

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2513317520191011114340

Processo 0816866-43.2019.8.23.0010 - (130 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Reais					
Realizar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
62 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 62					
500 por pág.					1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	62 11/10/2019 11:43:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		62.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2611138IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público	
		62.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2611138IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/10/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 56) JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019) e ao evento de expedição seq. 57.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
	61 04/10/2019 08:47:44	RENÚNCIA DE PRAZO DE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	60 03/10/2019 14:22:14	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 03/10/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 56) JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019) e ao evento de expedição seq. 58.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	59 03/10/2019 14:21:02	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)	GEÓRGIA NAJADE ELUAN PERONICO Analista Judicário		
	58 03/10/2019 13:56:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)	GEÓRGIA NAJADE ELUAN PERONICO Analista Judicário		
	57 03/10/2019 13:56:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)	SAMIR DE ARAÚJO XAUD Perito		
<input type="checkbox"/>	56 02/10/2019 22:11:02	JUNTADA DE LAUDO	Adahra Catharinie Reis Menezes Analista Judicário		
	55 24/09/2019 10:34:11	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: SAMIR DE ARAÚJO XAUD habilitado até 23/12/2019 (90 dias)	Nestor David Santana de Souza Estagiário		
	54 05/09/2019 13:49:09	LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 05/09/2019 - Referente ao evento de expedição (seq. 50) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/08/2019 09:19:27). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Antonio Edimilson Vitalino de Sousa Oficial de Justiça		
<input type="checkbox"/>	53 05/09/2019 11:31:00	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 50) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/08/2019 09:19:27). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	SISTEMA CNU		
	52 04/09/2019 00:04:15	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 45.	Giceane Moraes Da Silva Servidor Central de Mandados		
	51 30/08/2019 12:38:27	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 50) em 29/08/2019 09:19:27. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado : Antonio Edimilson Vitalino de Sousa. Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	50 29/08/2019 09:19:27	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/08/2019 12:15:30). Natureza: Intimação. Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS. Identificador do Cumprimento: 0005.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	49 28/08/2019 08:22:25	RENÚNCIA DE PRAZO DE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	48 28/08/2019 08:21:24	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 28/08/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 44.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	47 27/08/2019 14:42:54	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/08/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 45.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
<input type="checkbox"/>	46 27/08/2019 12:17:18	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/08/2019 12:15:30)- Natureza: Intimação. Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. Identificador do Cumprimento: 0004.	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judicário		
	45 27/08/2019 12:15:42	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judicário		
	44 27/08/2019 12:15:42	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	43 27/08/2019 12:15:30	EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA Referente ao evento (seq. 42) CONCEDIDO O PEDIDO (22/08/2019 16:03:23). Identificador do Cumprimento: 0003.	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	42 22/08/2019 16:03:23	CONCEDIDO O PEDIDO	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado		
<input type="checkbox"/>	41 22/08/2019 13:58:59	JUNTADA DE CERTIDÃO	DIEGO MARCELO DA SILVA Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	40 21/08/2019 15:33:40	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Nestor David Santana de Souza Estagiário		
	39 21/08/2019 15:30:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO Responsável: Rodrigo Bezerra Delgado	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judicário		
<input type="checkbox"/>	38 21/08/2019 10:50:22	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (10/08/2019)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	37 20/08/2019 14:10:44	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 20/08/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) RETORNO DE MANDADO (10/08/2019) e ao evento de expedição seq. 36.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado		
	36 12/08/2019 12:58:24	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (10/08/2019)	Nestor David Santana de Souza Estagiário		
	35 12/08/2019 12:58:09	JUNTADA DE COMPROVANTE Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 24) em 15/07/2019 - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (15/07/2019). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Martha Alves dos Santos Oficial de Justiça		
<input type="checkbox"/>	34 10/08/2019 01:13:02	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/07/2019 14:18:05). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Nestor David Santana de Souza Estagiário		
	33 09/08/2019 15:57:28	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: mauro luiz schmitz ferreira habilitado até 07/11/2019 (90 dias)	Nestor David Santana de Souza Estagiário		
	32 09/08/2019 15:57:21	REMOÇÃO DE HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito: mauro luiz schmitz ferreira	100% AI VFC RARRRAS FII HO		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08168664320198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 9 de outubro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075231-5

Nr. da Autenticação 0EE5F4251A2AB467

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190222399 **Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: 08/12/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **033**

Agência: **000003436**

Conta: **000001075231-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190222399 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA+TRAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190222399 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA+TRAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2013

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Nº CADASTRO	DATA DE EXPEDIÇÃO
30.352	17/07/2002
NOME: DIANA AMORIM DE SOUZA LOPES	
P. J. NOME: ERNESTO ALVES DE SOUZA , LIDIA	
P. J. NOME: CASTRO AMORIM	
RESIDÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO:
200 VISTA-KR	14/03/1971
DOC. DIREITO:	
CC. 3756 F.260 L.2-12 B.200 VISTA-HR.	
CNPJ:	204310362
Ramiro Francisco da Silveira	

BLOCO A

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 1108 - AEROPORTO

HG

000693942	08/12/2016 20:28:07	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 15-
Paciente RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Data Nascimento 20/03/1994	Idade 22 A 8 M 19 D	CNS 898003016283753	CPF ⁰⁷ 01879285258	Prontuário	
Type Doc IDENTIDAD	Documento 3307646	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão M	Estado Civil SOLTERO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade MANAUS - AM
Mãe MARIA SIMONE DOS SANTOS	Pai CARLOS MAGNO BATISTA DOS SANTOS				Contato (95) 99175-6718	
Endereço RUA - VICENTE FIGUEIRA DE MELO - 56 - CAMBARA - BOA VISTA - RR					Ocupação ESTUDANTE	
Classe de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autenticação	Se. Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE E E MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Sector GRANDE TR/ UMA	Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: LIZA MARIE		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
		22 MAR 2016				
Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : 01			AD: 1234 RV: 12345 MRV: 12345			
Exame Físico	<p>Vitória e cicatrizes frente - rotulações, reflexos normais / urdij D</p> <p>luxação aderida</p>					
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS					
PRESCRIÇÃO	Dr. Elder Soares		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Rx: luxação aderida Rx: luxação aderida						
1. Rx: luxação aderida						
2. Rx: luxação aderida						
3. Rx: luxação aderida						
Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1628/RR						
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Resserva <input type="checkbox"/> Transferência para:					
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (AM-24h) <input type="checkbox"/> Informação Data e Hora da Saida/Alta:					
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família () IMI Anatomia Patológica					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresión por: lizamaria

Dr. CALANORIAN
CIRURGICO
2016



- Tem filhos 5, 2 anos.
e uns de Genesio. Acanga. Tia maranheira

15/03/2019
Forma de Resposta ao Trabalho [Educação motorizada]
Assunto: [Resposta ao Trabalho]
Exemplo: Pediatria e Endocrinologia
no Centro de Magistério para a Atenção

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

Agravos:

Nº Not.

Data:

Notificador



01/03/2019
Sheila



114-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**PACIENTE: Rafael Santos no 2065. LEITO:DIAGNÓSTICO: Luxação de ombro direito DATA: 28 / 12 / 16

ITEM	DESCRÍÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mg de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7.	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>300-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	300-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>IR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	IR	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
300-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	IR																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

Dr. Elder Soares
 Médico Residente
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM 1828/RR

Grau

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				



BOLETIM OPERATÓRIO

ÁREA DE MINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

ÁREA DE MINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Data _____

O.S. 06

Afect Corrigir Sos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Eduardo 1º AUXILIAR: Fábio Rd

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

O paciente em D.G.H com M.P. Góspodarow, Sibylle
Anestesia:

1º Tumor e nódulo L Relevo.

2º Ac RFA

ÁREA DE MINISTROS - OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
GENTE SEGUINDEIRA S/A Av. Getúlio Vargas, 60 - Centro - RJ


 Dr. EDUARDO P. POCO
 CRM-RJ 1161

01 MAR 2019
Sheila
CRM-RJ 1161



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Rafael Cordeiro dos Santos Júnior</i>	APT OU LEITO <i>COT</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>05 / 12 / 16</i>		
		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
<i>re. luxação fémur ①</i>		<i>19:22</i>	<i>23:25</i>		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dra. Edilene</i>	ANESTESISTA: <i>Dra. Edilene</i>				
1º AUXILIAR <i>Dra. Hilária</i>	RES. ANESTESIA: <i>Dra. Edilene</i>				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE <i>Socorro, Raimundo, Rodolfo, Raimunda, Enf. Rebeca</i>					
TIPO DE ANESTESIA: <i>General EN</i>					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS-SORO FÍSIOLOGICO 500ml <i>entubação</i>	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS-SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
12	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	(P/M)		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: 15ml de FVPI digerente	

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

Shedé



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Ronaldo de Souza
Cirurgião Responsável: _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

(PACIENTE CONFIRMOU)

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Faseamento
- Consentimento

(Anestesiista _____)

(Anestesiista _____)

(Assinatura e Carimbo _____)

(Data _____)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

(4) CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

(4) CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMERO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

(4) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(4) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

EXOCURSÃO DO CIRURGIÃO
 PATOLOGIA E ESTÁDIO DA INCISÃO
 ONDE E DO PACIENTE
 EQUIPAMENTO PROBLEMA COM
 EQUIPAMENTO PODE SER RESOLVIDO

(4) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(4) CADIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

(4) O PACIENTE POSSUI:

(4) ALERGIA CONHECIDA

- Não
- Sim

(4) VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
- Sim, e equipamento/assistência disponíveis

(4) RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- Não

(4) SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

- Técnica de fluido a ser utilizada
- Técnica de fluido a ser utilizada

(4) AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

- Sim
- Não se aplica

Data: 08 / 12 / 16

Assinatura e Carimbo _____

Hora: 23:00



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



DATA DE ADMISSÃO		08/12/2016	DIH	DN	20/03/1994
------------------	--	------------	-----	----	------------

PACIENTE	RAFAEL CARLOS DOS SANTOS				
----------	--------------------------	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL				
-------------	------------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	------	-----	------	-----	------

IDADE	22	LEITO	114-3	DATA	10/12/2016
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				16
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS				12 18:30:00
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				16
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				SN 23
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				06:00
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				KAT/12
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EURNEIGO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX DE CONTROLE

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <small>ÁREA DE SINISTRA</small> <small>22 MAR 2017</small> <small>GENTE SEGURADORA SA</small> <small>An. Capela José Bonifácio s/n - 17700-000</small> </div>	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	130x70	20		36,2		
12 H	135x7	70		35,5C		
18 H						
24 H	130x80			36,6C		



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



DATA DE ADMISSÃO	08/12/2016	DIH	DN	20/03/1994
------------------	------------	-----	----	------------

PACIENTE	RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			
----------	--------------------------	--	--	--

DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D			
-------------	--------------------------------	--	--	--

ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	------	-----	------	-----	------

IDADE	22	LEITO	114-3	DATA	12/12/2016
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
------	------------	--	--	--	---------

	DIETA ORAL, LIVRE				<i>20/03</i>
--	-------------------	--	--	--	--------------

	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				<i>12/12/2016</i>
--	-----------------------------------	--	--	--	-------------------

	CEFAZOLINA 1G, IV, 6/6HS				<i>12/12/2016</i>
--	--------------------------	--	--	--	-------------------

	CENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
--	-------------------------------	--	--	--	----------

	TENDOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				<i>12/12/2016</i>
--	------------------------------	--	--	--	-------------------

	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				<i>12/12/2016</i>
--	--------------------------------	--	--	--	-------------------

	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA.				<i>12/12/2016</i>
--	---	--	--	--	-------------------

	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>12/12/2016</i>
--	----------------------------	--	--	--	-------------------

	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				<i>12/12/2016</i>
--	--------------------------	--	--	--	-------------------

	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				<i>12/12/2016</i>
--	---	--	--	--	-------------------

	COPRILO 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>12/12/2016</i>
--	---	--	--	--	-------------------

	METICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

	INM + CCGG 6/6 H				<i>12/12/2016</i>
--	------------------	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------

					<i>12/12/2016</i>
--	--	--	--	--	-------------------



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	08/12/2016		DIH	DN	20/03/1994
PACIENTE	RAFAEL CARLOS DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	22	LEITO	114-3	DATA	14/12/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S/15</i>
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				<i>15</i>
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS				SUSPENSO
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSPENSO
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				<i>S/6</i>
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 6/6h SE DOR INTENSA				<i>6/6</i>
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>6/6</i>
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				<i>até</i>
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				<i>=</i>
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>7-10</i>
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				<i>7-10</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>R&T</i>
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	150	72	—	36.7	
12 H	14.70	68	—	36.6	
18 H	120x80	71	—	36.1	
24 H	100x80	82	—	36.0	



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



DATA DE ADMISSÃO		08/12/2016	DIH	DN	20/03/1994
PACIENTE	RAFAEL CARLOS DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	22	LEITO	114-3	DATA	16/12/2016
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				17:00
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS				SUSPENSO
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSPENSO
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/60	75		36°C
12 H				
18 H				
24 H	110/70	73		36.5°C

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



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	120-4
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP		10 04 01
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		10 22
4	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H		6
5	OMEPRAZOL 20MG EV PELA MANHA		
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		14 22 06
7	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/BH SE DOR INTENSA		SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
11	CURATIVO DIARIO		CURATIVO
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

SOLICITADO:

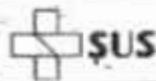
CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA:

6 H	140x7	70		56%
12 H				
18 H				
24 H	170x7	80		36%

RODRIGO ANTONIO DE MELO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA,
CRM 1826-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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Geórgio Carlos dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

154515

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810103011161218131513

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/05/94

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Senna dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

(xx) 9157011715161111

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Santa Fé, nº 56, bairro

Bela Vista

14 - CÓD. CIDR MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RJ-23030-1111

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frac. no membro traum. lento em 010 minuto suspeita de TRÂNSITO (em motocicleta).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

História clínica, exame físico e Rx

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Frac. no membro direito.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

01000101

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01000101

28 - DOCUMENTO

() CNS

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

01000101

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/12/16

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUROADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dra. Bruno A. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ

Título de Especialista
CRM/RJ: 00711-0

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

01000101

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/12/16

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

19/12/16

0408040297

5324

12299

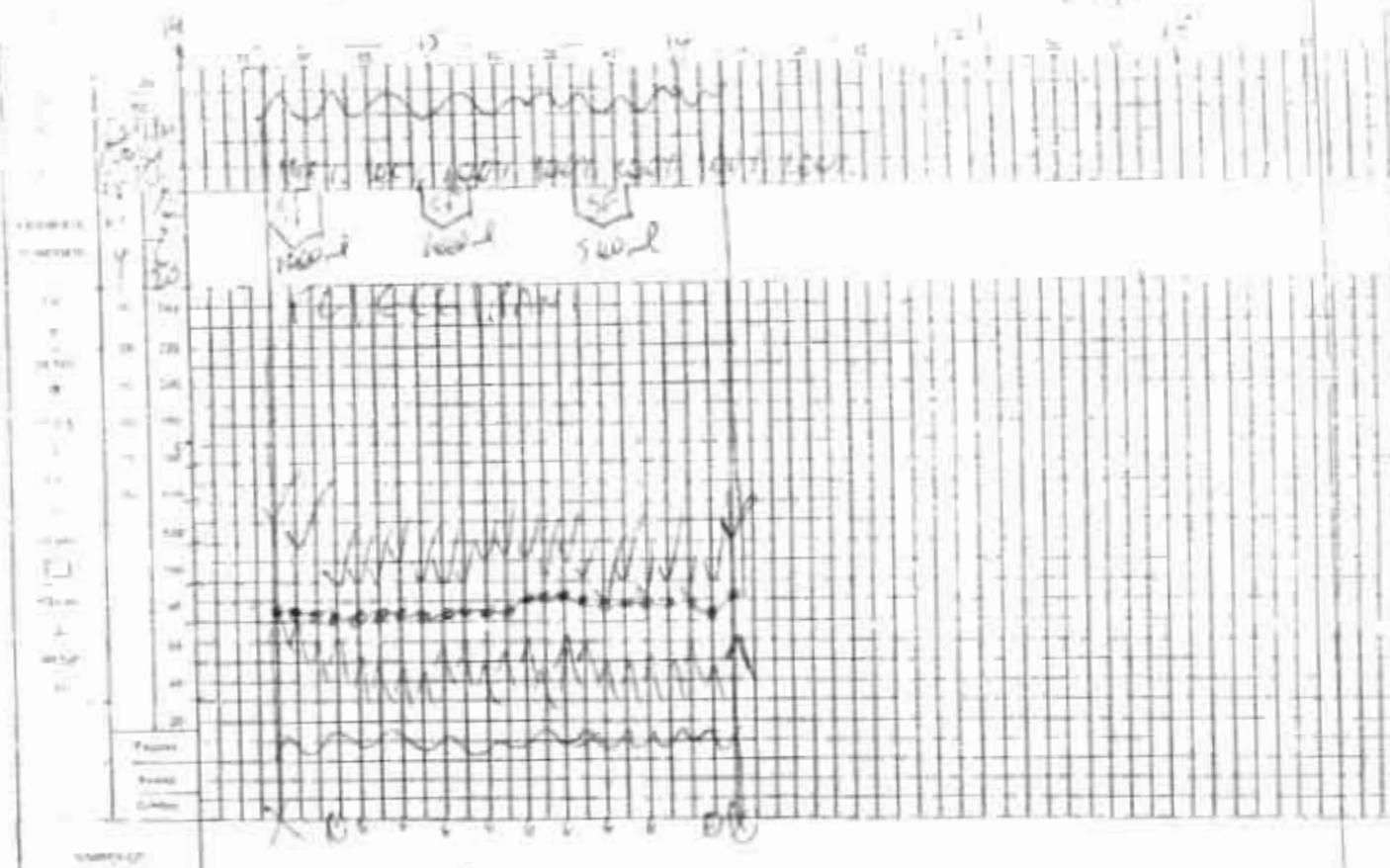
Happ. 0



1

Alvarez

Project Leader: Dr. Santos J. M. Gómez
and this is my first and second



1851 Skunk
July 23rd

also be quite large.
I hope to go to
your house about
the 25th or 26th
to keep you up to
date & very
glad to do so.
I am to write
you again soon.

new, & get at
the instant money & things
coming

Nome: RAFAEL ARNOS DOS SANTOS

DATA: 21/12/16	Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	
Prolongada	Profundidade _____ cm				
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipos de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Gérossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase * <input type="checkbox"/> AGE		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	DNAG 0				
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>Rogério</i>	02- <i>LUCIANA</i>	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:			OBS:		



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Ronaldo Luís dos Santos ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 01/11/16, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura aberta de quadril e fratura de fíbula

NO DIA 11/11/16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. Waldemar Mota E DR. José Figueira.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/11/16, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 11/11/16, 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.

Dr. Rodrigo A. Mota
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM RR 1526

11 11 16

BOA VISTA, 11/11/16

MÉDICO



12/12/2016 12:29:38

BLOCO/A U1143

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Sexo: M	Nasc: 20/03/1994	Idade: 22A
Requisição: 20098134	Setor: BLOCO A	Coleta: 19/12/2016 09:56:38	
Origem: HGR	Leito: 120-4	Emissão: 19/12/2016 11:38:13	

Coagulograma

Material: Sangue Total

Método: Leitura Manual

		<i>Referência</i>
TTPA	41°	27 - 38
Atividade Enzimática	-	70 - 100
Tempo de Protrombina (TAP)	15°	10 - 14
RNI	1.09	1.0 - 1.08 (2.0-3.5)

Observação:

Wellington R. S. Cizino de Paiva
 Farmacêutico Bioquímico
 CRF-RR 160



Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Sexo: M Nasc: 20/03/1994 Idade: 22A

Requisição: 20098134

Setor: BLOCO A

Coleta: 19/12/2016 09:56:38

Origem: HGR

Leito: 120-4

Emissão: 19/12/2016 11:38:13

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

			Referência
LEUCOCITOS	7.43	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10,00
NEUTROFILOS	63.90	%	50,0 - 70,0
LINFOCITOS	26.20	%	20,0 - 40,0
MONOCITOS	5.40	%	3,0 - 12,0
EOSINOFILOS	3.70	%	0,5 - 5,0
ASOFILOS	0.80	%	0,0 - 1,0

Eritrograma

			Referência
ERITROCITOS	4.19	$\times 10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.70	g/dL	11,0 - 16,0
HEMATOCRITO	33.90	%	37,0 - 54,0
VCM	80.80	ug/mL	80,0 - 100,0
HCM	27.90	pg	27,0 - 34,0
CHCM	34.60	g/dL	32,0 - 36,0
RDW CV	12.50	%	11,0 - 16,0
RDW SD	43.60	fL	35,0 - 56,0

Plaquetograma

			Referência
PLAQUETAS	307.00	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MPM	6.60	fL	6,5 - 12,0
ADP	15.20		9,0 - 17,0
PCT	0.203	%	1,08 - 2,82

Denise Calheiros Pena
 Farmacêutica Bioquímica
 CRF-RR 089



Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS	Sexo: M	Nasc: 20/03/1994	Idade: 22A
Requisição: 20098134	Setor: BLOCO A	Coleta: 19/12/2016 09:56:38	
Origem: HGR	Leito: 120-4	Emissão: 19/12/2016 11:38:13	

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

		Referência
CREATININA	0.86	mg/dL 0.4 - 1.4
GLICOSE	89.59	mg/dL 65.0 - 99.0
UREIA	45.14	mg/dL 15.0 - 45.0

Edinalva S. Oliveira
 Farmacêutica Bioquímica
 CRF-RR 399

D



RAFAEL CARLOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

8/12/2016 20:28:06

731%



RAFAEL CARLOS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

20/12/2016 07:45:30

5754

D

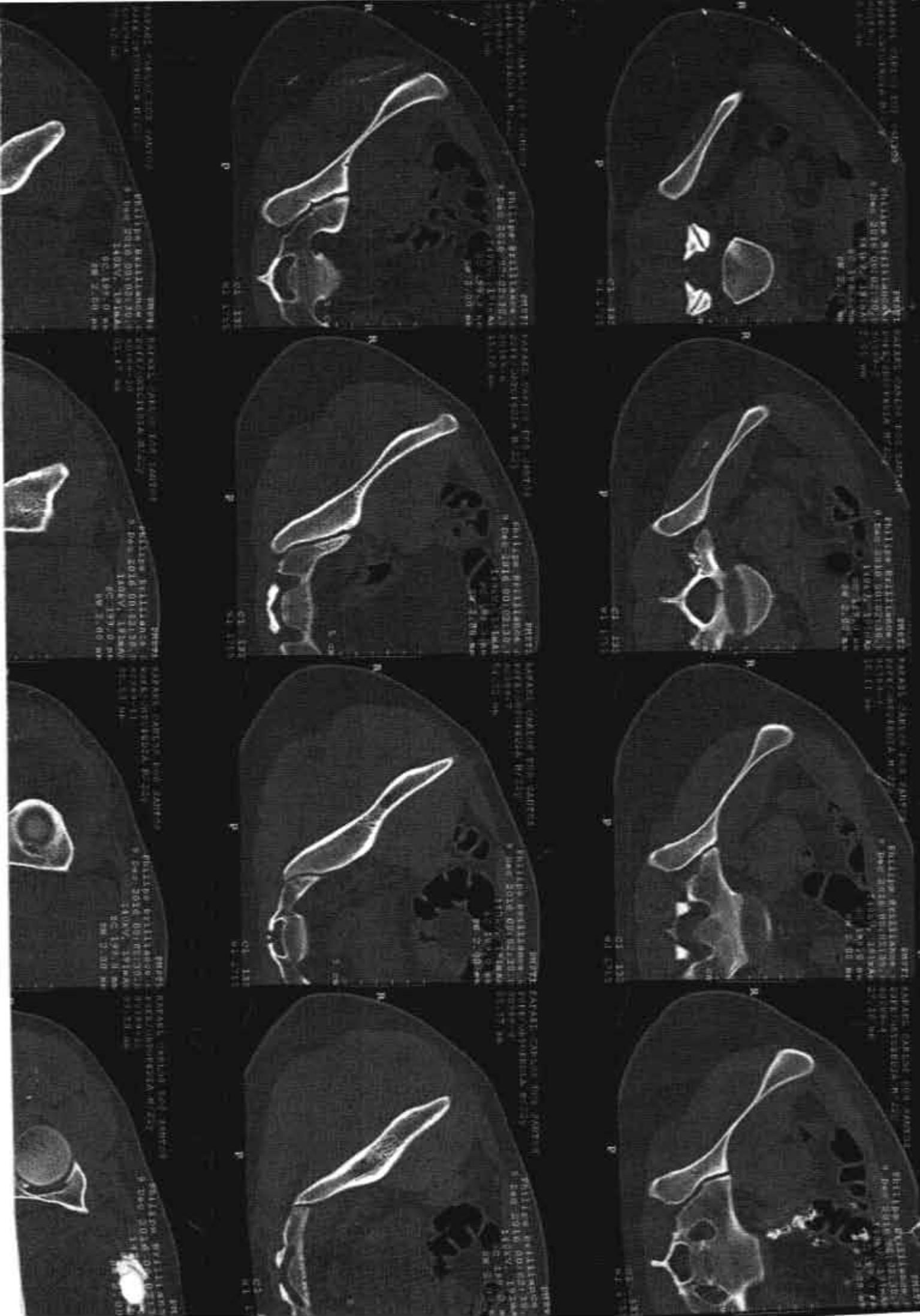


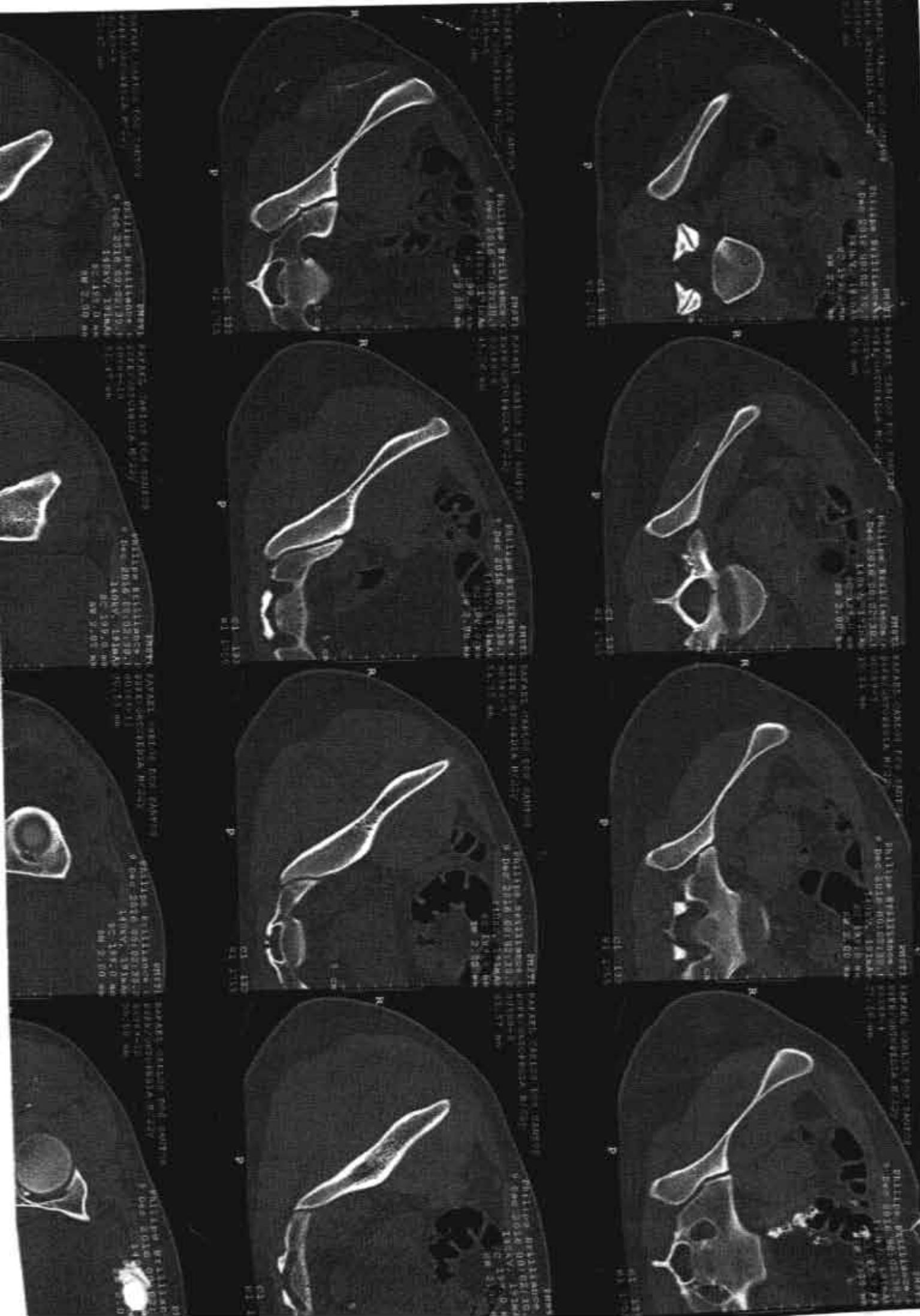
RAFAEL CARLOS

8/12/2016 20:28:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5375





FH

11

E&F&EL C&RLOS DOS SANTOS
ESTERIO DE MEXICO

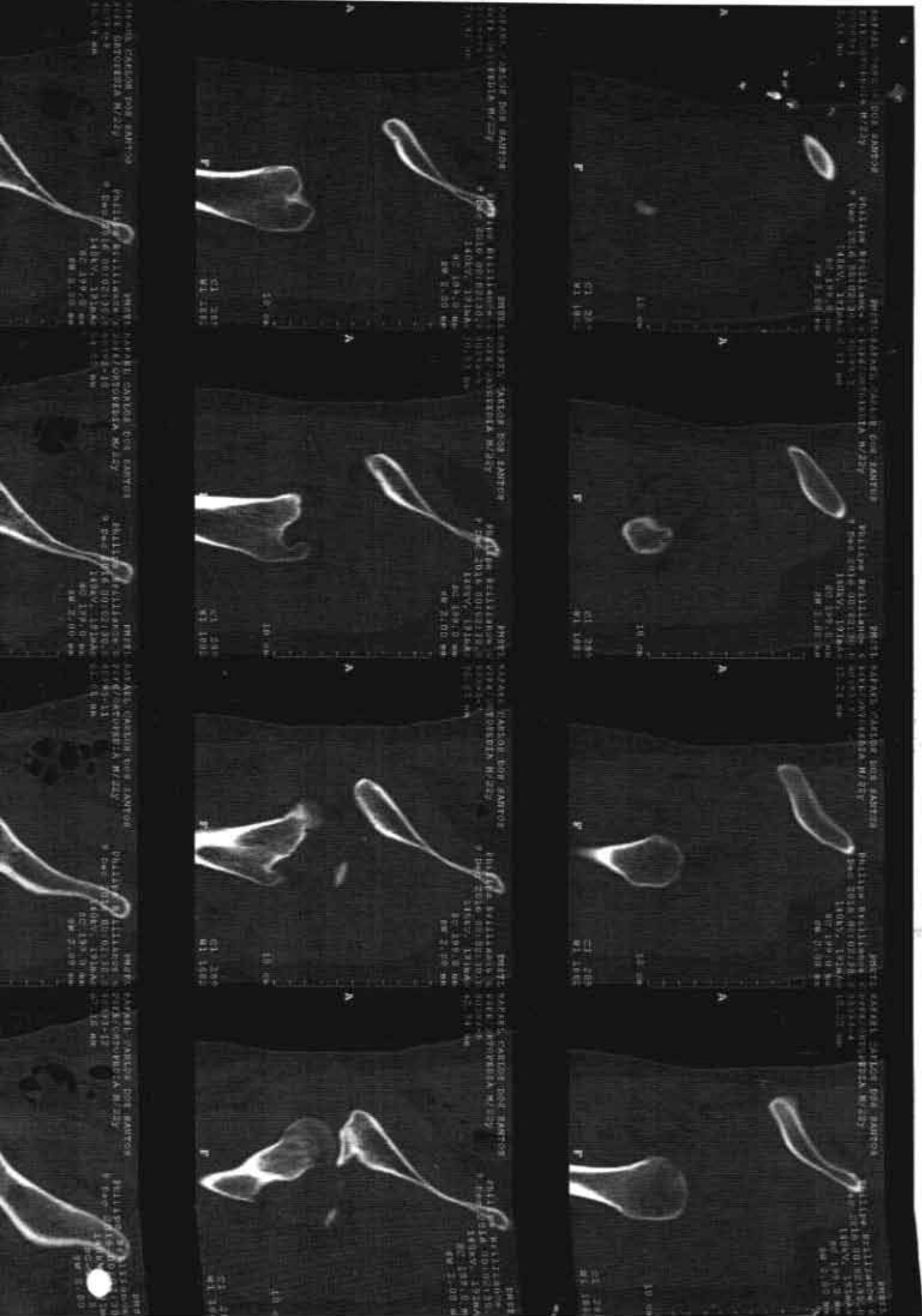
PHILIPS BRILLIANCE
9 DEC 2016 00:04:44

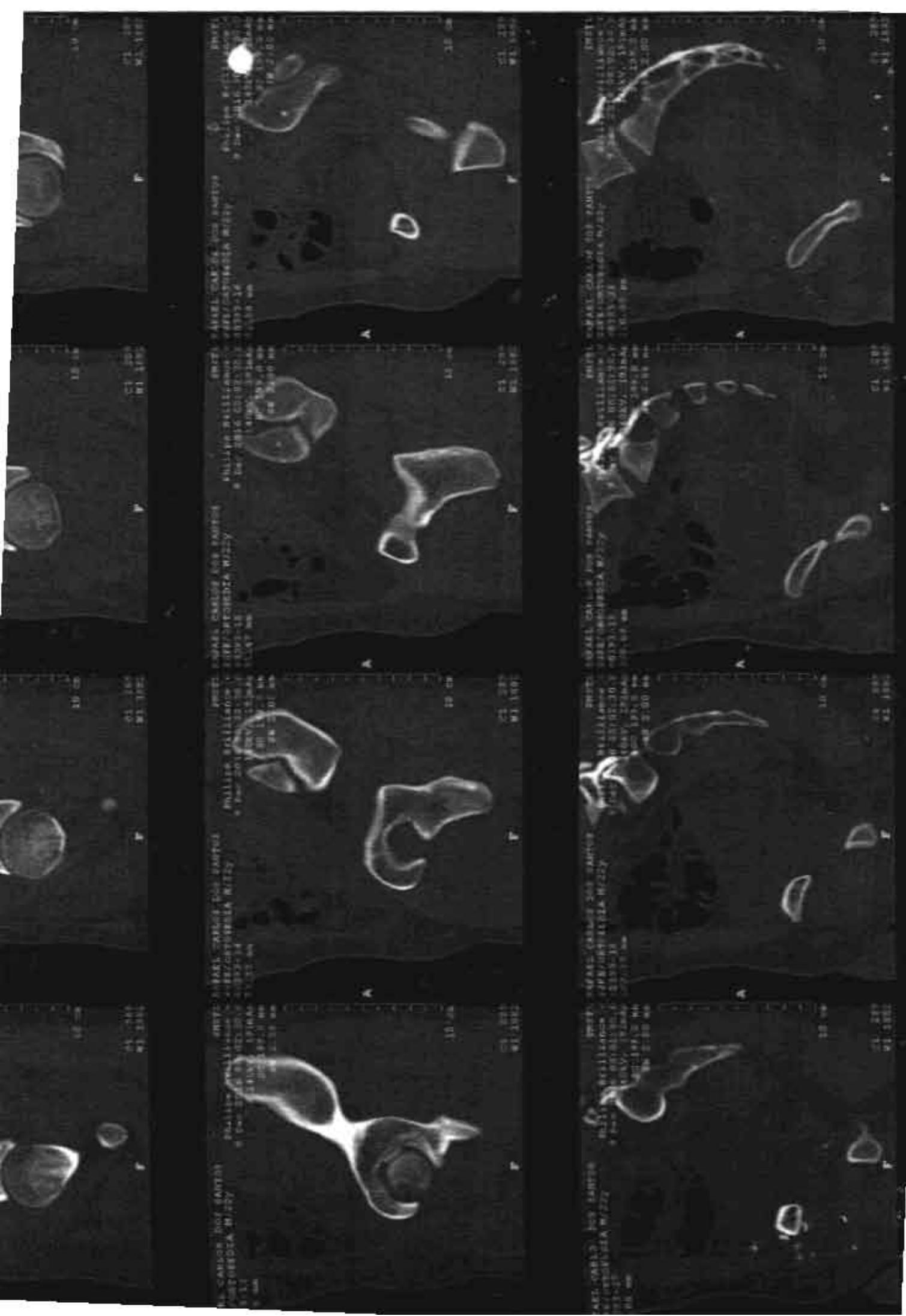
3L 246.0

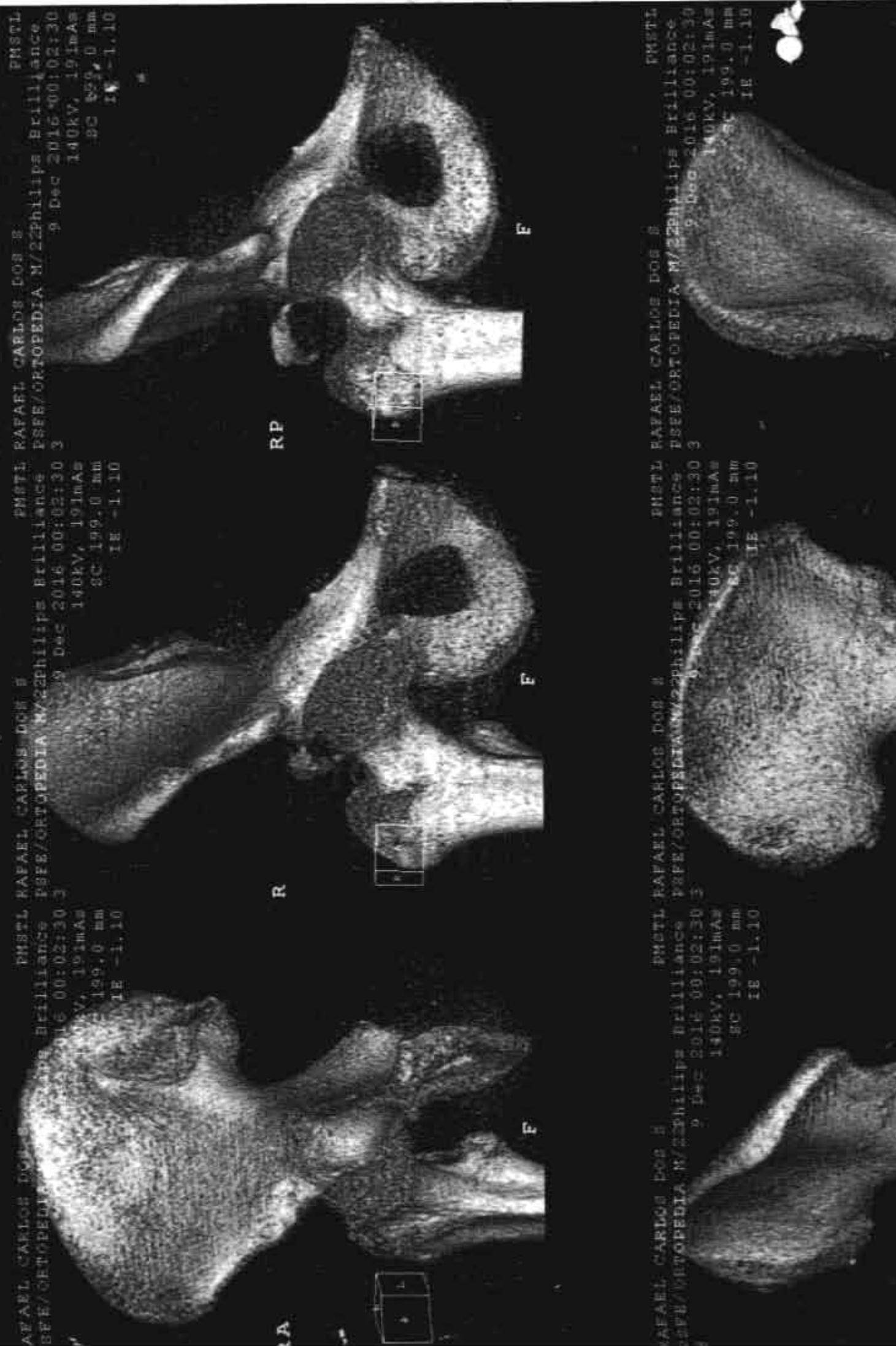
20 m.s.

455
321
01

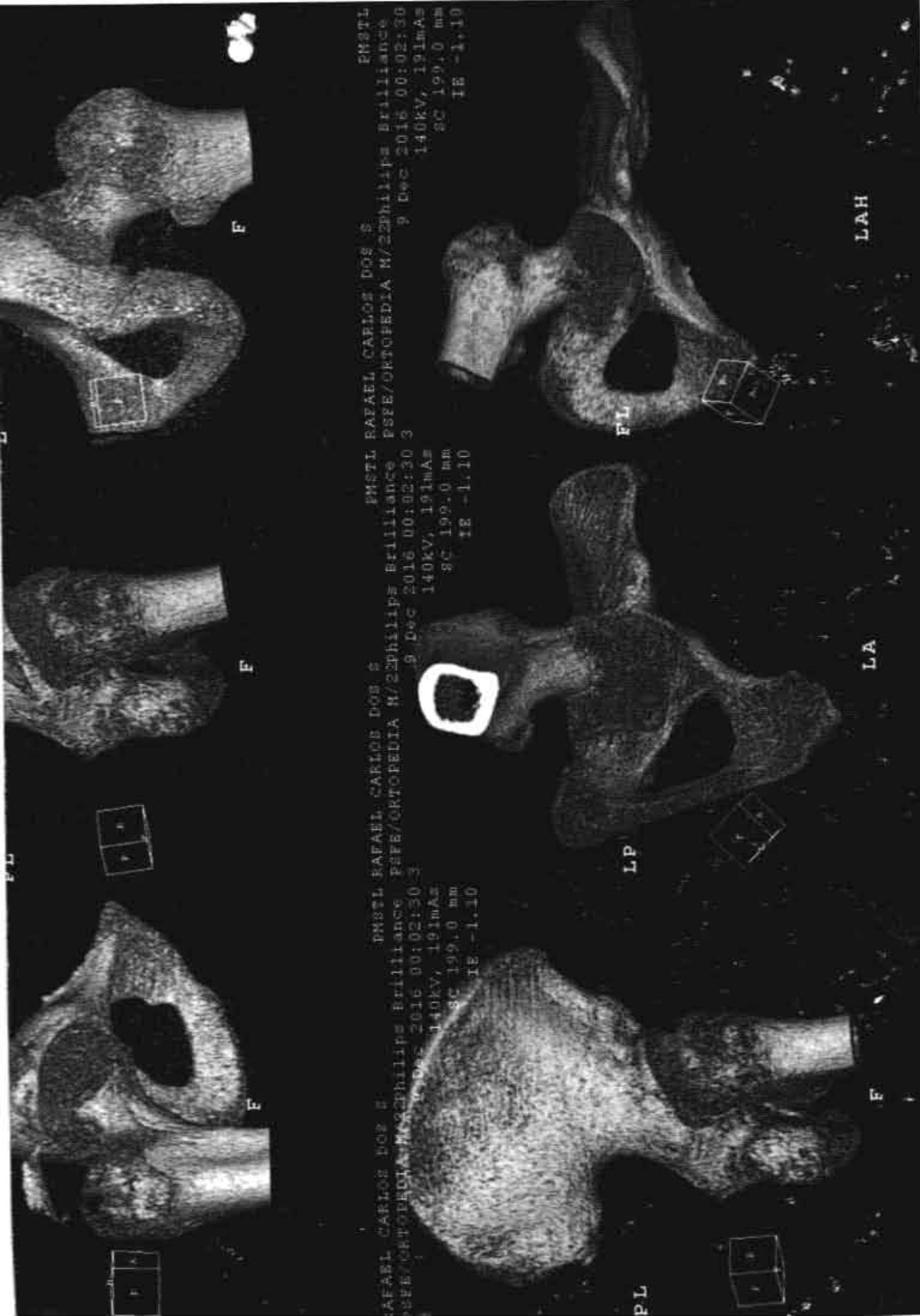
F

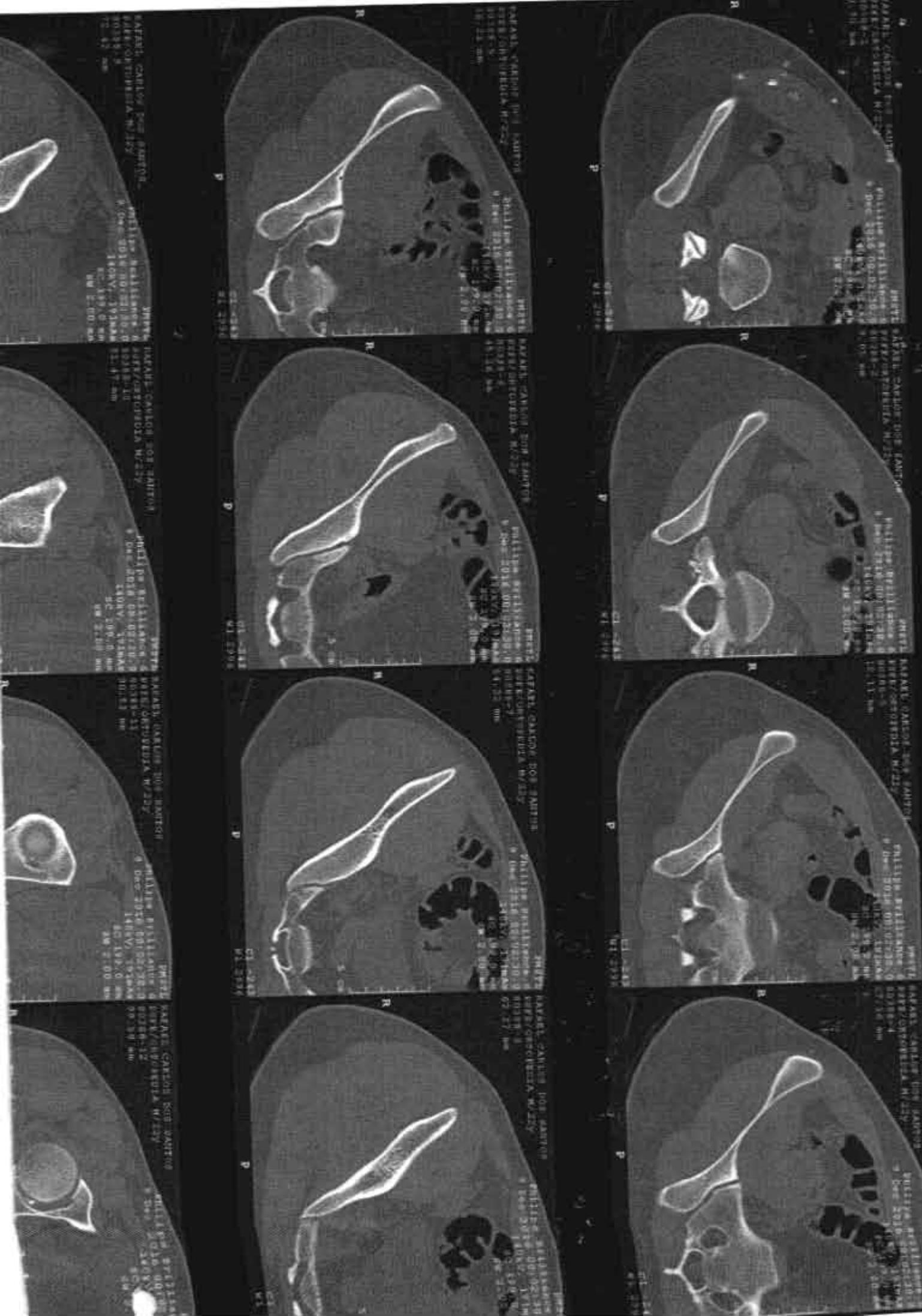


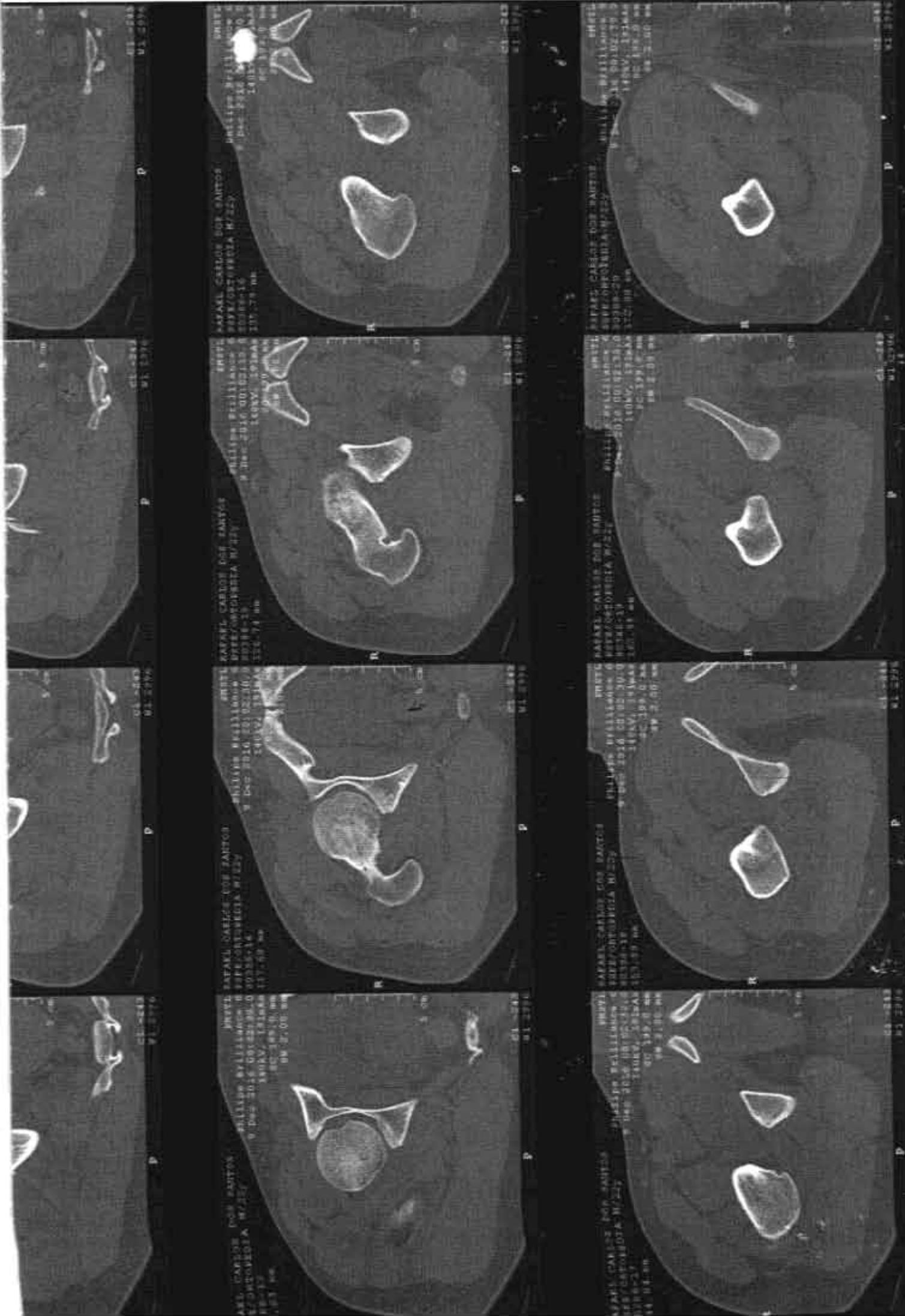


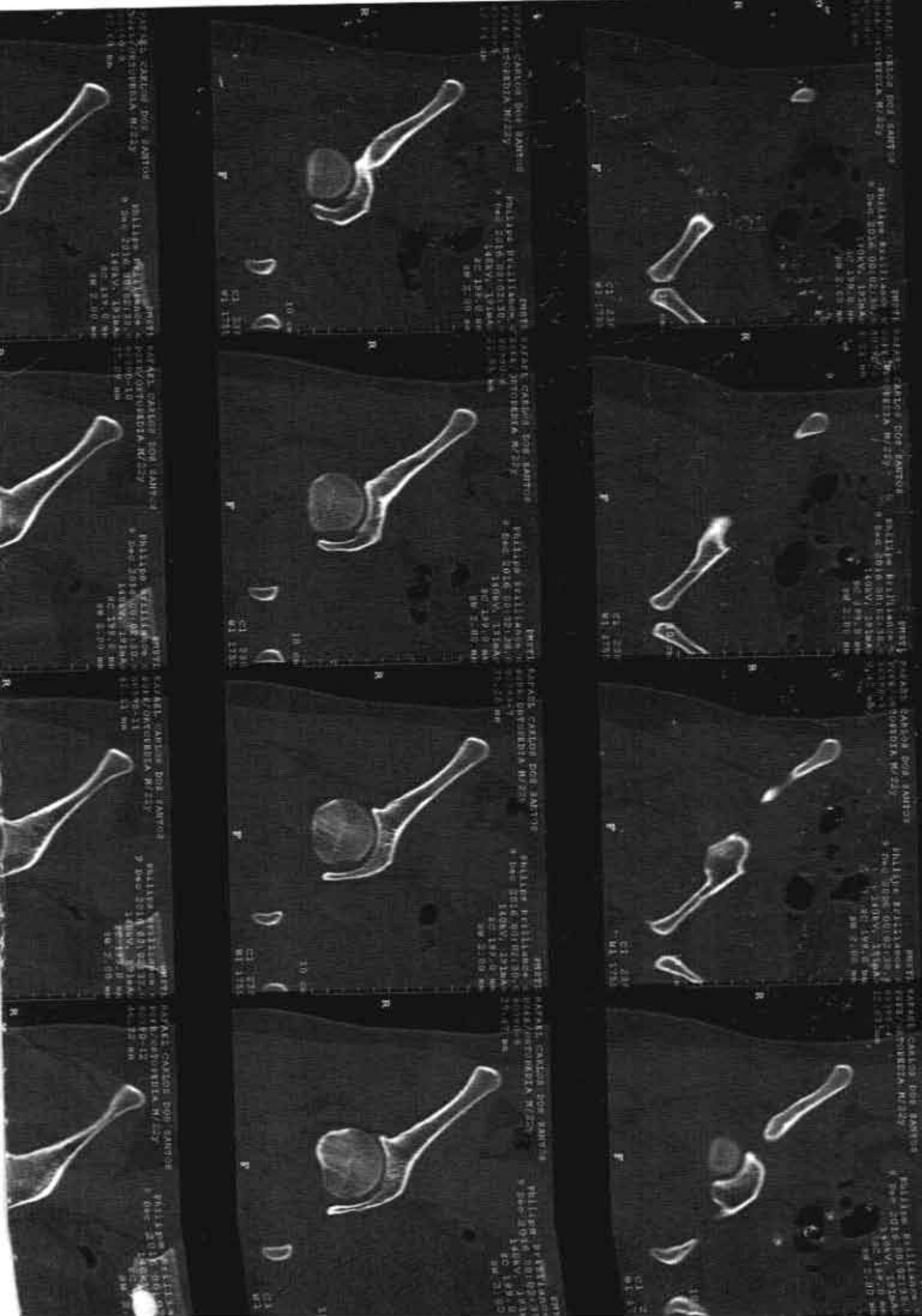


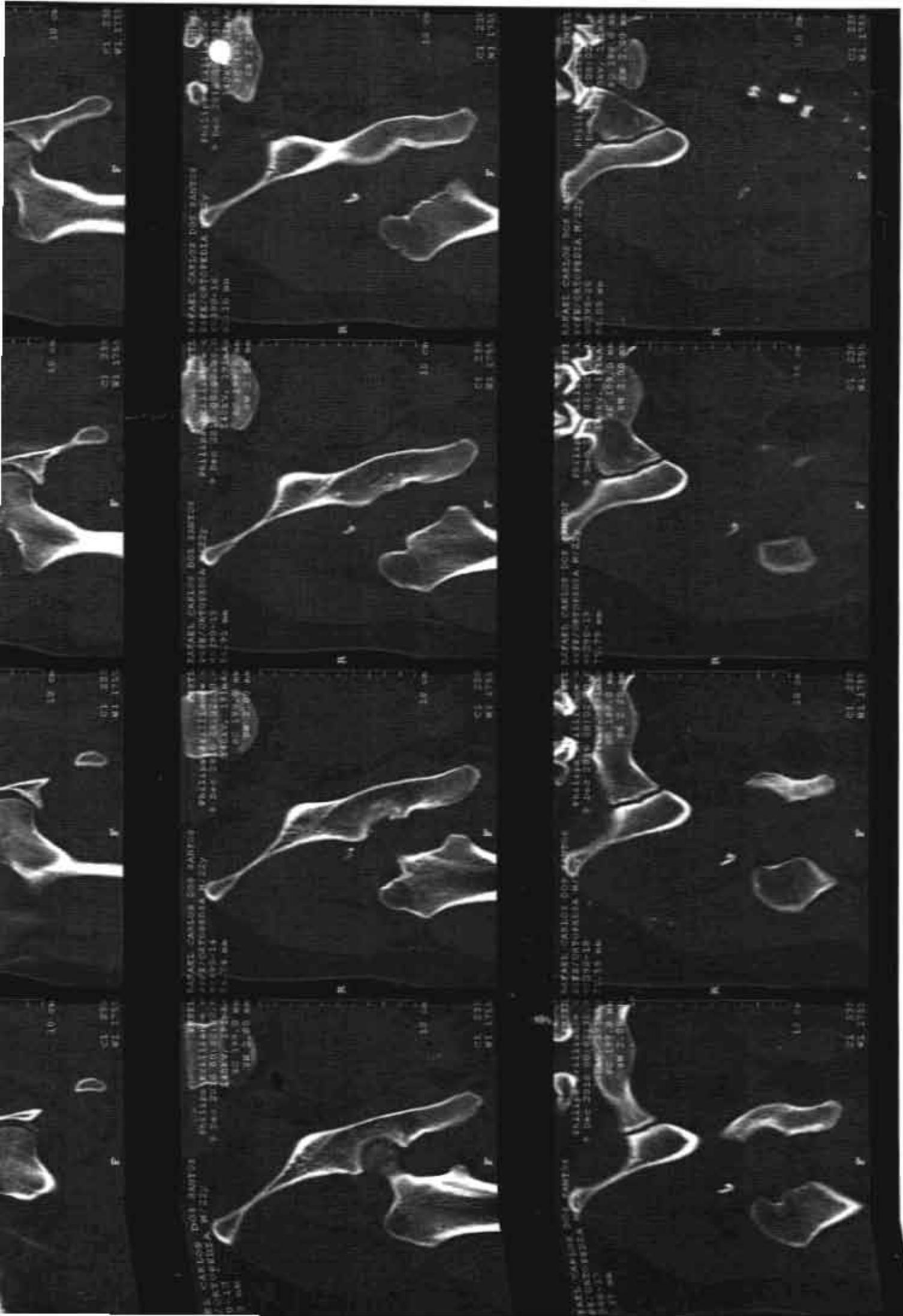
INSTITUTO RAYOS X
 DR. RAFAEL CARLOS DOS S.
 PSEU/ORTOPEDIA H/22PHILLIPS BRILLIANCE
 9 Dec 2016 00:02:30
 140kV, 191mA
 30° 199,0 mm
 TE -1,10

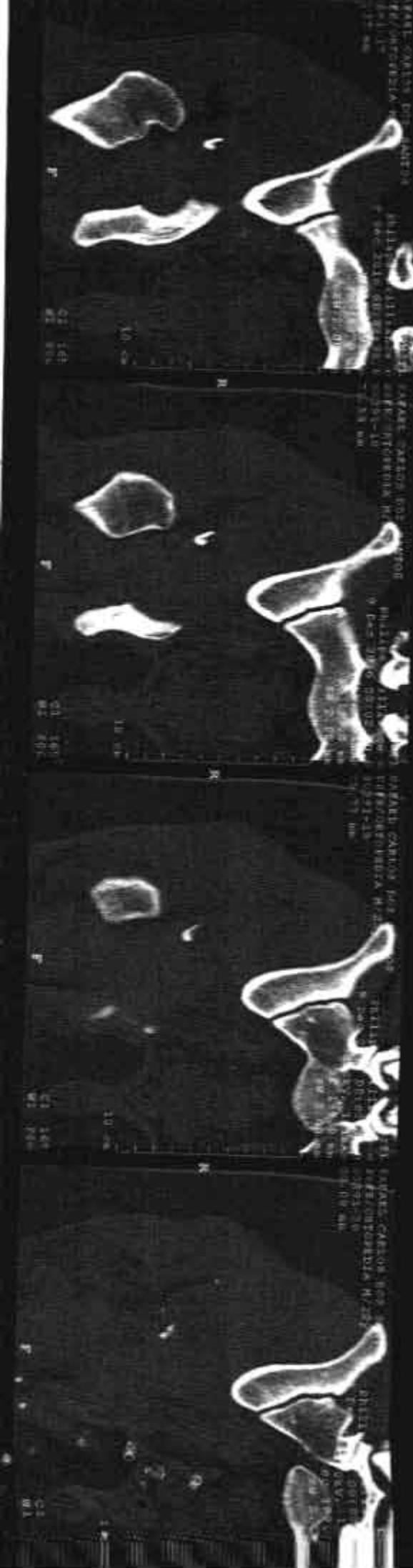












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Policial Direito



Rafael Carlos dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTAD. 330764-6

DATA DE EXPEDIÇÃO

29/08/2018

NOME: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

PAIS/AC: 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
Portaria Procedimento de Portaria Civil
Número do Ofício:

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

P1

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade:	Corv	Equipe:	la Paz Guerra, Russo
Paciente:	Rafael Carlos dos Santos	Made:	02a Sec: M
Endereço:	Rua Mestre Albano - Cambuí		
NP:	22149	DATA:	08/12/16
Médico (a) Regulador (a) CRM:	Anderson	HORA:	19:50
			3/10 19:58
<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO _____			

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: _____ Passageiro: <input type="checkbox"/> motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão: CARRO <hr/>	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão: CARRO <hr/>	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Espacamento <hr/> <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetória <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão animal _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Avan. Neurológica
<input checked="" type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apréxia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Macaco <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <hr/>	ÁREA DE SÍNUS-ROS - <input type="checkbox"/> Presença de sangue no fundo do olho 22 MAR 2016	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Moles <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorreia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorreia _____ <input type="checkbox"/> Aparelamento alcoólico <input type="checkbox"/> DNV

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R lpm	Respiratória	Segmentos	Síntese	Trama	APGAR
Inicio	:	/	136	28	97	-	-	
Fim	:	/						

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quem- <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Alteramento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Permeante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Alteramento <input type="checkbox"/> Ferimento crônico	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Alteramento <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Dissecção <input type="checkbox"/> Em óstio <input type="checkbox"/> Dilatação <input type="checkbox"/> Edemocapilar

Pebra	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação atrioventricular <input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Endocrinológica <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatr. <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicamento de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outras
			TRAUMA		

<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDEFINIDA	<input type="checkbox"/> OUTRO
---	--	--	--------------------------------

Assinatura e Carimbos: _____ Cidade de Destino: _____	
Cancelamento Reusa de Atendimento Não se encontrava no local Recusa de hospitalização Trânsito Bombeiro no local: <hr/> <input type="checkbox"/> Iniciado ac: <input type="checkbox"/> RCP com suspeita <input type="checkbox"/> RCP sem suspeita <input type="checkbox"/> Outra:	
Terminado ac: <hr/>	
DATA: 08 DEZ 2016 CALANDRA	
MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS Policia Militar Guarda Municipal SAMTRAN Bombeiro Outros:	
DADOS PESSOAIS DA VITIMA Kephrenice Rubi	

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mello

Caso e S/MS
 HCSA
 Maternidade
 Outros

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 30/11/18

Luzilene
RUBET

ENTRADA DO PACIENTE	Description:
	Name do Receptor:
	Função do Receptor:
TERMO DE RECUSAS	Assinatura do Receptor:
	Desliso para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

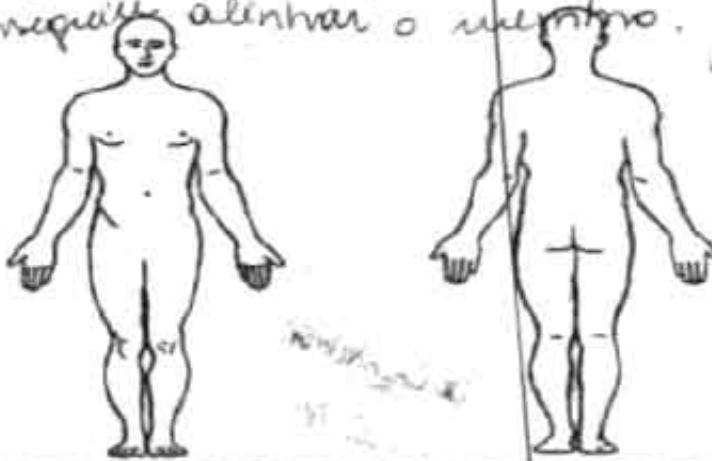
*Consegui ao BTA paciente Gravida de 36 sem. sentado cl
desconforto MID Fetal Heart Rate 130 - procede a gráve
o encaminhado para Hospital*

ESCALA DE GLASGOW		ESCALA DE TRAUMA	
Audição	Mais ou menos de 10 sem.	Escala	10 - 24
<input checked="" type="checkbox"/> Abre eyes spontaneously	<input checked="" type="checkbox"/> Abre eyes spontaneously	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
<input checked="" type="checkbox"/> Comentários adequados	<input checked="" type="checkbox"/> Comentários adequados	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 6
<input checked="" type="checkbox"/> Com estímulos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/> Com estímulos dolorosos	<input checked="" type="checkbox"/> 6	<input checked="" type="checkbox"/> 7
<input checked="" type="checkbox"/> Não abre os olhos	<input checked="" type="checkbox"/> Não abre os olhos	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Compreensão	<input checked="" type="checkbox"/> Responde	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 0
Consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Consciencia	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Películas transparentes	<input checked="" type="checkbox"/> Choro e dor	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2
Sons em percepção	<input checked="" type="checkbox"/> Gemiendo e dor	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Movimento	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1
Obstáculos evitados	<input checked="" type="checkbox"/> Movimentos espontâneos	<input checked="" type="checkbox"/> 6	<input checked="" type="checkbox"/> 0
Lembrete a dor	<input checked="" type="checkbox"/> Responde ao toque	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 14 a 15
Frisada intensa	<input checked="" type="checkbox"/> Responde a voz	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 11 a 13
Frisada intensa	<input checked="" type="checkbox"/> Frisada intensa	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 8 a 10
Elevação a dor	<input checked="" type="checkbox"/> Frisada intensa	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 5 a 7
Movimento	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3 a 4

ESCALA DE GLASGOW

ESCALA DO TRAUMA

- * Paciente vítima de acidente de moto (x carro). Bemtoado, sem capacete dentro da bainha. Foi encobrigado cl colar cervical + mancha na apresentando possivel luxação Coxo-femoral e pela dor referida não se consegue alinhar o membro. Conduzido ao HGR/



ÁREA DE BIBLIOTECAS - DPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGUROADORA SIA

Un. Cidade São Paulo, 112-20000-00

MATERIAL E MEDICAÇÃO

IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Com cardílio	<input type="checkbox"/> Sem cardílio

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro da ASL:

CPF da vítima:

01879285258

Nome completo da vítima:

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

CPF:

01879285258

Profissão:

CONFITEIRO

Endereço:

R: VICENTE F MENO

Número:

56

Bairro:

CAMBARA

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

CEP:

69.313-472

E-mail:

luannasouza71@hotmail.com

TEL/FAX: (69) 3116.8367

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

REUSSO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: SANTANDER

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 3436

CONTA: 01075231 5

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/sucessão do Seguro DPVAT, à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido, na forma do art. 805 - DPVAT.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, através da (assinalar uma das opções):

22 MAI 2019

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei G 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

GERÊNCIA DE SEGUIMENTO DA S/A

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatriota(a): Sim Não Se a vítima deixou compatriota, informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascido?) Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Informações gerais da vítima (se houver):
Local e Data: Local e Data:
Nome: Nome:
CPF: CPF:

Local e Data: BOA VISTA, 25/02/2019.

Nome:

CPF:

(*Assinatura de quem assina o RGDO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*A vítima/beneficiário não alfabetizado deve escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÉGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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 N° 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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará, 2000 - Centro - Boa Vista - RR

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 00:23

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

Aleto: 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

LARCA DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

Bairro: Cambará

GENTE SEGURADORA S/A

Av. César Júnior, 414 - Bairro - RR

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 (SUPÓSTO 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)

DAT

22-12-2018

AGENTE DE
CONFIR.

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 6

Delegado de Polícia Civil: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça

Impresso por: Deniel Barrauna Magalhães

Data de impressão: 27/12/2018 08:43

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041083/2016

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Vicente Figueiredo Melo
Bairro: Cambará

Nº: 56

Razão Social: (ESTADO) (COMUNICANTE)

Endereço:

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CICOPS 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 à 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 enfreou em sua pista com a intenção de fazer a conversão na Rua C-23 e não pode ferir 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 Relatório

Rafael Carlos Dos Santos
(Vítima)

"Clique para exibir foto de assinatura que faz parte desse documento. Visão ampliada das informações acima exibidas e clique aqui para ver o documento completo para obter mais detalhamento que se organiza, conforme previsto no Artigo 239-Denúncia Crimosa e 345-Comunicação Falsa ou Crime ou de Comunicação de Delito. Pode baixar."

DAI

27 - DEZ. 2010

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
CONFEC 13





PMRR – BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
SÉRIE "J"

Nº 806039

Vtr	SUCe	Data	S/Seção	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fim
107	DESTE	08/12/2016	--	20:38	20:38	20:45	22:40
Cod. Of.	Cod. Proc.		Cod. Ser. Prest.		Km/ini		Km/Fim
1013	13006/13009/13010				9617		9633

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av/nr

a: Rua Mestre Albano Bairro: Cambara Ref.: N°4317

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. RG	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. RG	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. RG		CNH	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT Profissão: ESTUDANTE Local: CAMBARA VERIFICADO

Veículos Relacionados

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

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Central 2601 Centro, 414 - São Paulo - SP

RECEBI CONDUZINDO [5] MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve materiais conduzidos.

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia do 5º DP

Fomos acionados via CIQPS 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 perícia esteve no local e foi realizada pelo perito JACI. QUE o item01 demonstrava estar 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.

Ésta é a forma de relatar.



Vinícius Pereira

Nome

41.651-7

Cadastro

SD/PM

Posto/Grad

CIPTUR

Suop

Assinatura