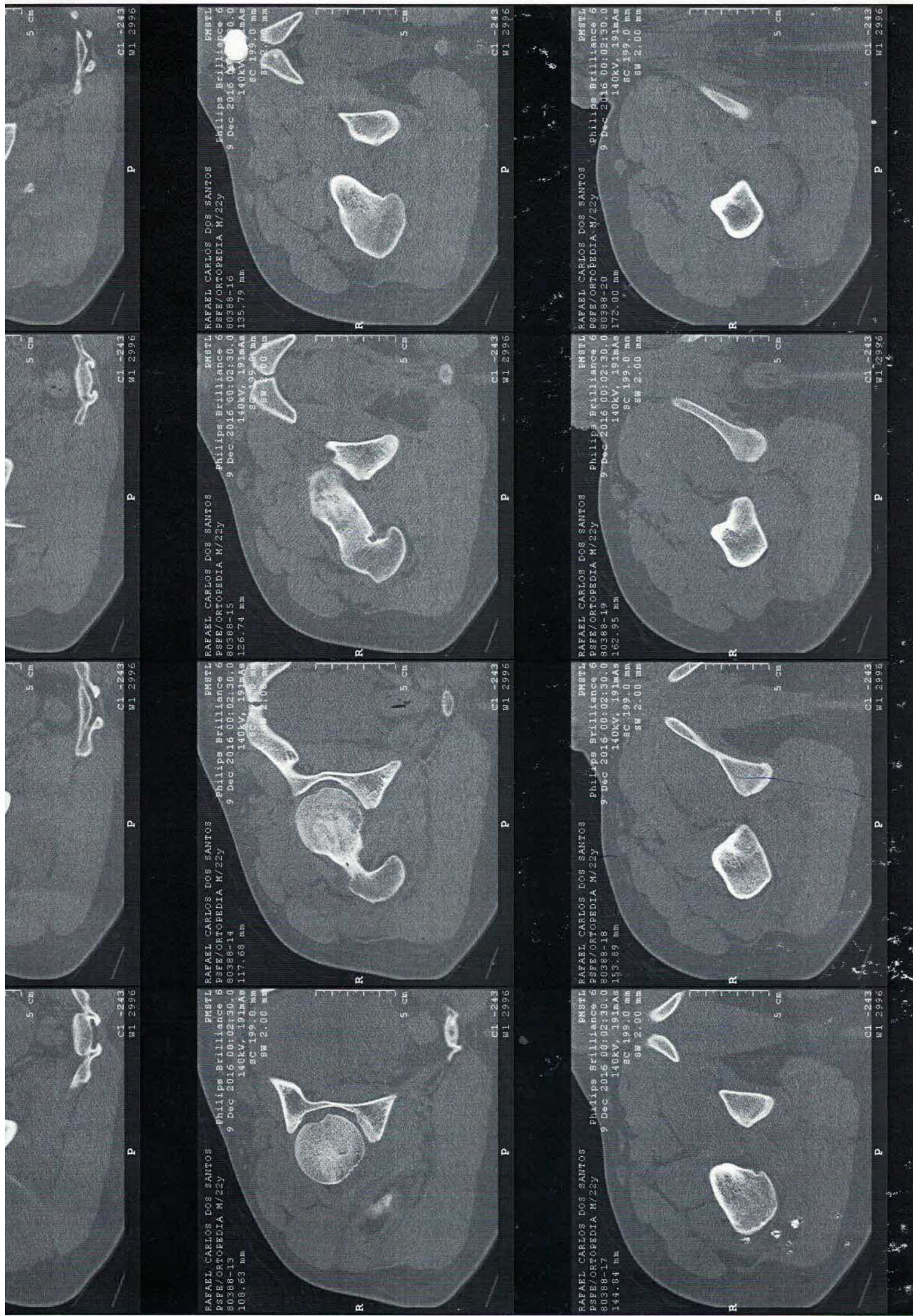
8/12/2016 20:28:06

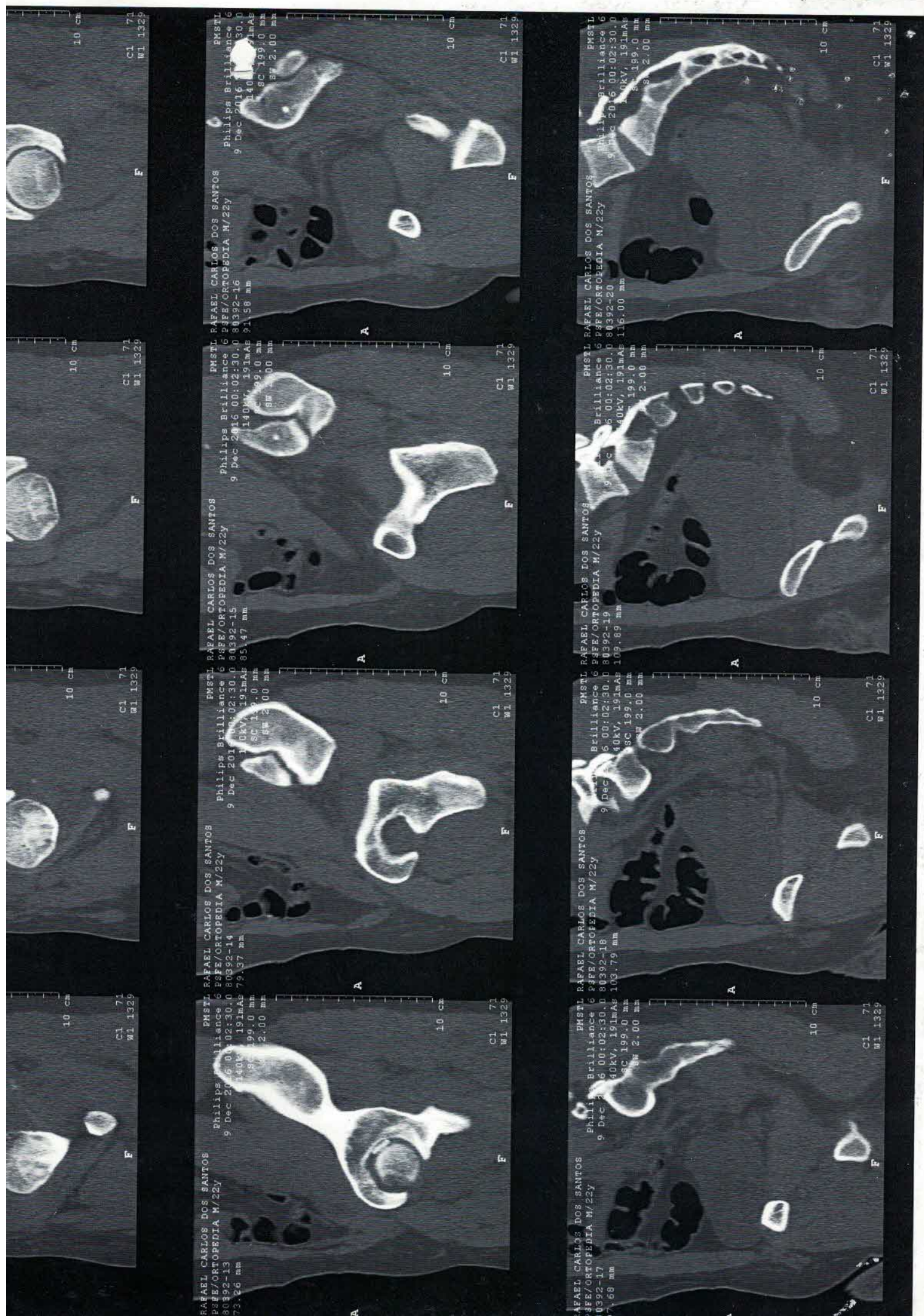
73.1 %

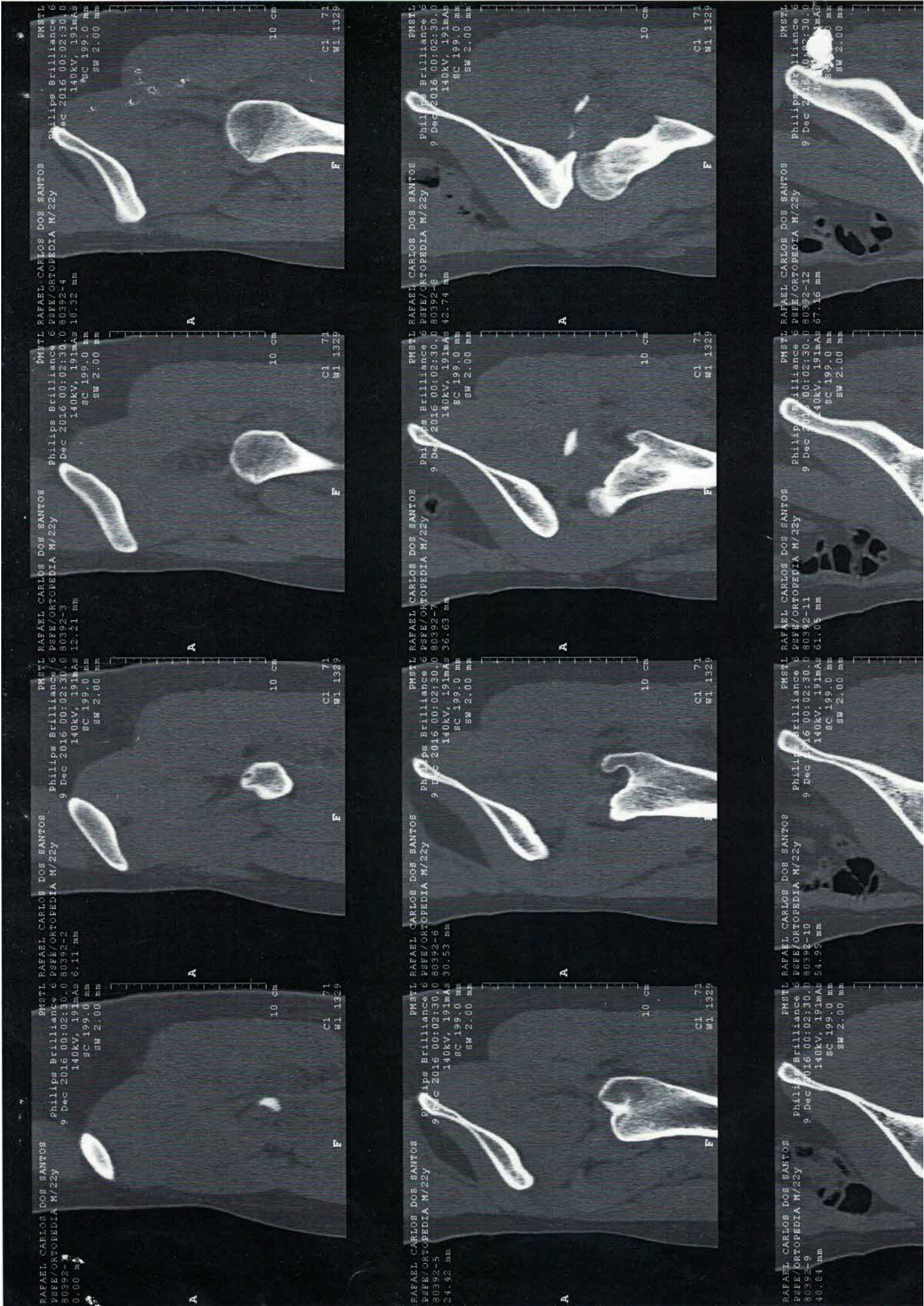


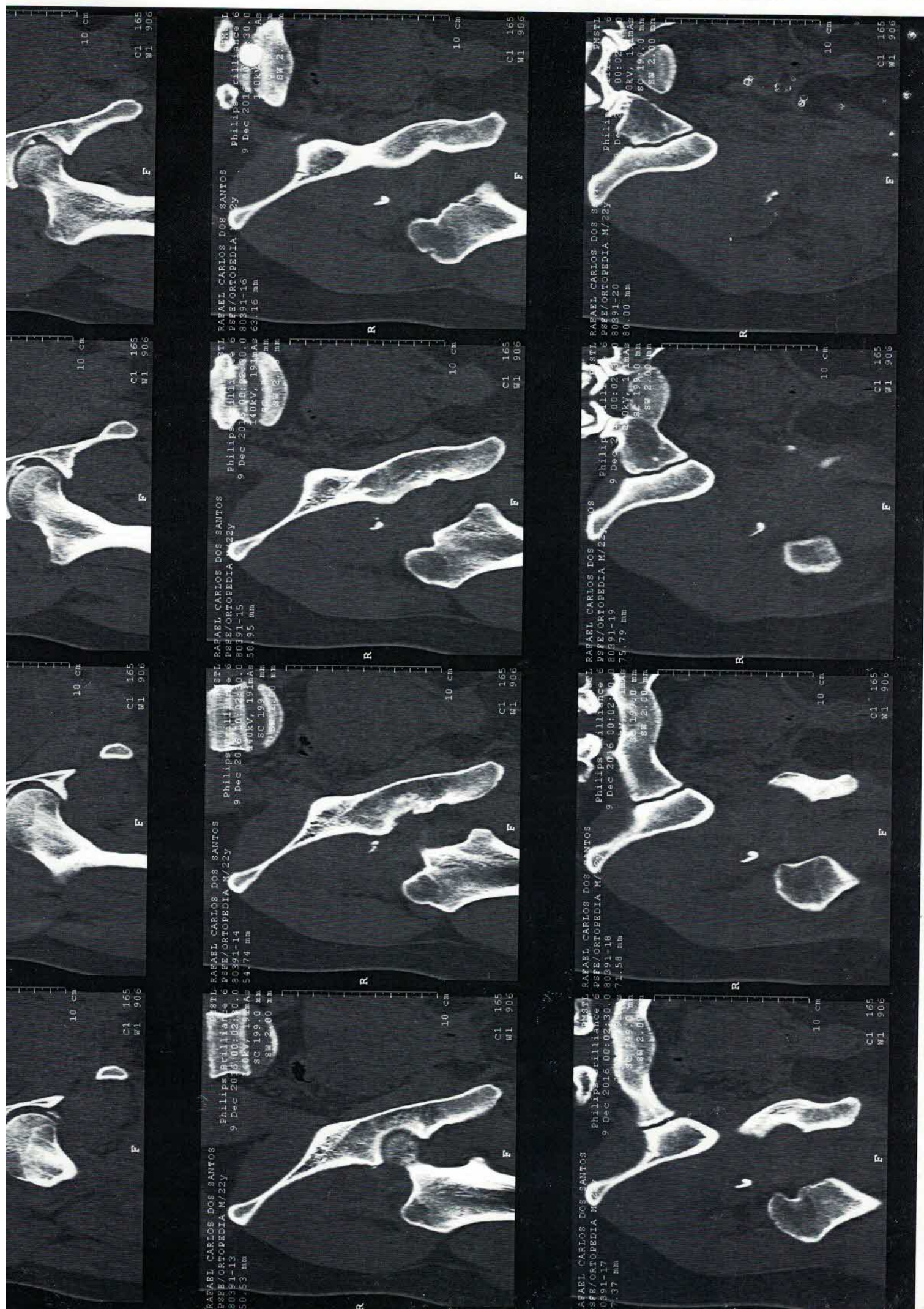




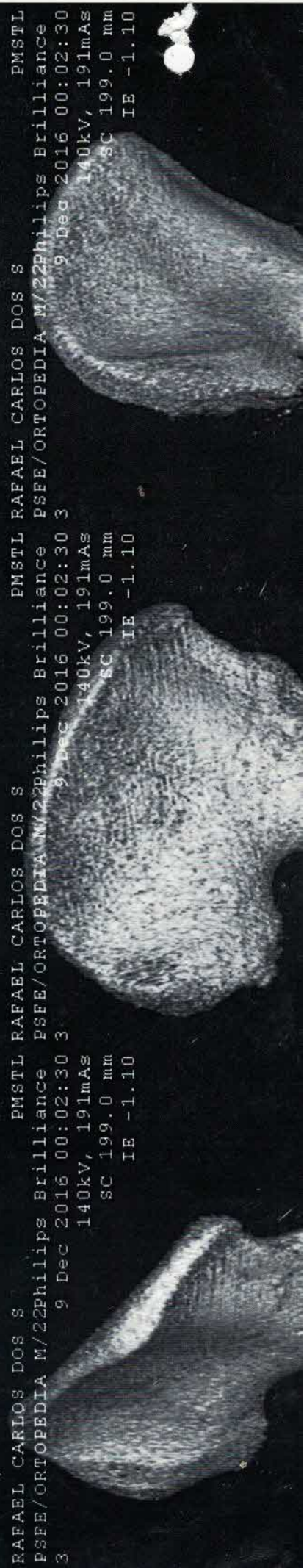


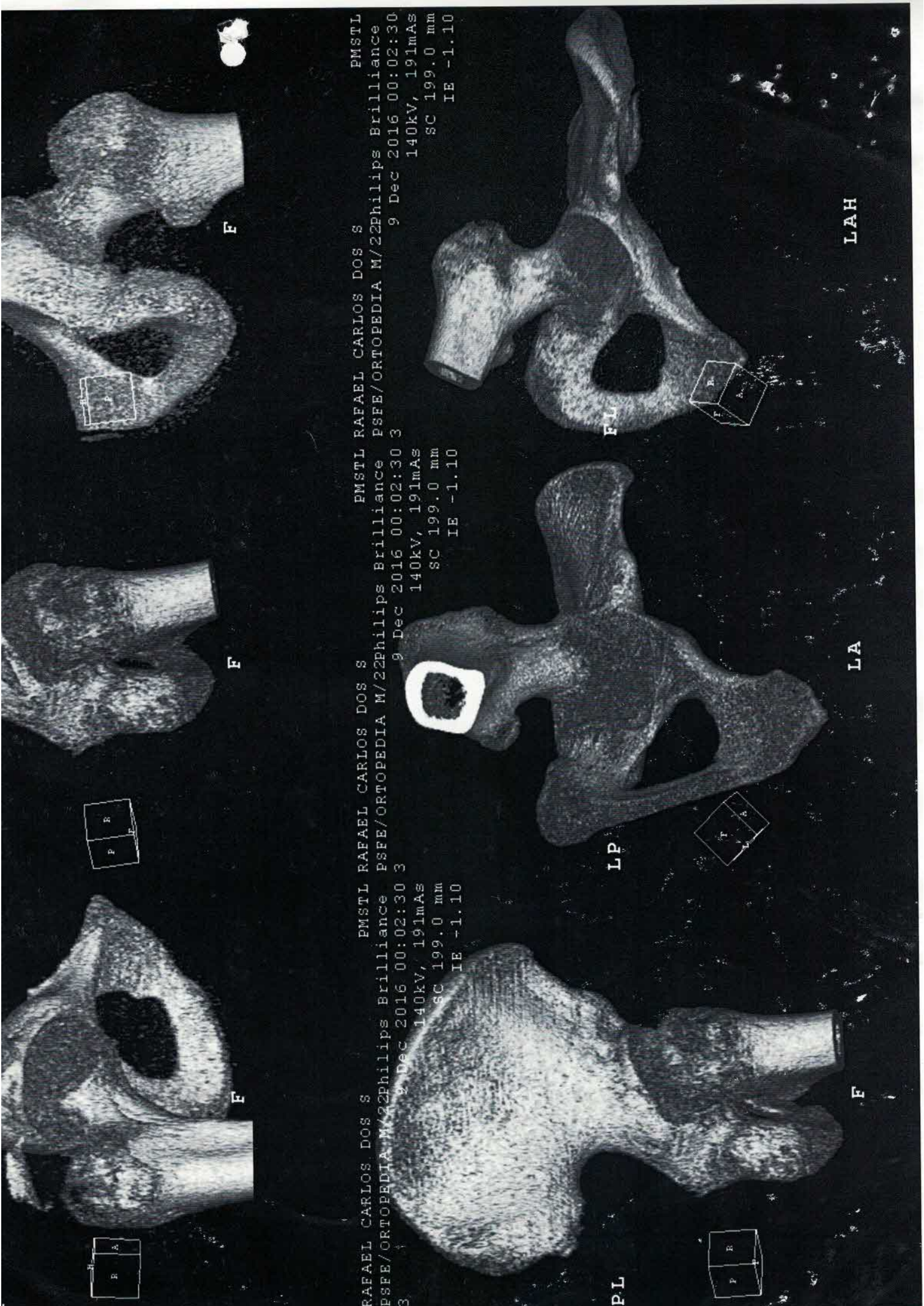


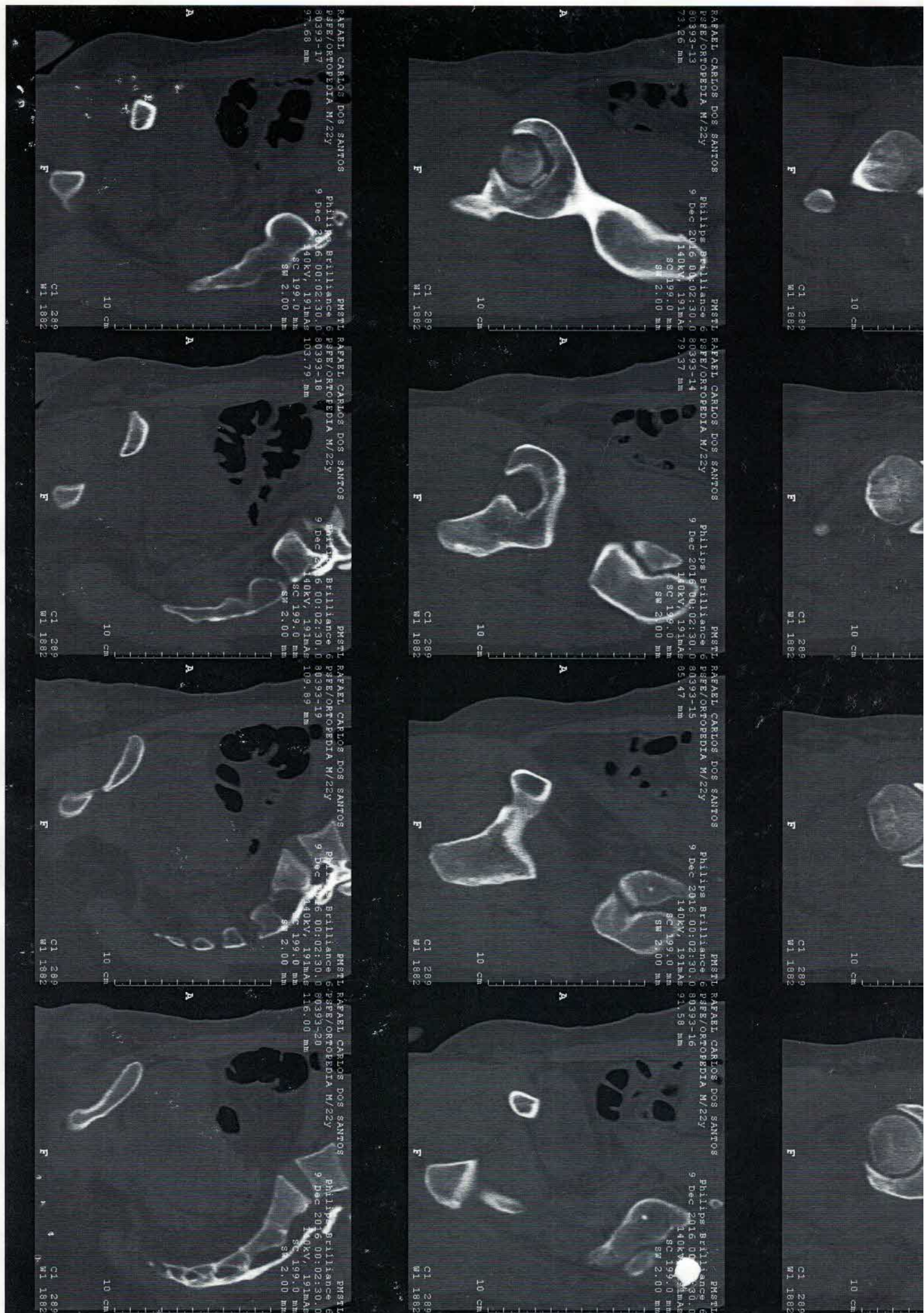


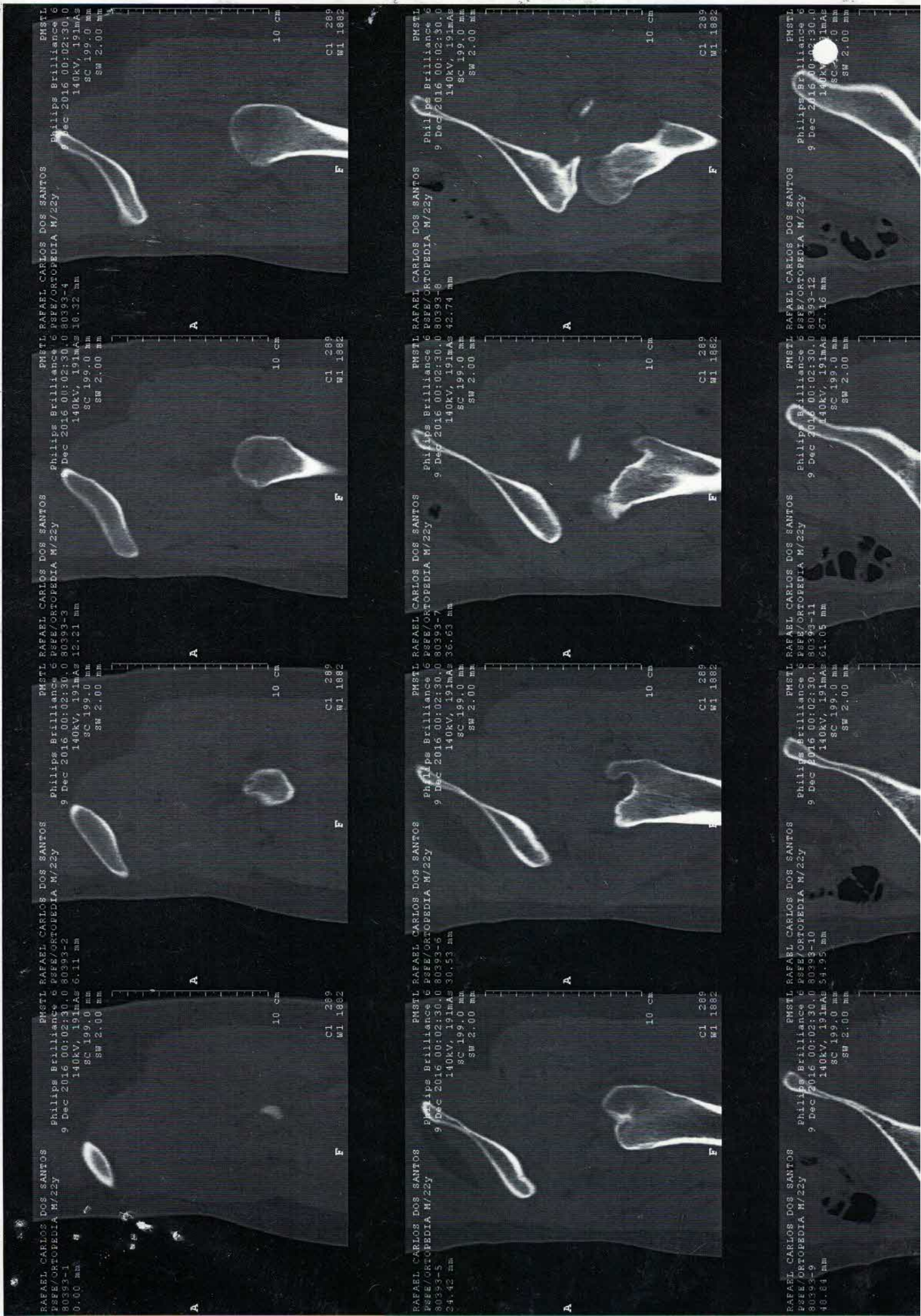


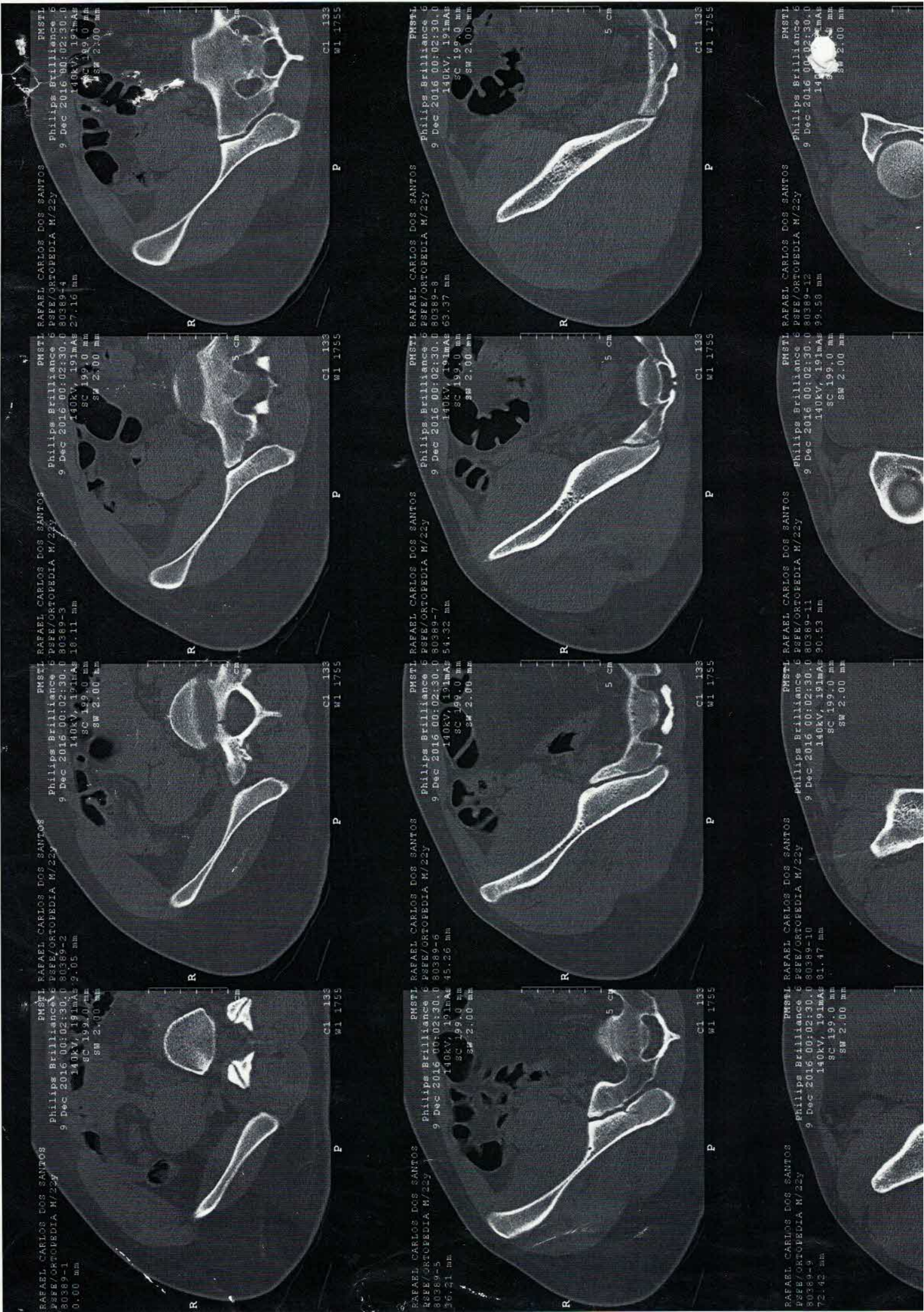


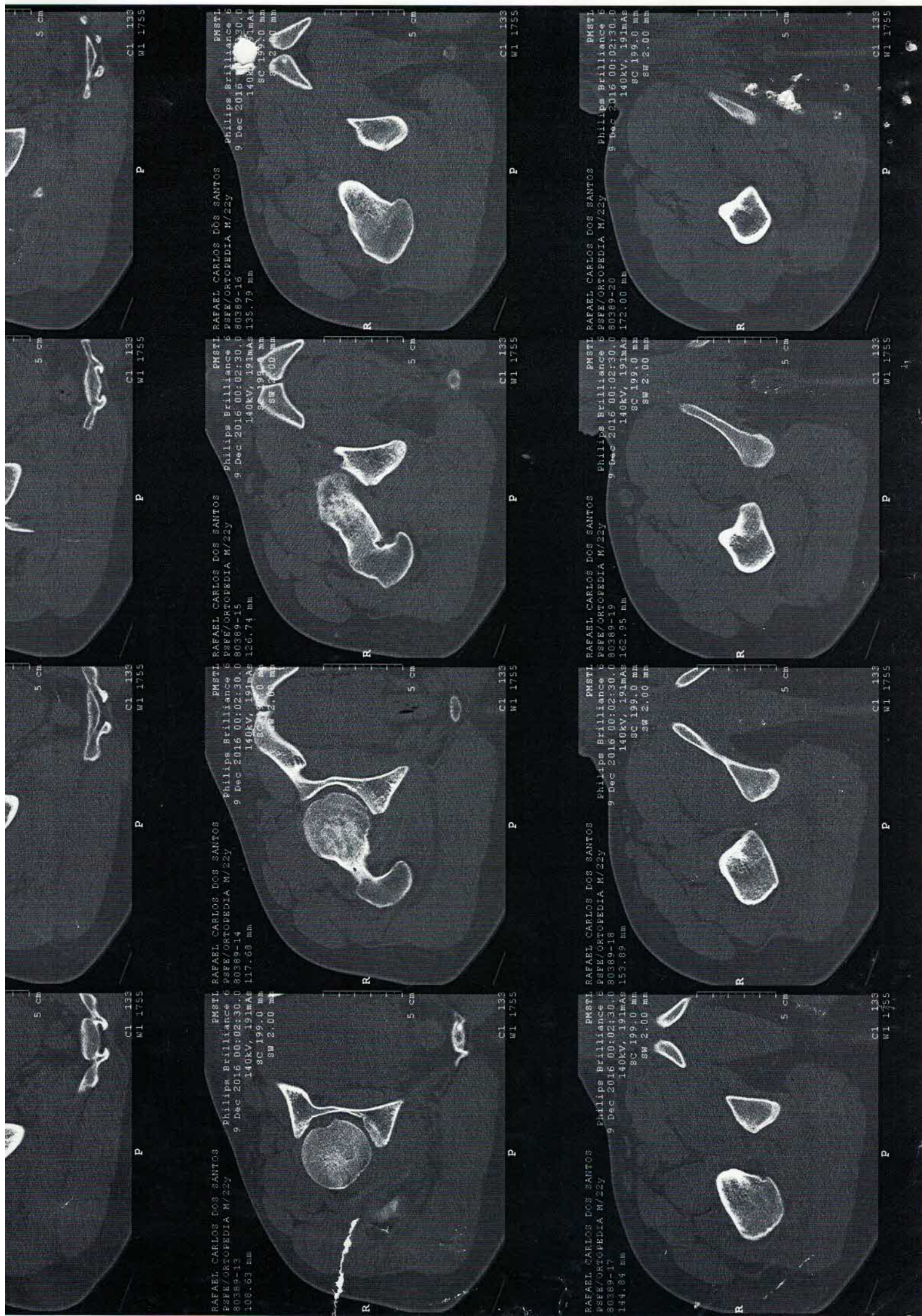












SINISTRO 3190222399 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 01879285258

Posição em 29-03-2019 09:37:54

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/04/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75