



DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA
ADVOGADA / OAB - RR 1273

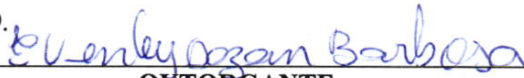
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EVENLEY DEZAM BARBOSA, brasileira, divorciada, do lar, portadora da cédula de identidade RG nº. 3508595 SSP/RR, devidamente cadastrada no CPF/MF sob nº. 538.681.022-72, residente e domiciliada na Rua: Porto Alegre, nº. 29 – Bairro: Nova cidade, Cep: 69.316-196, telefone (95) 99136-8559, na Cidade de Boa Vista-RR.

OUTORGADA: DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA, brasileira, advogada OAB/RR-1273, RG: 180.954 SSP/RR, e inscrita no CPF/MF sob o número 719.298.352-72, residente e domiciliada na Rua: Rio Caroebe, nº. 176, Bairro: São Vicente, Cep.: 69.303-280, nesta Cidade de Boa Vista-RR.

PODERES: A quem lhes confere poderes para onde com esta se apresentar, tratar de todos os assuntos, negócios e interesses do(a) Mandante; podendo para tanto, representa-o(a) junto aos Órgãos Públicos Federais, Estaduais e Municipais, entidades Autárquicas e administrativas, Tabelionatos em Geral e demais Órgãos competentes, Empresa de Correios e Telégrafos, Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN, Departamento Municipal de Trânsito – DMTRAN, Companhias e/ou Empresas de Seguros, **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT, assinar Autorização de recebimento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT-(INVALIDEZ PERMANENTE), em virtude do sinistro/acidente ocorrido no dia 25/12/2018, na região da Serra da Lua, Município de Bonfim-RR,** e Bancos relacionados a Seguradoras, pessoas físicas ou jurídicas, e demais Órgãos competentes e onde mais preciso for ai solicitar, assinar termos e requerimentos, assinar e alegar o que convier, assumir compromissos e obrigações, prestar declarações, juntar e retirar papéis e documentos, satisfazer e cumprir exigências, preencher formalidades, assinar contrato, prestar declarações, requerer segunda via de documentos, efetuar e receber pagamentos e pedir descontos, requerer e receber quaisquer tipos de documentos que for de interesse do(a) Mandante, representa-lo(a) também perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, postular na instância administrativa, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para tudo requerer e assinar, confessar e reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, receber e dar quitação, firmar compromisso ou acordos receber citações, notificações, intimações, efetuar levantamento e/ou saque de alvará judicial ou depósitos, representá-la em audiência de conciliação e julgamento agindo os outorgados em conjunto ou separadamente, podendo para tanto, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento deste mandato, podendo, ainda, substabelecer está a outrem, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, tudo conforme artigo 105 da Lei 13.105/2015 – NCPC, contratar advogados e mover Ações de quaisquer natureza, nos interesses do(a) Outorgante, defende-lo(a) nas contrárias, representa-lo(a) em qualquer audiência, transigir, desistir, propor, apresentar provas, interpor recursos legais, fazer acordos, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste Mandato, inclusive Substabelecer. A presente Procuração terá validade por tempo Indeterminado.

Boa Vista-RR, 01 de fevereiro de 2019.


OUTORGANTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 350859-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/03/2006

NOME **EVENLEY DEZAN**

FILIAÇÃO **LAURINDO DEZAN**

JUSTINA GEMA DE SANTI

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DOC ORIGEM **CERTD NASC 56282 FLS 211-V LIV A-77**

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO **17/11/1988**

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora dp IIIC

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direito

EVENLEY DEZAN
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Evenley Dezan
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDA SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSMATA ELEITORAL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR **EVENLEY DEZAN**

DATA DE NASCIMENTO **17/11/1988** Nº INSCRIÇÃO **0041 8404 2910** D.V. **001** ZONA **0406**

MUNICÍPIO / UF **BOA VISTA/RR** DATA DE EMISSÃO **20/04/2010**

JURAMENTO ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
538.681.022-72

Nome
EVENLEY DEZAN

Nascimento
17/11/1988


Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0143013-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 001 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.772/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002117599
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	01/02/2019	222	176,92

EVENLEY DEZAN BARBOSA
R. PORTO ALEGRE 29 NOVA CIDADE
CPF: 00053868102272
CEP: 69.316-196 - BOA VISTA
ROT: 15.001.23.01.178600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
kWh	kVarh		
Atual: 4069		Anterior: 09/01/2019	
Anterior: 3847		Anterior: 08/12/2018	
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 09/02/2019	
Consumo Medido: 222		Emissão: 08/01/2019	
Consumo Faturado: 222	FCAM	Apresentação: 09/01/2019	

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	16TDB05291		1.1.1.2	239

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/18	336	CONSUMO	222 A R\$ 0,796948 = 176,92
NOV/18	376		
OUT/18	392		
SET/18	293		
AGO/18	177		
JUL/18	186		
JUN/18	215		
MAI/18	223		
ABR/18	225		
MAR/18	239		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 222 - 0,634620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano **Valor R\$** **Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/01/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e não reavizadas no valor de R\$ 852,10 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.**

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.
LIQUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		TARIFAS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	43,62	Base de Cálculo:	176,92
Energia:	92,48	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,07
Encargos:	4,80	Valor do PIS:	1,05
Tributos:		Valor do COFINS:	
	36,02		4,90

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
0,00 0,00 0,00

DISTRITO
ROT: 15.001.23.01.178600

SEU CÓDIGO 11/2018 94,28
0143013-0
MÊS FATURADO VENCIMENTO
01/2019 01/02/2019

Eletrobras
Distribuição Roraima
Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 001 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.772/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

002117599 FCAM

83660000001 9 76920075000 8 00000000143 8 01300119008 4



DECLARAÇÃO

EVENLEY DEZAN BARBOSA,
nacionalidade BRASILEIRA, estado civil CASADA,
profissão DO LAR, Portador da Cédula de Identidade
de nº. 3508595-RR e CPF/MF: nº. 538.681.022-72,
residente e domiciliado(a) na Rua: PORTO ALEGRE,
nº. 29, Bairro: NOVA CIDADE, Telefone: (95)
98126-8830, na Cidade de BOA VISTA,
Estado de RORAIMA. Declaro para os devidos fins com fulcro nos
artigos 5º, LXXIV da Constituição Federal, artigo 9º da Lei 1.060/50 c/c
art. 98, art. 99 da Lei 13.105/15, artigos 1º e §2º da Lei 5.478/68 e demais
dispositivos legais pertinentes, que não tenho condições de pagar as custas
processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo para meu próprio
sustento e sustento de minha família.

Boa Vista-RR, 04 de julho de 2018.

Evenley Dezan Barbosa
declarante



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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190173254

Vítima: EVENLEY DEZAN BARBOSA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVENLEY DEZAN BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0116/01162 - carta_04 - INVALIDEZ

00070581

Carta nº 14032416

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190173254

Cidade: Bonfim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVENLEY DEZAN BARBOSA

Data do acidente: 25/12/2018

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA BIMALEOLAR - TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

538.681.022-72 EVENLEY DEZAM BARBOSA

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

Nome completo:

CPF:

538.681.022-72

Profissão:

DIARISTA

Endereço:

PORTO ALEGRE

Número:

28

Complemento:

CASA

Bairro:

NOVA CIDADE

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

CEP:

68.316-196

E-mail:

dezabarbosa1988@gmail.com

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 01367401 2

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou inexistência das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Evenley Dezam Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060526/19

Vítima: EVENLEY DEZAN BARBOSA

CPF: 538.681.022-72

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVENLEY DEZAN
BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

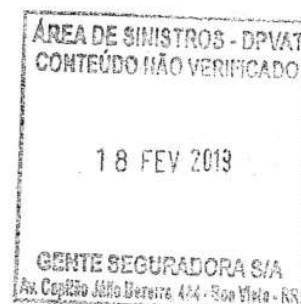
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA : 719.298.352-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EVENLEY DEZAN BARBOSA : 538.681.022-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 719.298.352-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 002868/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2019 11:33 Data/Hora Fim: 07/02/2019 12:04
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 07/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 25/12/2018 11:50

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: região da Serra da Lua
Complemento: estrada 207, de acesso ao Taboca

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: zona rural

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DEYSILENE DOS SANTOS PEREIRA (COMUNICANTE, ADVOGADO, REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino
Profissão: Advogado
Nome da Mãe: Mirna dos Santos Pereira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 180954

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 99128-7144 (Celular)

Nome Civil: EVENLEY DEZAN (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 17/11/1988
Nome da Mãe: Justina Gema de Santi Nome do Pai: Laurindo Dezan

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 350859-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Porto Alegre Nº: 29
Bairro: Nova Cidade

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP, representando sua cliente, vítima acima qualificada, para informar que a mesma é habilitada (CNH nº 06902074079), e que na data, hora e local acima informado, a vítima seguia pela estrada de acesso da Serra da Lua, conduzindo uma motocicleta Honda CG 160 Titan EX, placa NUK-0398, CHASSI 9C2KC2210GR054722, RENAVAN 01093515365, de cor preta e que se encontra em nome da própria vítima, quando perdeu o controle da referida motocicleta, vindo ao solo. Que devido as lesões, foi atendida no próprio local por populares que passavam pelo local, os quais ligaram

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 07/02/2019 12:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002868/2019

para o SAMU. Que não sabe informar quanto tempo a equipe do SAMU demorou para chegar ao local do acidente. Que devido as lesões sofridas no acidente, sua cliente foi levada ao HGR por uma equipe do SAMU onde aguarda passar por procedimento cirúrgico. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Deysilene dos Santos Pereira
(Advogado / Representante Legal / Comunicante)

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

Deysilene dos Santos Pereira
Advogada
OAB/RR 1273

DAT
07.FEV. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 FEV 2019
AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Pereira 444 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - RR		Nº 011624488298
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
VIA 01	COD. RENAVAM 01093515365	84143441301
NOME/ENDEREÇO EVENLEY DEZAN R ADOLFO MORATELLI NOVA CIDADE Nro:260 BOA VISTA-RR 69316218		
CPF/CNPJ 538.681.022-72	PLACA NUK0398	
NOME ANTERIOR RORAIMA MOTORES LTDA		
PLACA ANT/UF	CHASSI 9C2KC2210GR054722	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX	ANO FAB. 2016	ANO MOD. 2016
CAP/POT/CIL. 2P/0162CC/	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE PRETA
OBSERVAÇÕES AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA AMAZ OCID * Eduardo Silva de Castilho Int Presidente-Interino		
LOCAL BOA VISTA-RR	DATA 05/08/2016	

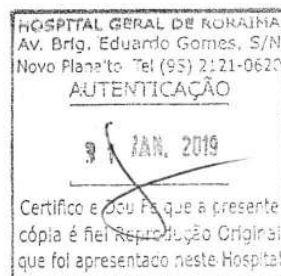


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que **EVENLE DEZANBARBOSA** retifica-se para **EVENLEY DEZAN BARBOSA** deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELEBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **25/12/2018**, às **12 horas e 31 min.**, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1801050909**.

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



... Guia de Atendimento 17 ...

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1801050508	25/12/2018 12:31:25	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	24
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
EVENLEY DEZANBARBOSA	17/11/1988		30 A 1 M 8 D		53868102272	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				F		PARDA
Mão	Pai		Contato			
NÃO INFORMADO	NI		(95) 99144-6919			
Endereço						Ocupação
RUA -- SN -- BOA VISTA -- RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pesp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			LIDIANE OLIVEIRA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Dr. e Perme @

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Paciente vítima de acidente automobilístico, ferido pelo 8º ano
em prancha rígida e colar cervical. ALERGICA A Dipirona e Tilatil

Exame Físico

BEG, LOTE, CHAAG

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Transf 100mg + SF 9.9% 100ml



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia

Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Paulo Henrique Hass Filho
Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 25/12/2018 12:33:29

22015
001050508 - 1801050508
08-09-2019 12:33:29
08-09-2019 12:33:29



Ortopedia Dr. Rogério

Trate-se de trauma de colar de vidro
de vidro grosso com fratura múltipla

Plf de colar longo (1) + clavícula

Radiografia fratura longal. bimalar + fratura
clavícula

H.1) fratura longal + fratura clavícula

2.1) anelagem + imobilização + plântula

Dr. Odinachi Okechiri
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185178B



PROJUDI - Processo: 0829405-41.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.6 - Assinado digitalmente por Deysilene dos Santos Pereiradeysilene dos Santos Per Página 15
18/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc 1

(S.I.C) Alérgico DIPIRONA / TILATIL

03

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN 17/11/18
PACIENTE	Evelin Dezanbmbosa		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	DIPIRONA / TILATIL	HAS	DM2
IDADE	segundo paciente	LEITO	DATA 25/12/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		monte
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SN
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		SN
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	F	T	R
6 H	AP 120/80			
12 H				
18 H	101x76	76	36.5°C	
24 H	110x60	68	36.7°C	19

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Geral de Roraima
Av. Brig. Faria Lima, 2121-0520
Novo Planalto, MT
AUTENTICAÇÃO
31 JAN. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
do documento apresentado neste Hospital.

18:50hs Trocado
AVP. pulso N° 22
aux. Ef. Roula

6:00hs
SSVV - Normal
Temp. 36.2°C

03



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	EVERLEI DEZAN BARBOSA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	DIPIRONA E TILATIL	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	26/12/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN				06:30
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				22h
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM-RR 1917

SINAIS VITAIS	PA.	FC	Temp.	FR.
6 H	110x77	85	36,5 °C	22x
12 H	150x80	83	36,2	+
18 H	129x76	77	36,4	15.
24 H	120x80	83	36,4	19.

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

22hs adm. medicação -
item 5 paciente queixa
se de dor.
Rosalba Almeida da Costa
Aux. de Enfermagem
CRM-RR 1917

***ALERGICA A DAPIRONA E TILATIL!**

4102



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	EVERLEI DEZAN BARBOSA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	DIPIRONA E TILATIL	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	27/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mar
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN				
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				13:25 24
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	FR	FC	PA	Temp.
6 H				
12 H	18 haxma	85 bpm	143/89 mmHg	36.6°C
18 H	sem relato	75	118 x 75	37.0°C
24 H	20	85	117 x 73	37.0°C

06 PA 128 x 83 PA 74

36°C

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19171RR

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Regulado
para leito

71 BLO 402-4
Regulação Interna

***ALÉRGICA A DIPIRONA E TILATIL!**

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HER
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	25/12/2018	DIH		DN	17/11/1988
PACIENTE	EVENLEI DEZAN BARBOSA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TORNOZELO + FRATURA DE CLAVICULA				
ALERGIAS	DIPIRONA + TILATIL	HAS		DM2	
IDADE	30	LEITO	402-4	DATA	28/12/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	PARACETAMOL 500MG VO 6/6HRS S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	ALERGIA A DIPIRONA E TILATIL!				
16					
17					
18					
19					
20					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
GH	PA	FC	FR	T	
12 H	130x83	85	18	36,2°C	
18 H	105/65	103	19	36,5°C	
24 H	119/84	80	20	36°	

G - 118/87 88 20 30

29 12 18
05:00
Calu

4024

ALÉRGICA A DÍPIRONA E TILATIL

402-4

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		25/12/2018	DIH		DN	17/11/1988	
PACIENTE		EVENLEI DEZAN BARBOSA					
AGNÓSTICO		FRATURA DE TORNOZELO + FRATURA DE CLAVICULA					
ALERGIAS		DIPIRONA + TILATIL		HAS	DM2		
IDADE		30	LEITO	402-4	DATA	29/12/2018	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				SND	
2		AVP				manhã	
4		CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:18-24:06	
7		PARACETAMOL 500MG VO 6/6HRS S/N				16:30	
8		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SA	
9		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					
10		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				16:30	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13		CURATIVO DIÁRIO				m	
14		SSVV + CCGG 6/6 H				12:00h	
15		ALERGIA A DÍPIRONA E TILATIL!!				ATENÇÃO 01	
16							
17							
18							
19							
20							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/98	84	20	36.3°	
18 H	109/81	84	20	36.5	
24 H					

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO	25/12/2018	DIH		DN	17/11/1988
PACIENTE	EVENLEI DEZAN BARBOSA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TORNOZELO + FRATURA DE CLAVICULA				
ALERGIAS	DIPIRONA + TILATIL	HAS		DM2	
IDADE	30	LEITO	402-4	DATA	30/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	PARACETAMOL 500MG VO 6/6HRS S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	* ALERGIA A DIPIRONA E TILATIL!!				
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	70	36x	
18 H	130x60	80	36x	
24 H				

Alto

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		25/12/2018	DIH	DN	17/11/1988
PACIENTE EVENLEI DEZAN BARBOSA					
AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO + FRATURA DE CLAVICULA					
ALERGIAS DIPIRONA + TILATIL HAS DM2					
IDADE 30		LEITO	402-4	DATA	31/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				S/N
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				monter
7	PARACETAMOL 500MG VO 6/6HRS S/N				02 18 24 06
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				S/N
14	SSVV + CCGG 6/6 H				remotivo
15	ALERGIA A DIPIRONA E TILATIL!!				Realizar
16					Atenção
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					S/N
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO					
NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# PREVISÃO DE ALTA:					
alto hospitalar					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
Dr Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR					





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – LESÃO CORPORAL – Nº 0619/2019/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- **Delegado (a) de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha.**
- **Requisição: Nº 035/19/SO/DAT. Referência: BO. Nº 02868/19 – DP: DAT.**

NOME: EVENLEY DEZAN BARBOSA	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA/RR
IDADE: 30 ANOS	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: BRANCA
PROFISSÃO: DIARISTA	ESCOLARIDADE: MÉDIO COMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG: Nº 350859-5 – SSP/RR	TELEFONE: 99136-8559
FILIAÇÃO: LAURINDO DEZAN e JUSTINA GEMA DE SANTI	
ENDEREÇO: RUA PORTO ALEGRE – Nº 29 – BAIRRO NOVA CIDADE – RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 11/02/2019, às 11 horas e 05 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Refere acidente de trânsito no dia 25.12.18 quando fraturou o tornozelo direito e a clavícula esquerda.

DESCRIÇÃO:

- Pericianda usando imobilização nos ombros e na perna direita.
- Apresenta cópia do prontuário médico onde consta atendimento no Hospital Geral de Roraima (HGR) no dia 25.12.18 às 12h31min vítima de acidente de trânsito com fratura de tornozelo direito e clavícula esquerda. Recebeu alta hospitalar no dia 31.12.18.

DISCUSSÃO:

- Pericianda em tratamento – Aguarda cirurgia.

CONCLUSÃO:

- Pericianda aguardando tratamento cirúrgico, deverá ser reavaliada ao fim do tratamento.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- **1º** Há ofensa à integridade física ou a saúde? **HOUVE.**
- **2º** Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- **3º** Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- **4º** Houve perigo de vida? **NÃO.**
- **5º** Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- **6º** Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **AGUARDAR EVOLUÇÃO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Marlene dos Santos Catão:

Denise M. Santos
Perita Médica Legista
CRM 675-RR

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: **13 / 05 / 19**

IML
Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 – Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



Francisco Cleto de Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1036747

EM BRANCO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

Wenley Dezan

Raio X torax → AP
puff

(pê - q)

Dra. Juliana Rocha
CRM-RR 2019

DATA ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

NOME EVENLEY DEZAN

USO ORAL

Uso Oral

1. Dipirona 500mg ----- 10cp

Tomar 01 comp VO 6/6hs se tiver febre ou dor.

2. Ibuprofeno 600mg ---- 15cp

Tomar 01 comprimido de 8/8/h por 5 dias

12/03/19
15cps

Data 12/03/2019.

Dra. Juliana Rocha
CRM-RR 2019



NOME EVENLEY DEZAN

USO ORAL

PACO

TOMAR 1 COMPRIMIDO 4/4/H SE DOR INTENSA

Data 12/03/2019.

DATA

—

100



GOVERNO DE RORAIMA
ARAGUAINIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATIVIDADES ESPECIAIS
SECRETARIA DE ESTADO DO SAÍDE

CONCLUSIONS

SECRETARIA DE AGRICULTURA
COORDENADORIA GERAL DE ATILHAÇÃO E ESTABILIZAÇÕES
SECRETARIA DE ESTADO DO RIO DE JANEIRO

(F.S.T.)

(5 pieces)

2747

Trees records

— *Arachis* O. Rogovin L. R. Dias
 17. Médico
 Traumatológico 414

5/2/19

CRN 1205 RMB

Askew & Gumbel

CLINICA ESPECIALIZADA GONZALEZ MOTA
 Buca General Puro 600 - Ciudad de los Reyes, R.P.
 C.E.I. 60.701-50 - 61.901.460 - 3.402.001.50



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

Everley Dizon

ECG

(pré-op)

Dra. Juliana Rocha
Médica
CRM-RR 2019

DATA ____/____/____

- Assinatura e Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO

NOME:

Everley Dizon Barbosa

USO ORAL

ENTRADA
02.01.19
10cps

FARMA NOVA
VENDIDO
30/11/18
21 caixa

1- CEFALEXINA 500MG -----28CP

TOMAR 1CP DE 6/6H POR 7 DIAS.

2 -NIMESULIDE 100MG -----10CP

TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 5 DIAS

3-DIPIRONA 500MG -----20CP

TOMAR 1CP 6/6H, SE DOR

02.01.19
20cps

CURATIVO DIÁRIO

3/12/18

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185178



63,9 % 25/12/2018 13:35:03
D
EVENLEI DEZAN BARBOSA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



Tam real

16/01/2019

Fabiola Castro



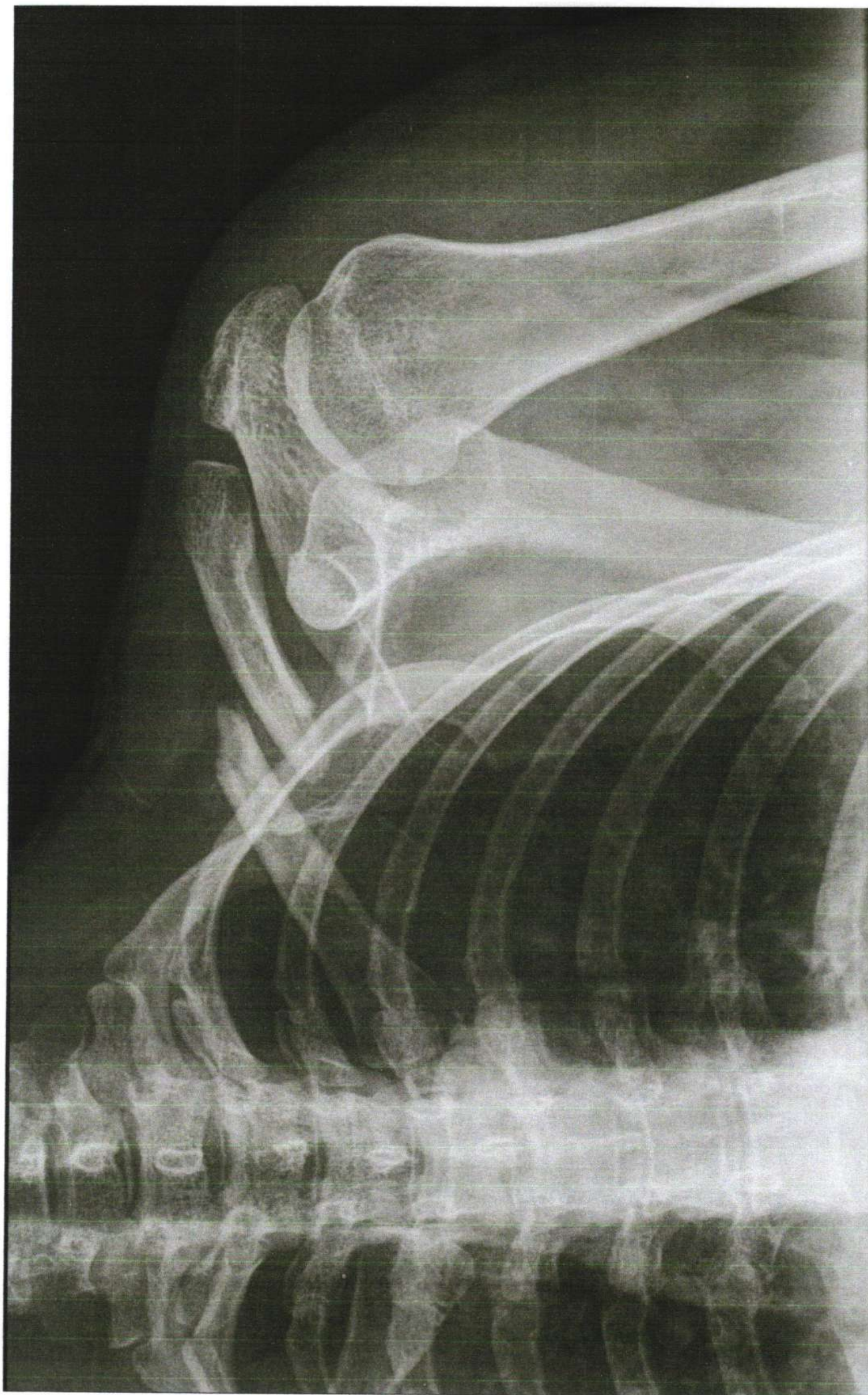
Tam real

440

EVENLEY DEZAN BARBOSA

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/01/2019



EVENLEY DEZAN BARBOSA
HOSPITAL CORONEL MOTA

440

16/01/2019

Fabiola Castro

101.2 %

NIR



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Everlei Dezan Barbosa, de 30
data de nasc: 17/11/88 contato: (95)- 91368559 / 91588634, com o diagn
Fx T02 + Fx Clav. indicando como indicação o procedimento: Escleross + T02 + Clav
da ESPECIALIDADE ORTOPEDIA, sem data de agendamento no momento até normalização do
eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 e
antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profis
da área. Portanto assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realizaçã
procedimentos, o serviço de ORTOPEDIA irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato ao
acordo com as prioridades médicas e as previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 17/01/19 com o
DR. Rogério, para acompanhamento extra hospitalar até normalização da situ
contato da unidade para realização do procedimento indicado.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer
medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exam
operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTE
PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definid
documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na
horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo es
situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: É de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgime
alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como:
fermigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouidão) no local afetado, o paciente
retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Ailton Rocha - 2
onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, sendo necc
irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA
Dr. Odinech Oxamin
Médico Registrado
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/R

Everlei Dezan Barbosa
PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO INTERNO DE REGULADOR
NIR/HGR
RECEBIDO
Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3303 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(Cxx95) 2121 0620
E-mail: direcao geral.hgr@gmail.com

DIREÇÃO GERAL DO HGR

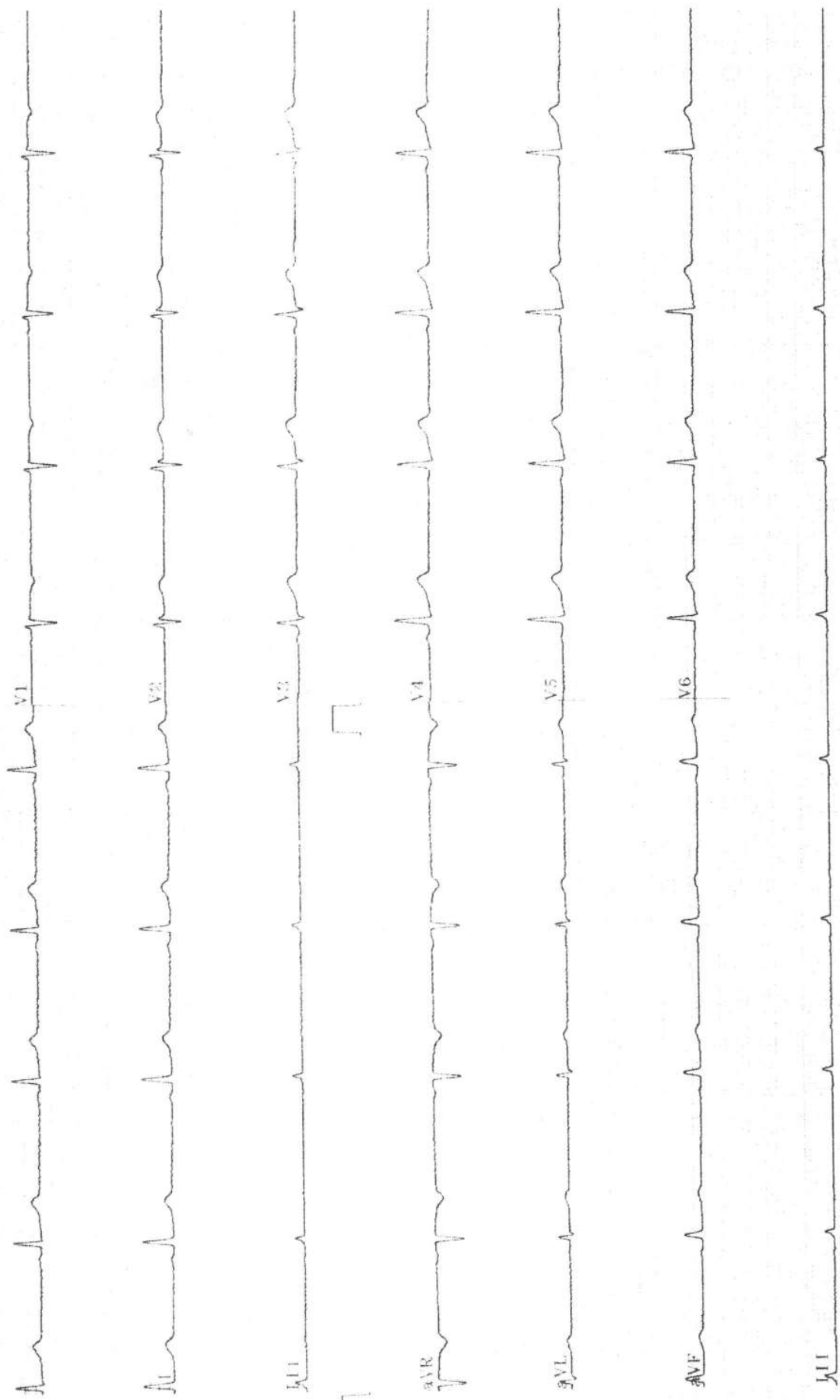
GOVERNO
DO POVO

2019-03-15 08:43:34
ID : 30000000
Nome: Evelyn Day Dezan
1,56 Anos.
57,2 kg

6Canais + 1Ritmo
FC: 53bpm
PR Int.: 144 ms
QRS Dur.: 72 ms
QT/QTc: 416/390 ms
Eixo P-R-T
45 43 22

Hospital
Confirmado por:
(Deve ser confirmado pelo médico)

Resultado da Análise ** (Deve ser confirmado pelo médico)
Bradicardia Sinusal (HR: 50-59)
Eixo Normal
Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG I





Laboratório de Análises Clínicas Santa Rosa
Rua Cecília Brasil, N° 268 A - Centro - Boa Vista
Tel : (95) 3624-1179 / 3224-3177 / 9155-2300
E-mail : laboratoriosantarosa@yahoo.com.br

Paciente : EVENLEY DEZAN Protocolo: 0092734
Idade : 30 anos Sexo: F Unidade : CTL
Convênio : SUS PREFEITURA Cadastro : 18/03/2019
Médico(a) : - Emissão : 21/03/2019
Jejum : N RG/CPF :

HEMOGRAMA COMPLETO

E R I T R O G R A M A			Maiores de 18 Anos	
			HOMENS	MULHERES
HEMÁCIAS.....	4,37	milh/mm3	4,5 - 5,9	4,0 - 5,2
HEMOGLOBINA.....	13,1	g%	13,5 - 17,5	12,0 - 16,0
HEMATOCRITO.....	40,4	%	38,8 - 53,0	35,0 - 46,0
HCM.....	29,98	fl	26 - 34	26 - 34
VCM.....	92,45	pg	80,0 - 100,0	80,0 - 100,0
CHCM.....	32,43	%	31 - 36	31 - 36
RDW.....	12,6	%	11.5 - 15.0	11.5 - 15.0

OBSERVAÇÕES

L E U C O G R A M A				
			4000	11000
LEUCOCITOS.....	6.650	/mm3	%	/mm3
	%	/mm3		
MIELOCITOS.....	0,0	0	(0 - 0)	(0 - 0)
METAMIELOCITOS.....	0,0	0	(0 - 0)	(0 - 0)
BASTONETES.....	0,0	0	(0 - 6)	(0 - 2.100)
SEGMENTADOS.....	66,0	4.389,00	(47 - 63.0)	(1.500 - 6.500)
EOSINOFILOS.....	2,8	186,20	(1 - 5)	(0 - 700)
BASOFILOS.....	0,3	19,95	(0 - 1)	(0 - 190)
LINFOCITOS TÍPICOS.....	27,2	1.808,80	(20 - 35)	(1.200 - 4.000)
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	0,0	0	(0 - 0)	(0 - 0)
MONOCITOS.....	3,7	246,05	(1 - 8)	(100 - 950)
PLASMOCITOS.....	0,0	0	(0 - 0)	(0 - 0)
PLAQUETAS.....	265.000	/mm3	(150.000 -	450.000)



Conferido, liberado e assinado eletronicamente por:

Dra. M. Rosinalda C. Antony
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-AMRR 02482

Dra. Camila Furtado Silva
Biómedica
CREM 2820 - 4ª Região



Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente esses resultados.



Laboratório de Análises Clínicas Santa Rosa
Rua Cecília Brasil, N° 268 A - Centro - Boa Vista
Tel : (95) 3624-1179 / 3224-3177 / 9155-2300
E-mail : laboratoriosantarosa@yahoo.com.br

Paciente : EVENLEY DEZAN Protocolo: 0092734
Idade : 30 anos Sexo: F Unidade : CTL
Convênio : SUS PREFEITURA Cadastro : 18/03/2019
Médico(a) : - Emissão : 21/03/2019
Jejum : N RG/CPF :

TEMPO DE COAGULACAO

Resultado.....: 5 minutos e 30 segundos
MATERIAL: Sangue METODO: Lee-White
Valor de referencia: 2 a 10 minutos

GLICOSE JEJUM

Resultado.....: 82 mg/dL
METODO: BS380 MATERIAL: Soro
Valores de referencia: 70 a 110 mg/dL
Crianças: 9 a 40 mg/dL
Adultos: 15 a 45 mg/dL



Conferido, liberado e assinado eletronicamente por:


Dra. M. Rosinalda C. Antony
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-AMRR 02482


Dra. Camila Bertosa Silva
Biómedica
CRBM 2020 - 4ª Região



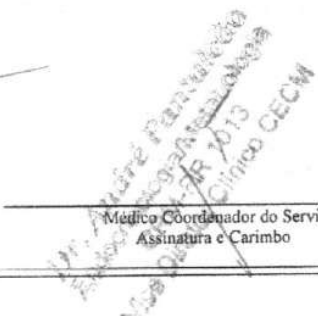
Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente esses resultados.



LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

*Órgão Emissor: HOSPITAL CORONEL MOTA CNS: 708.2066.0833.5847 TFD Nº			
*PACIENTE (obrigatório)	Nome EVENLEY DEZAN BARBOSA		Data de Nascimento 17/11/1988 30 ANOS
	Profissão DO LAR	CPF: 538.681.022-72	Documento Identidade 350.859-5 SESP/RR
	Endereço completo RUA: PORTO ALEGRE, Nº 29, BAIRRO: NOVA CIDADE		Telefone 99136-8559
*ACOMPANHANTE	Nome:		Documento Identidade
	Endereço completo:		Relação com Paciente:
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome: ROGÉRIO LEONARDO DE PAULA DIAS		Especialidade ORTOPEDISTA
	CPF 667.859.952-72	RG 161.617	CNS 1205
	Endereço completo: HOSPITAL CORONEL MOTA		TELEFONE 212-7485
*Procedimento solicitado: OSTEOSSÍNTESE FRATURA TORNOZELO (D).			*Código do procedimento: 04.08.05.049-7
			*Diagnóstico Inicial (CID-10): S.93-0
*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual): DOR / IMOBILIZADO (TALA GESSADA)			
*Condições que justificam a internação: CIRÚRGICO.			
*Principais resultados de provas Diagnósticas: RX + EF.			
*Justificativa para solicitar internação: CIRÚRGICO.			
Condições hemodinâmicas (Incluindo necessariamente a mensuração da PA):		Padrão Respiratório:	
Funções Renal e Hepática:		Estado Neurológico Sumário:	
Estado Nutricional:		Caracterização de eventual Urgência do procedimento:	
História Progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso e alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos:		Informação sobre dado de Exame Físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (Podem ser na forma estruturada ou não):	
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado:	AÉREO		

Hemograma completo		Coagulograma completo:	
Creatinina:		Glicemia de Jejum:	
Eletrocardiograma:		Radiografia de Tórax (Para maiores de 60 anos):	
Relatório de Risco Cirúrgico (Coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5):			
*Tratamento realizado: TALA GESSADA + AINH.			
*Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado: NÃO REALIZANDO.			
*Justificar em caso de necessidade de encaminhamento Urgente NÃO URGENTE.			
*Justificar em caso de necessidade de Acompanhante: SIM, CIRÚRGICO.			
*Duração provável do Tratamento: 15 DIAS.			
Outras anotações:			

Local e Data: Boa Vista-RR, 17 DE JANEIRO DE 2019.	
 Dr. Rogério L. P. Dias Médico Ortopedista Traumatologista CRM 1206 RR TDF 214 Médico solicitante Assinatura e Carimbo	 Dr. André Pantoja Médico Coordenador do Serviço Assinatura e Carimbo

Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social:	
DEFERIDO	INDEFERIDO
COM SEM	ACOMPANHANTE
PROVIDENCIAR	
DATA	Assinatura e Carimbo
	Assinatura e Carimbo
	Assinatura e Carimbo
Presid. JM-TFD=SESAU-RR	
Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório	



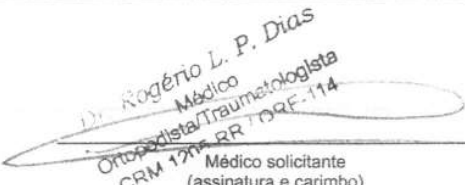
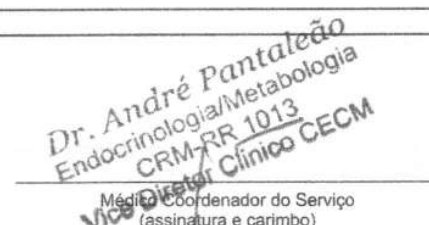
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

*Órgão Emissor NOME DA UNIDADE		CNS	TFD Nº
*PACIENTE (obrigatório)	Nome <i>Deysilene D. Barbosa</i>	Data de Nascimento	
	Profissão	CPF	Documento de Identidade
	Endereço Completo		Telefone
*ACOMPANHANTE	Nome	Documento de Identidade	
	Endereço Completo	Relação com Paciente	
*MÉDICO SOLICITANTE (obrigatório)	Nome	Especialidade	
	CPF	CRM	CNS
	Endereço Completo	Telefone	

*Procedimento solicitado <i>internar para TFD</i>	*Código do procedimento
	*Diagnóstico inicial (CID-10)
*Principais sinais e sintomas clínicos (Histórico da doença atual) <i>Do / Fractura do fêmur direito,</i>	
*Condições que justificam a internação <i>cirúrgico</i>	
*Principais resultados de provas diagnosticadas <i>Rx + EF</i>	
*Justificativa para solicitar internação <i>Cirúrgico</i>	

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA)	Padrão respiratório
Função renal e hepática	Estado neurológico sumário
Estado nutricional	Caracterização de eventual urgência do procedimento
História progressiva e atual significativas especialmente quanto ao uso de alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e anti-sépticos	Informações sobre dado de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não)
Atestar as condições de remoção com segurança para a indicação do transporte adequado	

Hemograma completo		Coagulograma completo	
Creatinina		Glicemia em jejum	
Eletrocardiograma		Radiografia de Tórax (para maiores de 60 anos)	
Relatório de Risco Cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (Asa 1, 2, 3, 4 ou 5)			
*Tratamento realizado			
*Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado			
*Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente			
*Justificar em caso de necessidade de acompanhante			
*Duração provável do tratamento			
Outras anotações			

Local e Data Boa Vista-RR,	 Dr. Rogério L. P. Dias Médico Ortopedista/Traumatologista CRM 1205 RR TDRF-114 Médico solicitante (assinatura e carimbo)	 Dr. André Pantaleão Endocrinologia/Metabologia CRM-RR 1013 Vice Diretor Clínico CECM Médico Coordenador do Serviço (assinatura e carimbo)
-------------------------------	--	--

Local da Junta Médica / Serviço Local de Medicina Social	
DEFERIDO	INDEFERIDO
COM ACOMPANHANTE	SEM ACOMPANHANTE
PROVIDENCIAR	
_____	Assinatura e Carimbo
_____	Assinatura e Carimbo
_____	Assinatura e Carimbo
Presid. JM-TFD=SESAU-RR	

Observação: *Todos os campos são de preenchimento obrigatório

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR**

BOA VISTA, 31 / 12 / 18

Dr. Odinachi Okemiri
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

MÉDICO

405-4

30
31 18
32 18
33 18
34 18
35 18
36 18
37 18
38 18
39 18
40 18
41 18
42 18
43 18
44 18
45 18
46 18
47 18
48 18
49 18
50 18
51 18
52 18
53 18
54 18
55 18
56 18
57 18
58 18
59 18
60 18
61 18
62 18
63 18
64 18
65 18
66 18
67 18
68 18
69 18
70 18
71 18
72 18
73 18
74 18
75 18
76 18
77 18
78 18
79 18
80 18
81 18
82 18
83 18
84 18
85 18
86 18
87 18
88 18
89 18
90 18
91 18
92 18
93 18
94 18
95 18
96 18
97 18
98 18
99 18
100 18

31 18 15.000

13.000,00

PI 10 FI

região

50% correspondente ao valor de 13.000,00

Assinado digitalmente por Deysilene dos Santos Pereiradeysilene dos Santos Per

31 15 18