



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA URBANA E TRÂNSITO
SUPERINTENDÊNCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE - Nº 001767

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
25	Insp de dia	28.11.2018		06:00	06:00	06:10	07:49

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
----	----	----	45546	45548

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua	Bairro	Ponto de Referência
Avenida Mário Homem de Mello c/ Rua Edmundo Sales	Burititis	Posto de combustível Solimões

PESSOAS RELACIONADAS

1	Vítima	Nome	Manoel Rondal Silva	Idade	53	E. Civil	Casado
	Endereço	Rua JT03	Nº	00185	Bairro	Olimpico	
	RG	251295 SSP/RR	CPF	199.604.092-87	Profissão	Não informado	
2	Comunicante	Nome	Abdenego Silva de Souza	Idade	42	E. Civil	Casado
	Endereço	Avenida Brasil	Nº	224	Bairro	Picumã	
	RG	119986 SSP RR	CPF	38277913249	Profissão	GCM	
3	Testemunha	Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Idade	xxx	E. Civil	xxxxxxx
	Endereço	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nº	XXX	Bairro	XXX	
	RG	xxxxxx	CNH	xxxxxxxxxx	Profissão	xxxxxxxxxx	
4	Testemunha	Nome		Idade	xx	E. Civil	xxxxxxx
	Endereço	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nº	XXXXXXXXXX	Bairro	xxxxxx	
	RG	xxxxxxx	CNH	xxxxxxxxxxxxxx	Profissão	xxxxxx	

ARMAS, OBJETOS, VALORES E MATERIAIS APREENDIDOS

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

RECEBI:

08 MAR 2019

ASSINATURA	CARGO	LOCAL
------------	-------	-------

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Senhor (a) Delegado (a)

Informo a Vossa Senhoria que fomos acionados por populares para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado, o qual teve como vítima o senhor **Manoel Rondal Silva** que conduzia sua motocicleta Marca/Modelo: Honda/BROS Mix ES de placa NAN 0157, na Avenida Mário Homem de Mello sentido centro/bairro, quando o condutor (não identificado) da motocicleta marca/modelo Honda/FAN 125 na cor preta de Placa NAT 3763 cruzou a preferencial da Vítima, o qual não pôde evitar a colisão, e veio a cair. A vítima foi socorrida pelo Resgate do Bombeiro, VTR UR 01-18, sob o comando do SGT Bombeiro Hélio e foi encaminhada ao Trauma do HGR com escoriações no corpo e possivelmente uma fratura na perna esquerda. Vale Ressaltar que o condutor da motocicleta FAN 125 placa NAT 3763 que invadiu a preferencial, após a colisão fugiu do local do acidente sem prestar socorro à vítima tomando rumo ignorado, sendo que populares anotaram a placa da motocicleta. Diante dos fatos, entrego este Relatório para as devidas providências.

Nome	Matricula	Assinatura	Post / Grad.	SUOp
Abdenego Silva de Souza	14569		Inspetor de Area	Inspetor de dia

CONFERE COM ORIGINAL
Em: 28/11/18
Ass:



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 043261/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/03/2019 09:55 Data/Hora Fim: 26/03/2019 10:27
Origem: Outros Órgãos Públicos Data: 28/11/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 28/11/2018 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Buritis

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO C/RUA EDMUNDO SALES

Ponto de Referência: Posto de Combustíveis Solimões

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABDENEGO SILVA DE SOUSA RG. Nº 119986 SSP/RR (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Nova Olinda do

Sexo: Masculino

Nasc: 03/08/1976

Profissão: Guarda Municipal/Civil

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Necione Silva de Souza

Em Serviço: Não

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 119986

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 382.779.132-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA BRASIL

Nº: 224

Complemento: casa

Bairro: PRICUMÃ

Telefone: (95) 99140-8505 (Celular)

Nome Civil: MANOEL RONDAL SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: CE - Crateús

Sexo: Masculino

Nasc: 16/04/1965

Profissão: Carpinteiro

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Jose da Silva

Nome do Pai: Antonio Bezerra da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 199.604.092-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043261/2018-A01

Logradouro: RUA JT 03
Complemento: Casa
Bairro: Olímpico
Telefone: (95) 99117-3060 (Celular)

Nº: 185

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 604.534.643-27

Renavam 00958215472

Número do Chassi 9C2JC30708R537157

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 FAN

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAT-3763

Número do Motor JC30E78537157

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 199.562.662-72

Renavam 00227017439

Número do Chassi 9C2KD0520AR063258

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN-0157

Número do Motor KD05E2A063258

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS MIX ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Manoel Rondal Silva

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado compareceu nesta Delegacia apresentando cópia do Relatório de Ocorrência Policial - SÉRIE - Nº 001767, oriundo da Superintendência da Guarda Civil Municipal, que relata a ocorrência de acidente de trânsito. Que o comunicante/vítima Senhor MANOEL trafegava pela Avenida Mário Homem de Melo, no sentido centro - bairro, conduzindo sua motocicleta (JÁ DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA). Que no cruzamento com a Rua Edmundo Sales, no Bairro Buritis, a motocicleta de placa NAT-3763, invadiu a preferencial e ocasionou a colisão. Que o comunicante sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo Corpo de Bombeiros até o HGR. QUE O MOTORISTA OCASIONADOR EVADIU-SE DO LOCAL. Que o comunicante afirma que já representou criminalmente. Que esse aditamento é para fins de Seguro

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/03/2019 10:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 043261/2018-A01

DPVAT. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

Manoel Randal Silva
Manoel Randal Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) 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."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 01304215994B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 000000000000 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
MANOEL RONDAL SILVA
CPF / CNPJ
199.604.092-87
PLACA
NAN0157

PLACA ANT. / UF
000000000000 CHASSI
913002000000000000

ESPECIE TIPO
MOTORCICLETA APICOMBI
COMBUSTIVEL
ALCOOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BRUS NIX ES
ANO FAB.
2010

CAP. / POT. / CIL.
200/149CV
CATEGORIA
PARTICUL
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
PAGO
VENCI. COTA ÚNICA
PAGO
VENCI. COTAS
1ª PAGO

FAIXA LPVA
PAGO
PARCELAMENTO / COTAS
2ª PAGO
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
R\$181,29
ICF (R\$)
R\$19,00
PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$195,50
DATA DE PAGAMENTO
15/06/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - PROIB. SAIR DO R. R. MZ. SCD.

ASSINATURA
Antonio Francisco Reserra Marques
DATA
06/07/2018

DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RR Nº 01304215994B BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/07/2018

VIA 01 CDD-RENAVAM 000000000000 R.N.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
MANOEL RONDAL SILVA
CPF / CNPJ
199.604.092-87
PLACA
NAN0157

PLACA ANT. / UF
000000000000 CHASSI
913002000000000000

ESPECIE TIPO
MOTORCICLETA APICOMBI
COMBUSTIVEL
ALCOOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BRUS NIX ES
ANO FAB.
2010

CAP. / POT. / CIL.
200/149CV
CATEGORIA
PARTICUL
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
PAGO
VENCI. COTA ÚNICA
PAGO
VENCI. COTAS
1ª PAGO

FAIXA LPVA
PAGO
PARCELAMENTO / COTAS
2ª PAGO
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
R\$181,29
ICF (R\$)
R\$19,00
PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$195,50
DATA DE PAGAMENTO
15/06/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - PROIB. SAIR DO R. R. MZ. SCD.

ASSINATURA
Antonio Francisco Reserra Marques
DATA
06/07/2018

DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.808/0001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MANOEL RONDAL SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR
62904 SSP RR

CPF
199.604.092-87

DATA NASCIMENTO
16/04/1965

FILIAÇÃO
ANTONIO BEZERRA DA SILVA
MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO


ACC


CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
02860445707

VALIDADE
08/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
05/12/1997

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR


LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
09/03/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR
15259377680
RR209578092

RORAIMA

DETRAN CONTRAN

VÁLIDEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1557087593

PROIBIDO PLASTIFICAR
1557087593

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Scanned by CamScanner

Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

00745-7

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

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

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002027943

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	11/01/2019	296	270,76

MARIA LUIZA SILVA BRITO

R. ANDERSON CORREA FERNANDES 185 OLIMPICO

CPF: 00044664656220

CEP: 69.313-297 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.16.078200

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		24333		Atual:	20/12/2018
Anterior:		24037		Anterior:	22/11/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	22/01/2019
Consumo Medido:		296		Emissão:	19/12/2018
Consumo Faturado:		296	FCAM	Apresentação:	20/12/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL			Dias de Consumo:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2834205	M 1511402	1-1-1-2	329

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

NOV/18	361
OUT/18	436
SET/18	336
AGO/18	344
JUL/18	285
JUN/18	287
MAI/18	315
ABR/18	315
MAR/18	306
FEV/18	351

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 296 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	296 A R\$ 0,791912 = 234,40
CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00	0,03
CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	1,38
MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00	0,56
JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00	0,06
MULTA POR ATRASO 10/18-00	4,96
JUROS DE MORA DE IMPO 10/18-00	0,91
ILUMINACAO PUBLICA	

ARZ8246
ARZ8246 - MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. ... 484 - Boa Vista - RR

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ
SER CANCELADA EM NOS 30S DIAS DE ANTES DO VENCIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 19/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190188491

Vítima: MANOEL RONDAL SILVA

Data do Acidente: 28/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MANOEL RONDAL SILVA

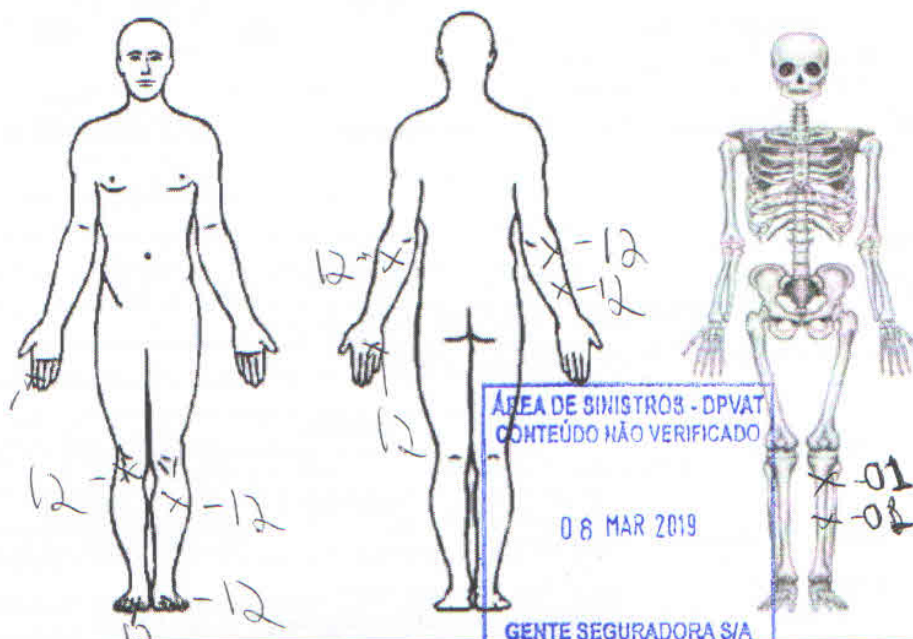
 ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR					
				Nº DE AVISO:	4413
				Nº DE VÍTIMAS:	01
				OCORRÊNCIA:	T-07
				DATA:	28/11/2018
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI
☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR01-18	10.579
					KMF
					10.589
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01	
06:45	06:50	07:00	07:15	07:24	
1. DADOS DA OCORRÊNCIA					
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:					
ENDEREÇO: AV. MARIO HOMEN DE MELO Nº - BAIRRO: CAIMBÉ					
CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA: POSTO SOLIMÕES					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:					
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA					
NOME: MANOEL RONDAL SILVA RG/CPF: N SOUBE INFORMAR					
D.N.: 16/04/1965 IDADE: 53 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não					
ENDEREÇO: BOA VISTA Nº 185 BAIRRO: Jd. OLÍMPICO					
CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: TEL.: 99117-3000					
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:					
Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não					
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual					
☐ Outro:					
Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não					
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual					
☐ Travesti ☐ Outro:					
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO					
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.					
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.					
Assinatura do paciente/vítima: RG Nº 08 MAR 2019 SSP/					
Testemunha: RG Nº: SSP/					
Testemunha: RG Nº: SSP/					
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)					
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total		
☒ 4. Espontânea ☐ 3. Á voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos		
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)					
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total		
☐ 4. Espontânea ☐ 3. Á voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado. ☐ 3. Irritabilidade persistente. ☐ 2. Agitação. ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros. ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. ☐ 4. Sente dor, mas não retira. ☐ 3. Flexão a dor (Decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	Pontos		
6. SINAIS VITAIS					
PA:	FR:	FC:	SpO2:	Temperatura:	
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA					
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (Is):					
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (Is):					
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO					



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento lacerante
- 06- Ferimento corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO X MOTO ENCONTRAVA-SE LATERALIZADO AO SOLO. APARENTEMENTE POSSUIA FRATURAS DE TÍBIA E FÍBULA EM SEUS TERÇOS MEDIAL E PROXIMAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. EQUIPE REALIZOU PROCEDIMENTOS DE HEMOSTASE, IMOBILIZAÇÃO DE FRATURA E CERVICAL E COLOCAÇÃO EM PRANCHA RÍGIDA, ENCAMINHADO AO P.S., ONDE FOI ENTREGUE COM SINAIS VITAIS NORMAIS.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ____ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ____ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S. Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A. Airton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

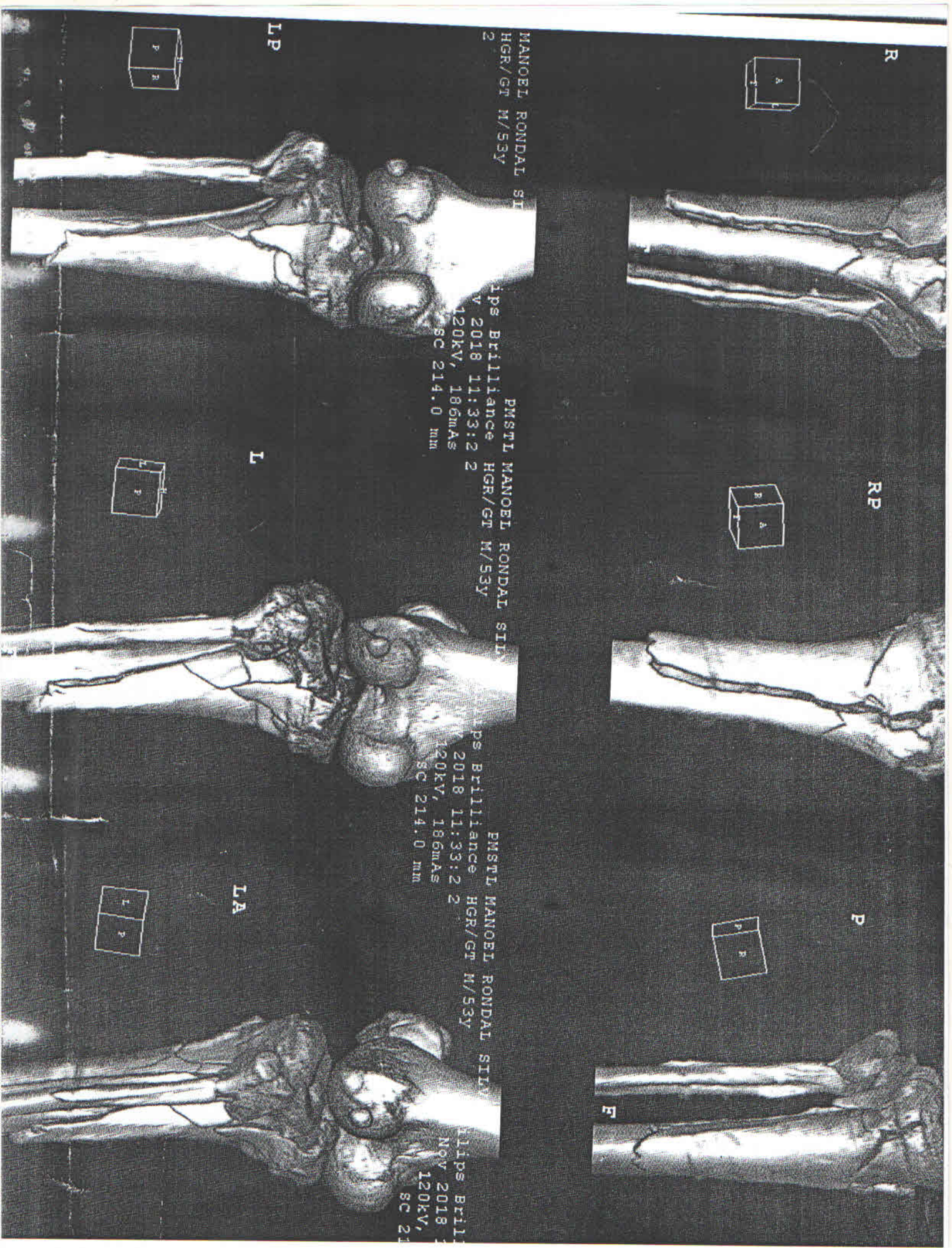
14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

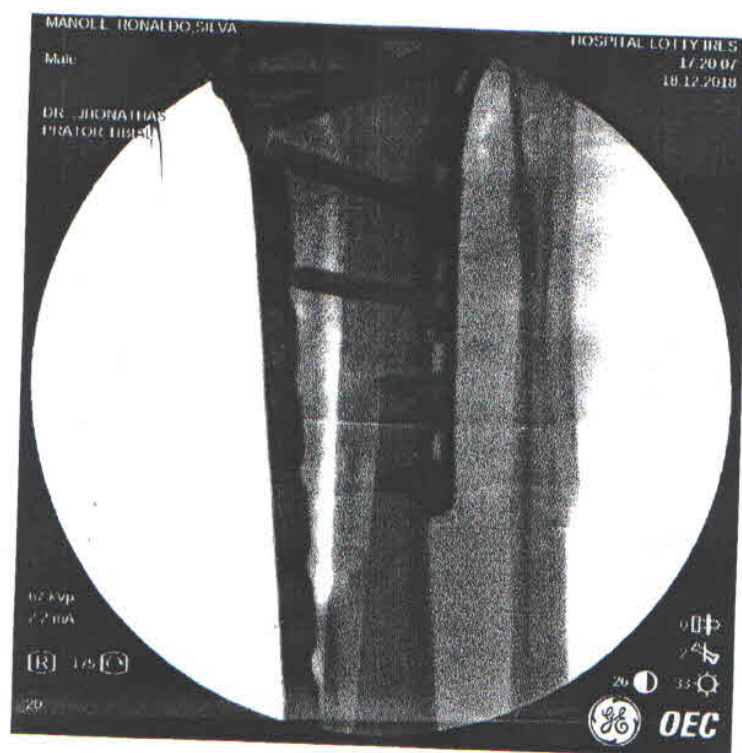
Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
SGT HELIO	SGT HELIO	SD SARBWO	SGT HELIO

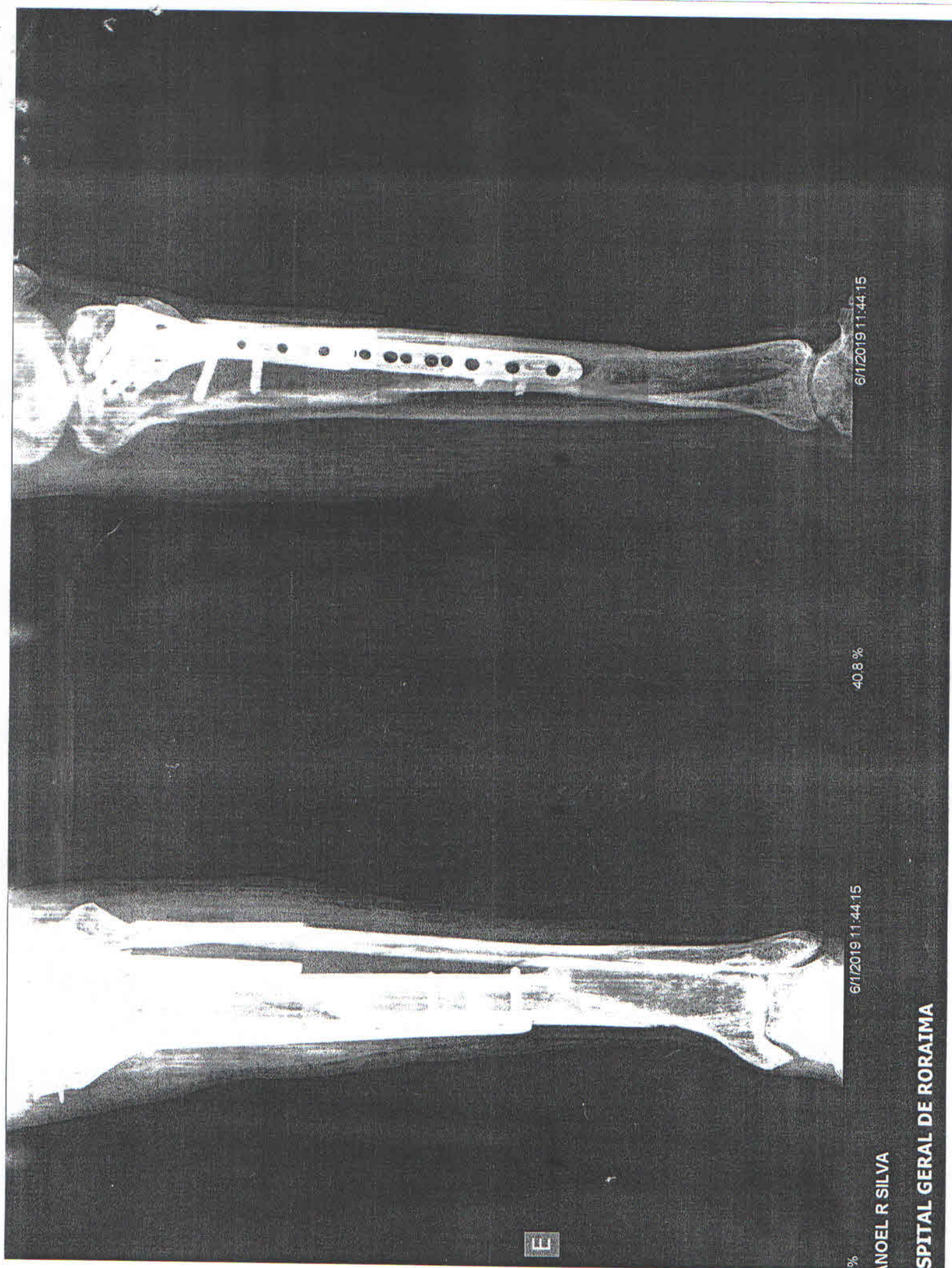
15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____

Edson Rodrigo F. Ribeiro
Cirurgia Geral
CRM 1275





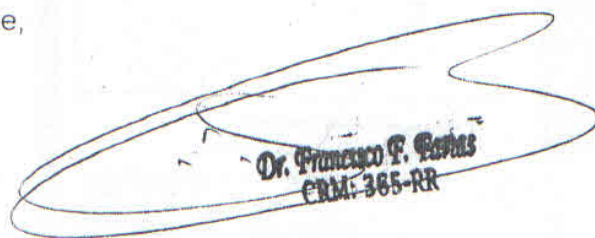


Laudo Médico

Sr. MANOEL RONDAL SILVA, CI 62904 SSP-RR, atendido no PS Francisco Elesbão em 28/11/2018, com fratura de platô tibial e fratura cominutiva de terço proximal de perna esquerda, conforme Rx em Anexo, recebendo os primeiros socorros e sendo liberado com tala gessada. Em 18/12/2018, foi cirurgiado sendo colocado placas e parafusos em membro inferior esquerdo. Esteve hospitalizado tendo alta após 48 horas. Foi realizado acompanhamento ambulatorial e fisioterapia. Atualmente, periciando apresenta limitação de mobilidade para flexão e movimentos repetitivos com membro inferior esquerdo. Apresenta cicatrizes em fase lateral interna e externa de joelho e perna esquerda, decorrente de processo cirúrgico. Apresentou dor durante exames pericia a mobilidade para rotação interna e externa de joelho esquerdo e para ficar em pontas.

Periciando apresentando debilidade permanente para atividades laborais com membro inferior esquerdo

Cordialmente,


Dr. Francisco F. Peres
CRM: 385-RR



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

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr. **MANOEL RONDAL SILVA RG: 62904 SSP/RR** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (**GRANDE TRAUMA**) no dia **28/11/2018 as 07 h e 23 min**, por motivo (**ACIDENTE DE MOTO**), recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: **1801040358**.

Boa Vista-RR, 31 de JANEIRO de 2019.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaibest.com.br

30/01/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801040358	28/11/2018 07:23:11	FICHA DE ATENDIMENTO		TOMOGRAFIA		DIURNO 07-19		3
Paciente MANOEL RONDAL SILVA		Data Nascimento 16/04/1965		Idade 53 A 9 M 14 D		CNS		CPF 19960409287
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 62904		Órgão Emissor SSP-RR		Data Emissão 23/08/2000		Sexo M
Mãe MARIA JOSE DA SILVA		Estado Civil CASADO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade IBIAPINA - CE		Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA - JT-03 - 185 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR		Pai ANTONIO BEZERRA DA SILVA		Contato (95) 99117-3060		Ocupação NÃO INFORMADA		
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE		Registrado por: ALESSANDRA CRISTINA		Pressão
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)				08 MAR 2019				
Exame Físico				GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR				
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Condição				Ambulatório		Observação (Até 24h)		
Alta a Pedido				Internação		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		
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: elton.tenorio
Data Hora: 30/01/2019 09:37:13



© 2019
SOTEC - Soluções em Tecnologia
S/A - tecnologia em saúde
v14.4.2.17 - 01.08.20



CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

PACIENTE: Mamuel Ronder Silva

CIRURGIA: Fratura de Plato Tibial

ANESTESIA: ☐ Geral Venosa ☐ Peridural com cateter ☐ Geral
☐ Geral Inalatória ☐ Peridural sem cateter ☐ Sedação
☐ Geral combinada ☒ Raquianestesia ☐ Local

Anestesia: Bruno Thiago

Admissao na RPA: às 18:50 Horas

Data 18/12/18

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☒ NIBP

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ SNE ☒ SVD N° 16 ☐ Guedel N° _____
☐ Penrose N° _____ ☐ Tórax N° _____ ☐ Sucção N° _____ ☐ Kher N° _____
Outros: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Acordado ☒ Sonolento ☒ Calmo ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

SINAIS VITAIS DE 15 em 15 minutos

Hora	18:50	19:05	19:20						
Sat O2 %	99	100%	98%						
O2 Litros/min									
Respiração									
Tax									
P.A mmHg	100/60	106/62	110/61						
Pulso bpm	78	79	78						
Funcionário	giba								

Desligado Oxigênio às ar ambiente

Alta da RPA às _____

Anotações: _____

18/12/2018

...: Guia de internação U6 ...

HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELI ME
CNPJ: 11.509.468/0001-22
Rua José Coelho, 72 - Centro
Boa Vista - RR



1800015480

18/12/2018 13:17:13

GUIA DE ADMISSÃO

Paciente	00008031 - MANOEL RONDAL SILVA	Nascimento	16/04/1965 - 53 A 8 M 2 D	CNS		CPF	199.604.092-87
Documento	Identidade - 62904 - SSP RR - 23/08/2000	Sexo	M	Estado Civil	Solteiro(a)	Raça/Cor	PARDA -
Endereço	RUA - RUA ANDERSON CORREA FERNANDES - 185 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR			Escolaridade		Ocupação	CARPINTEIRO
Naturalidade	CRATEUS - RR	Contatos	95991245918	Ensino Medio Inc	CEP	Complemento	
Mãe	MARIA JOSÉ DA SILVA	Pal	ANTONIO BEZERRA DA SILVA	CEP	69.313-297		
Plano - Convênio	Particular - PARTICULAR	Carteira		Validade		SisPreNatal	
Caráter de Atendimento	Eletivo	Procedencia		Especialidade	ORTOPEDIA	Profissional Solicitante	JONATHAS COSTA LOPES
CID Principal		Procedimento Solicitado				Perm. Máxima (dias)	

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia ()
Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /
Outros () Especificar: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado, pessoa responsável pelo paciente MANOEL RONDAL SILVA dá plena autorização aos médicos do HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELI ME que o assistirem, para fazer as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas no regulamento do estabelecimento.

- RR, 18 de Dezembro de 2018

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: jardeane

ANAMNESE

Queixa Principal

Histórico de Doença Atual

Exame Físico

Medicamento: Opióide
Código: 32015E
FIO METALICO LISO 4,5X3000 (3)
Lote: 778516
Registro ANVISA: 10209700010

Diagnóstico de Admissão

CID

Código do Procedimento

Clínica: _____

Assinatura do Médico que admitiu o paciente

Jonathas C. Lopes
CRM-RR 17597507-14212
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho



LOTTY IRIS
HOSPITAL

SETOR: Serviço Social HLI
ASSISTENTE SOCIAL: Caroline Costa

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA			
PRONTUÁRIO Nº: <u>000-2031</u>	BLOCO/LEITO <u>108</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>18/12/2018</u>	DATA DA TRIAGEM: <u>19/12/2018</u>
NOME: <u>Manoel Rondal Silva</u>			SEXO: ☒ M () F
DATA DE NASCIMENTO: <u>16/04/1965</u>	IDADE: <u>53 anos</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasil - CE</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>
ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () CASADO(A) () DIVORCIADO(A) () VIÚVO(A) ☒ UNIÃO ESTÁVEL			
VOCÊ TEM FILHO(S)? ☒ SIM () NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUANTOS? <u>1</u>			
TEM OUTROS DEPENDENTES? () SIM ☒ NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUANTOS? _____			
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? () SIM ☒ NÃO EM CASO AFIRMATIVO QUANTOS? _____			
INFORMANTE: PRÓPRIO PACIENTE ☒ ACOMPANHANTE () OUTRO ()			
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: NOME: <u>INA Cristina</u>			
PARENTESCO: <u>Filha</u>			
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Fratura de Placa Tíbia</u>			
ENDEREÇO: RUA: <u>Robson Lúcia</u>			
Nº <u>135</u> BAIRRO: <u>Olimpico</u>			
PONTO DE REFERÊNCIA: _____			
QUAL SUA SITUAÇÃO ATUAL DE MORADIA? () MORA COM PAI, MÃE OU AMBOS () CONJUGE () SOZINHO () CASA DE FAMILIARES () PENSÃO/PENSIONATO ☒ MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA () CASA DE AMIGOS () ALUGADO ☒ MORADIA PRÓPRIA OUTROS, ESPECIFIQUE: _____			
FONTE DE RENDA: () ASSALARIADO () PROPRIETÁRIO DE PEQUENA EMPRESA () APOSENTADO () PENSIONISTA () DONO DE PROPRIEDADE RURAL () SERVIDOR PÚBLICO () EMPREGADO DE PROPRIEDADE RURAL ☒ DESEMPREGADO () TRABALHADOR INFORMAL () AUTÔNOMO, ESPECIFICAR ATIVIDADE _____ () BENEFICIÁRIO DO INSS, _____ OUTROS, ESPECIFICAR _____			
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR OUTRAS VEZES? () SIM ☒ NÃO			
> TELEFONES PARA CONTATO COM OS FAMILIARES: CONTATOS: <u>99153-0518</u>			
OBSERVAÇÃO: <u>Mediante a visita técnica do Serviço Social ao leito do paciente, o mesmo no momento comunicou e assu-</u> <u>tuado pela filha.</u>			

Caroline Costa
Assistente Social
CRESS - Conselho Regional AM/RR
Caroline Costa
Assistente Social

BOLETIM OPERATÓRIO



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:
Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/RR

Nome: Marcelo Ponder Silva Idade: _____
Data: 18, 12, 18 S.O.: _____ Sexo: _____

Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Fract de plavto fibral</u> (E)
Indicação Terapêutica	<u>Osteossíntese de fract de plavto fibral</u> (E)
Tipo de Internação	
Medicações e Acidentes	
Diagnósticos Operatório	

Cirurgião	Jonathan Lopes				
1º auxiliar	Marcos Bruner				
2º auxiliar	Marcelo Marques				
3º auxiliar					
Anestesiista	Bruno Thiago				
Início		Fim		Duração	

NOTA: NÃO VERIFICADO

18 MAR 2019

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2019

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Hexagon Ortopedia
Código: 32016E
FIO METÁLICO LISO 1,5X300 (E)
Lote: 778616
Registro ANVISA: 10209790010

- 1) Pac em ~~vst~~ sob anestesia
- 2) Antissepsia + Asscpsi
- 3) Retirada de enxerto do ilíaco por via oblíqua em abdome
- 4) Incisão anterolateral em pelvis
- 5) Dissecção do M. fibral anterior + TIT
- 6) Abertura de fragmento intermediário + levantamento de fragmento postero lateral + tentativa
- 7) Fixação provisória da superfície anterior com 4 PK
- 8) Redução e fixação c/ placa em L lateral + parafusos

FOLHA DE GASTOS CIRÚRGICOS

8031

Aracy Carvalho da Silva
Enfermeira
Coordenadora de Enfermagem



LOTTY IRIS
HOSPITAL
HOSPITAL LOTTY IRIS
CNPJ: 11.509.468/0001-22
RUA JOSÉ COELHO, 72 - CENTRO
FONE: 033 3294-1790

Paciente: Mamuel Randal Silva Convênio: Portub Data: 18/12/18
Cirurgia: Fratura de Platô Tibial Início: 16:06 Fim: 18:47 Acomodação: _____
Cirurgião: Jonathas Costa Lopes Anestesia: Raqui
Anestesista: Bruno Thiago 1º Auxiliar: _____
Pediatria: Fabio Moraes Circulante: Barbara Teixeira

MATERIAL	QTD	MATERIAL	QTD
JELCO N° <u>n° 18</u>	1	CLIP P/ VÍDEO CARTUCHO (6UNID)	
CATÉTER NASAL		GEL CONDUTOR (GRAMAS) <u>30g</u>	1
CERA PARA OSSO		TELA PROLENE (MARLEX) CM	
BOLSA COLETORA SISTEMA FECHADO 200ML		FIO VICRYL N°	
COMPRESSA CIRÚRGICA		FIO VICRYL N°	
CLIP UMBILICAL		FIO VICRYL N°	
CADEIA DE PROCEDIMENTO (PAR)		FIO CATGUT CROMADO N°	
EQUIPO P/ SORO MACRO COM INJETOR LATERAL		FIO CATGUT CROMADO N°	
TREE WAY		FIO CATGUT CROMADO N°	
ESPARADRAPO (CM) <u>80 cm</u>	1	FIO PROLENE N°	
EQUIPO PVC		FIO PRONELE N°	
EQUIPO P/ SANGUE		FIO SEDA N°	
ESCOVA DESCATÁVEL COM CLOREXIDINA	1	FIO SEDA N°	
CAPA P/ VÍDEO		FIO MONONYLON N° <u>240</u>	1
FORMOL 10%		FIO MONONYLON N°	
GAZE (PACOTE COM 20UNID)	1	FIO MONONYLON N°	
GELFOAM		FIO MONOCRYL N°	
SURGICEL		FIO MONOCRYL N°	
ELETRODOS DESCATÁVEIS		GASES MEDICINAIS	
LÂMINA DE BISTURI N° <u>211</u>	15	OXIGÊNIO LITROS / MINUTOS <u>22M</u>	
FITA MICROPORE NÃO ESTÉRIL (CM)		SEVOFLURANO ML	
FITA MICROPORE ESTÉRIL 2,5X10CM (2UNID)		ÓXIDO NITROSO	
FITA MICROPORE ESTÉRIL 5,0X15CM (2UNID)		GÁS CARBÔNICO	
POVIDENE DEGERMANTE (ML)		NITROGÊNIO	
POVIDINE TÓPICO (ML)		AR COMPRIMIDO	
CAIXA OXIGENADA (ML)		APARELHO ANESTESIA	
ALCOOL IODADO (ML)		APARELHO ANESTESIA	
CLOREXIDINA DEGERMANTE (ML)	100 ml	MONITOR CARDIACO	1
CLOREXIDINA ALCOOLICA (ML)	200 ml	BISTURI ELÉTRICO	1
ÁLCOOL 70%	200 ml	OXIMETRO	1
SERINGAS 1 ML () 3ML () 5ML ()		CAPNOGRAFO	
SERINGAS 10ML () 20ML ()		ASPIRADOR	
SERINGA 60ML COM BICO		LIPOASPIRADOR	
SERINGA 60ML SEM BICO		APARELHO VIDEOLAPAROSCOPIA	
SERINGA 60 ML		ARCO CIRURGICO - <u>Valdinei</u>	1
FIO ALGODÃO (POLYCOT) SEM AGULHA N°		RX PORTÁTIL	
FIO ALGODÃO (POLYCOT) COM AGULHA N°		BERÇO AQUECIDO	
FIO CATGUT SIMPLES N°		INCUBADORA	
FIO CATGUT SIMPLES N°		APARELHO USG	
FIO CATGUT SIMPLES N°		DEFIBRILADOR	
FIO CATGUT CROMADO N°		BOMBA INFUSÃO	
FIO CATGUT CROMADO N°		PERFURADOR/FURADORA	
FIO CATGUT CROMADO N°		APARELHO DEXTRO	
CLIP P/ VÍDEO CARTUCHO (6UNID)		RESPIRADOR	
GEL CONDUTOR (GRAMAS)		SALA	II
TELA PROLENE (MARLEX) CM		RPA	1
		MÁSCARA	1

	Quant.		Quant.		Quant.
PROPÉ (PAR)	2	Vit k / Fitomenadiona		medicamento	1
TOUCA	2	Metronidazol		Dimoy 0,2	1
PULSEIRA PARA RN		Clorafenicol		clonidina	1
CATETER DUPLO J N°		Cefalotina (1grama)		Vancomicina 1g	1
DRENO SUCÇÃO N°		Oxacilina			
DRENO PENROSE N°		Cefazolina (1grama)			
DRENO TORAX N°		Gentamicina			
TOT COM CUFF N°		Rocefim / Ceftriaxona			
TOT SEM CUFF N°		Furosemida			
TOT PORTEX N°		Aramin/ Metaraminol			
TOT ARAMADO N°		Ampicilina			
CÂNULA GUEDEL N°		Styptanon			
FRALDÃO DESCARTÁVEL N°		Transamin			
		Lidocaína sem vaso 20ml			
Medicamentos		Lidocaína com vaso 20ml			
Soro fisiológico 0,9% 100ml		Novabupl com vaso 20ml			
Soro fisiológico 0,9% 250ml		Novabupl sem vaso 20ml			
Soro fisiológico 0,9% 500ml		Colagenase			
Soro fisiológico 0,9% 1000	1	Lidocaína Gel	1		
Soro glicosado 5% 250ml		Lidocaína Spray			
Soro glicosado 5% 500ml		Neomicina			
Soro ringer lactado 500ml	1	Dexametasona			
Manitol		Colírio Aristésico (ML)			
Água destilada 10ml	1	Fita Cardíaca			
Água destilada 1000ml		Aguilha n° 13x4,5 () 25x17 () 40x12 ()			
Atropina 0,25mg 1ml		Aguilha Raqui n° 27/26			
Neostigmina 0,50mg		Aguilha Epidural n° 21/20			
Adrenalina / Epinefrina		Cateter Epidural n°			
Dexametasona 10mg	1	Azul de metileno (ml)			
Ondansetrona 8mg	1	Atadura crepom n° 15cm	1		
Tenoxicam 20mg	1	Atadura crepom n° 20cm	1		
Dipirona 1 (grama)	1	Atadura algodoada n° 15cm	1		
Hidrocortisona 100mg		Atadura algodoada n°			
Hidrocortisona 500mg		Atadura gessada n° 15cm	1		
Dopamina		Atadura gessada n°			
Dramim B6		Faixa smarch n°			
Efedrina		Faixa smarch n° 20cm	1		
Plasil / Metoclopramida		Fio kirshinner ou liso n° 1,5	1		
Glicose 25%		Sonda gastrotomia n°			
Glicose 50%		Sonda nasogastrica longa n°			
Hidralazina		Sonda nasogastrica curta n°			
Fenergan / Prometazina		Sonda uretral n°			
Cimetidina		Sonda folley 2 vias n° 16	1		
Ranitidina		Sonda folley 3 vias n°			
Cedilanide		Sonda traqueal n°			
Sulfato de Magnésio		Luva estéril n° 6,5			
Bicarbonato de sódio		Luva estéril n° 7			
Cloreto de potássio		Luva estéril n° 7,5	1		
Cloreto de sódio		Luva estéril n° 8	1		
Ocitocina		Luva estéril n° 8,5			
Buscopam Composto		Luva Hipoalergênica n°			



HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELI-ME CNPJ: 11.509.468/001-22 Insc. Est. 24.017350-3 Rua: Jose Coelho, 72 -
Centro CEP: 69.301-300 BOA VISTA-RR

PACIENTE:

LA8 Yaniel Ronder Silva

LEITO:

DATA HORA	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
19/12/18	
→	Paciente em pós-operatório Fratura de Platô tibial, lúcido, orientado, afável, eupneico, comunicativo. Aceita a dieta oferecida. Mantendo AVP em HSE.
12h	Adm. Regalstina 1g utilizada SFO 9% - 100ml (01) + Equipos c/ inj. (01) + Ureterina 10ml (01) ANO 10ml (01) + Água 40x12 (01) + Suva Rec. 1 par.
12h	Adm. Dipirona 2g utilizada Ureterina 20ml (01) ANO 10ml (02)
12h	Adm. Difetil 20mg utilizada Ureterina 10ml (01) + ANO 10ml (01) + Água 40x12 (01)
13h	Realizado curativo em HSE utilizado gaze (10 pçs) + Atadura 30cm (04) + SFO 9% - 100ml (01) + Eleexidina regenerante 20ml + Ureterina drapes 20cm + Suva Esteril 8-5 (01) + Suva Rec. 2 pares.
13h45	Retirado SVO utilizado Ureterina 20ml (01) + Suva Rec. 1 par.
→	Alta hospitalar w/ orientações pelo m.º dom + m.º.

Jeffrey Santos Silva
2018-12-19

ADVOCACIA



ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: O (A) Sr, MANOEL RONDAL SILVA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteiro, profissão, Pintor, portador (a) da Cédula de Identidade nº 199.604.092-87 SSP/RR e do CPF 199.604.092-87 telefone: (95) 99153-0518, residente e domiciliada (a), na Rua, Anderson Correa Fernandes, nº 185, bairro, Olímpico, CEP 69. 313-297, na Cidade de Boa Vista-RR.

OUTORGADOS: JOSÉ HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob nº 1105, com endereço profissional nesta Capital, na Rua dos Buritis, nº 376, bairro 13 de Setembro.

PODERES: Os contidos na cláusula *ad judicium et extra* para, em nome dos outorgantes, em Juízo ou fora dele, em qualquer foro, defender seus direitos e interesses, podendo confessar, reconhecer procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, acordar e discordar, propor ações de qualquer natureza que sejam de interesse das partes outorgantes, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015, firmar compromisso, bem como tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito e cabal desempenho de suas funções, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes, podendo agir em conjunto ou separadamente.

Boa Vista/RR, 29 de Abril de 2019


Outorgante

ADVOCACIA



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MANOEL RONDAL SILVA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteiro, profissão, Pintor, portador (a) da Cédula de Identidade nº 199.604.092-87 SSP/RR e do CPF 199.604.092-87 telefone: (95) 99153-0518, residente e domiciliada (a), na Rua, Anderson Correa Fernandes, nº 185, bairro, Olímpico, CEP 69. 313-297, na Cidade de Boa Vista-RR.

Declaro, que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do Código de Processo Civil.

Boa Vista-RR, ²⁹-----de ^{Abril}-----2019

DECLARANTE