



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: RÁLITON DE SOUZA MOTA, brasileiro, SOLTEIRO, MESTRE DE OBRA, portador da cédula de identidade nº 83.892, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 241.531.252-53, residente e domiciliado na Rua IGUSLAVIA, nº 588, Bairro CAUAMÉ, nesta Capital, CEP 69.311-087, e-mail: raliton_de_souza@hotmail.com.

OUTORGADO: MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. 205-B, e MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, propor AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA, em desfavor da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, receber alvará e levantar importância em nome do Outorgante em qualquer agência Bancaria referente a presente proposta, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15).. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 03 de outubro de 2018.

Ráliton De Souza Mota.
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

NOME: RÁLITON DE SOUZA MOTA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

RG nº. 83.892 SSP-RR **PROFISSÃO:** MESTRE DE OBRA

CPF/MF nº. 241.531.252-53

ENDEREÇO: RUA: IUGUSLAVIA, N°. 588, BAIRRO: CAUAMÉ, BOA VISTA-RR.

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 11 de Outubro de 2018.

RÁLITON DE SOUZA MOTA.
DECLARANTE



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10901834

A/C: RALITON DE SOUZA MOTA

Sinistro: 3170117621 ASL-0079323/17
Vitima: RALITON DE SOUZA MOTA
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RALITON DE SOUZA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000046688-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

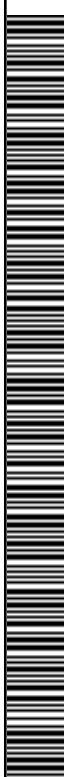
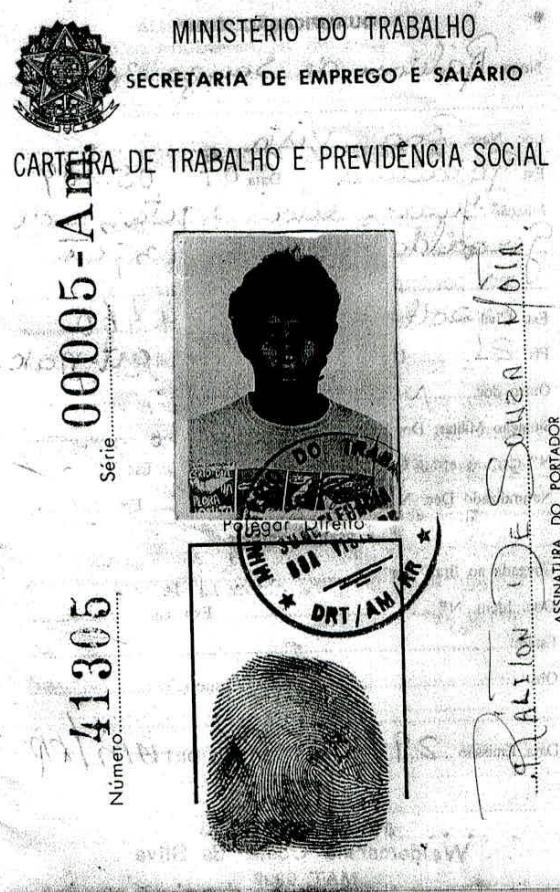
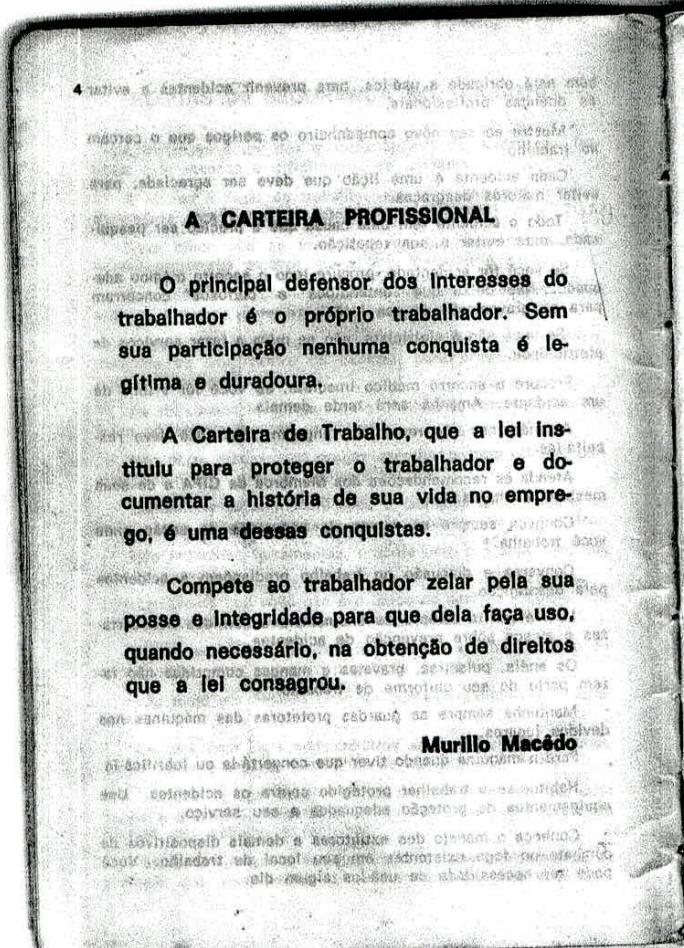
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





12	CONTRATO DE TRABALHO	13
Empregador		
Rua	Nº	
Município	Est.	
Esp. do estabelecimento		
Cargo		
Data admissão	de	de 19
Registro nº		Fls/Ficha
Remuneração especificada		
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.		
1º		
2º		
Data saída		
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.		
1º		
2º		
CONTRATO DE TRABALHO		
Empregador		
Rua	Nº	
Município	Est.	
Esp. do estabelecimento		
Cargo		
Data admissão	de	de 19
Registro nº		Fls/Ficha
Remuneração especificada		
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.		
1º		
2º		
Data saída		
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.		
1º		
2º		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação desse em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5E 4TFAL PXQXG B5PZY



6

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Rádon de Souza Neto

Loc. Nasc. Boa Vista

Est. Pernambuco Data 07/05/69

Filiação Marques Alves Neto e de
Genilda de Souza Neto

Est. Civil Soldado Doc. N° 4460

Fis. 21 Liv. 5 Reg. Civil cert. nasc.

Outro doc. nicle parf 56

Situação Militar: Doc.

Nº Órgão Est.

Naturalizado Doc. N° Em / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N° Exp. em / /

Estado

Obs.

Data Emissão 29/10/86 DRT 14m/PIP

Assinatura do Funcionário

Waldemarina Costa da Silva
MAT. 9397

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

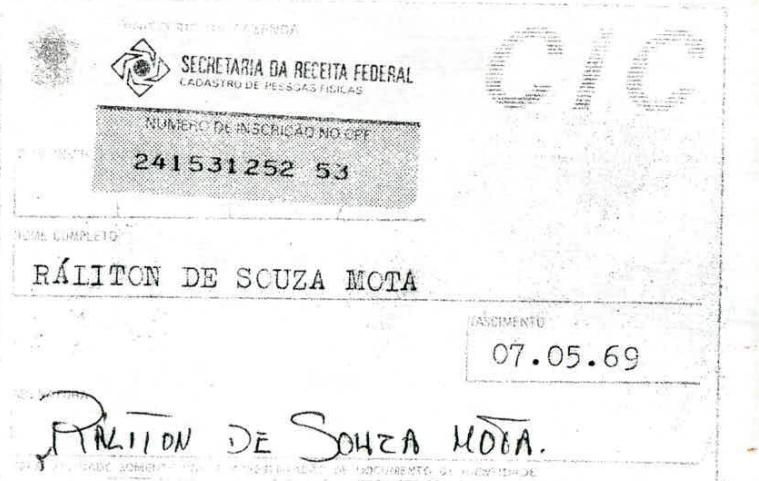
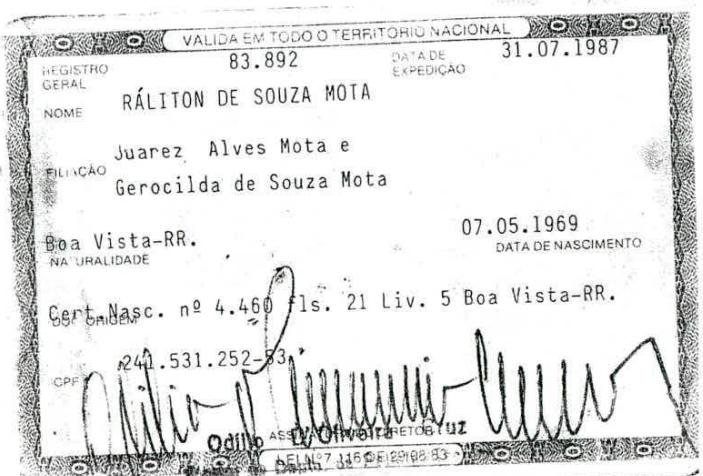
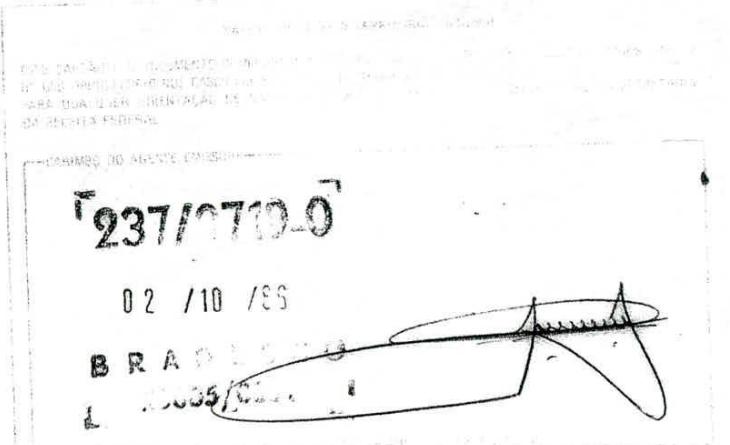
Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.





BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 1463597

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

RALITON DE SOUZA MOTA

R. IUGUSLAVIA , 588

CAUAME -

CEP 69.311-087 - BOA VISTA - RR

CPF 241.531.252-53 RG 83892 SSP RR 31-07-87

Roteiro: 001.18.05.318600

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0038291-4

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
17/09/2018	20/08/2018	18/09/2018	18/10/2018	29	18/09/2018	09/2018
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligaçao	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	O 15 24 203	Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	E2829674	58609	58471	1,00000	5	138
						Cons. Faturado
						138

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	237	TUSD (*) 23,65	Consumo 138 kWh a 0,574560	0, 456770	79,28
07/2018	266	TE (*) 37,82	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		24,53
06/2018	99	Transmissão 0,00	Correção Monetária Da Il. Pública 07/2018-00		0,07
05/2018	262	Encargos 1,57	Correção Monetária Igpm 07/2018-00		0,69
04/2018	225	Tributos 16,24	Multa Por Atraso De Il. Pública 07/2018-00		0,74
03/2018	267	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição; TE=Tarifa de Energia	Juros De Mora Por Atraso De Il. Pública 07/2018-00		0,23
02/2018	834		Multa Por Atraso 07/2018-00		3,02
01/2018	146		Juros De Mora De Importe / Serviços 07/2018-00		1,41
12/2017	84				
11/2017	260				
10/2017	151				
09/2017	402				
Média		Pis - 0,49			
12 meses	269	Cofins - 2,28			

Indicadores de Continuidade: 07/2018				Conta em Débito		
Cj:	14 - FLORESTA	EUED	R\$ 59,21	Mês/Año	FD	Vencimento
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0 06/09/2018
DIC	8,85	5,78	17,70	35,40		172,04
FIC	8,46	14,00	16,92	33,84		
DMIC	4,82	2,33	4,82	4,82		
				Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 172,04		

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> **Tensao Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V**

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo
79,28

Alíquota
17,00

Valor do ICMS
13,47

Vencimento
06/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 109,97

Reservado ao Fisco
2904.0604.29B5.3953.FD81.02D4.F2FB.E49C

FaturaEventual.qsp V.9.07 19/02/2018

Eletrobras
Distribuição Roraima
BOA VISTA ENERGIA S.A.

UC 00382914 Mês Faturado 09/2018 No. FD 00 TC 6

Vencimento
06/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 109,97

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.

Código para débito automático: 0038291-4

83660000001 9 09970075000 5 00000000038 0 29140918006 9



 <p>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</p>	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1937184 - ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA	Data/Hora do Acidente (hora local): 08/10/2016 18:45	BR: 174	KM: 518,0
Município/UF: BOA VISTA/RR	Tipo de Acidente: Colisão traseira	Sentido da Via:	Decrescente
Fase do dia: Anoitecer	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade:	Inexistente
Sinalização existente: Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica:	Ceu Claro
Houve danos ao patrimônio da União?	<input type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	<input type="checkbox"/> Não	Data e horário do	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	<input type="checkbox"/> Não		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Sim

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Danos no veículo V2

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**CONDICÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0
Possui defensa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:

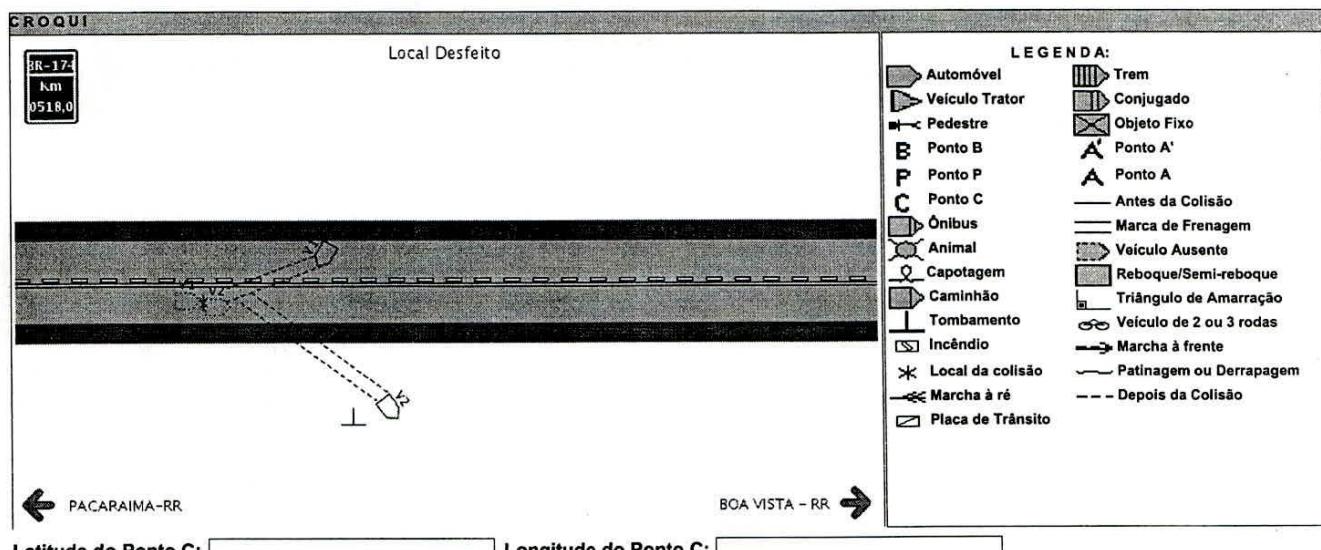
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em ní-vel Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,4 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCritivo DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
<input type="text"/>						

Narrativa da Ocorrência:

A equipe PRF atendeu às 18:30 solicitação via CIOP para comparecer na altura do KM 518 para verificação de possível ocorrência de acidente. Chegando ao local deparou-se com dois veículos: V1- VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292 e V2- I/MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884.
V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada.
V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado.

No dia 08/10/2016, por volta das 18:15h, a equipe da PRF foi acionada pela CIOP para verificar a ocorrência de acidente ocorrido na BR 174, Km 518, no município de Boa Vista-RR. Chegando ao local, foi verificada a ocorrência do acidente.

O acidente do tipo Colisão Traseira, envolveu o veículo VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292, conduzido pelo Sr RALITON DE SOUZA MOTA, CPF 241.531.252-53, doravante denominado V1, e o veículo I/MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884, conduzida pelo Sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, CPF 664.161.672-04, doravante denominada V2.

De acordo com vestígios no local e relato dos envolvidos foi verificado que V1 seguia seu fluxo normal da via, deslocando-se no sentido Pacaraima/Boa Vista quando colidiu com V2 que seguia no mesmo sentido.

V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada.

V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado na faixa de domínio e apresentava danos nas laterais e principalmente na parte traseira.

O condutor de V1 foi conduzido ao hospital e encontrava-se sem condições de prestar declaração e não realizou o teste de Etilômetro.

O condutor de V2 encontrava-se no local, habilitado, apresentava escoriações nos braços, realizou o teste do Etilômetro nº 486 tendo como resultado 0,00 mg/L, outros dois ocupantes do veículo V2, as senhoras MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA e KATIA CILENE DE OLIVEIRA FRAXE foram encaminhadas ao HGR pela equipe SAMU. Relatou o condutor de V2 que foi atingido por V1 na traseira de seu veículo quando transitava sentido Boa Vista, segundo o condutor, V1 apareceu de repente e estaria com os faróis apagados, pois, o trecho é reto e mesmo assim ele não avistou o veículo até momentos antes da colisão. Segundo o condutor, V1 deslocava-se em uma velocidade muito alta.

No interior de V1 foi encontrado uma lata de cerveja, ainda fechada.

V1 foi retirado do local com auxílio de um guincho particular e deixado aos cuidados de JOSÉ DA PENHA SANTOS BARCELOS, CPF 368.756.941-15.

V2 ficou aos cuidados do sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, RG 152354 SSP/RR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE:	181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NAW-0292	Sequencial: V1	Descrição:	Chassi: 9BWJB45U7FP160237	Renavam: 01040528900
Marca/Modelo: VW/SAVEIRO CD TL MB	Cor: BRANCA	Ano: 2015	Tipo: Caminhonete	Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 1	Especie: Especial	Categoria: Particular		
Proprietário: RALITON DE SOUZA MOTA	CPF/CNPJ: 241.531.252-53			CEP: -
Endereço:	Telefones:			
Município/UF:				
Celular:				

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: BRASIL	Destino: BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00 Produto Perigoso:		
Descrição da Carga:			

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros	Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 20:30	Motivo: Remoção
Responsável pela Recepção: MARIA AMANDA GADELHA MACHADO		
Documento do Responsável: 3199010 SSP RR		
Município/UF: BOA VISTA/RR	Descrição do Encaminhamento: ENTREGUE PARA GUINCHO PLACA NBA 0096	

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JXX-4884	Sequencial: V2	Descrição:	Chassi: JMYLYV98W8JA01346	Renavam: 00960543465
Marca/Modelo: I/MMC PAJERO HPE 3.2 D	Cor: PRATA	Ano: 2008	Tipo: Utilitário	Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 3	Especie: Misto	Categoria: Particular		
Proprietário: JORGE DA SILVA FRAXE	CPF/CNPJ: 144.511.742-87			CEP: -

Endereço:

Município/UF:	Telefones:
Celular:	

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: BOA VISTA/RR - BRASIL	Destino: BOA VISTA/RR - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo			Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00 Produto Perigoso:		
Descrição da Carga:			

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros	Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:00	Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: LEIRSON LIMA DE AMORIM		
Documento do Responsável: 152354 SSP RR		
Município/UF: BOA VISTA/RR	Descrição do Encaminhamento:	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
 NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/NAW-0292

Nome/Apelido: RALITON DE SOUZA MOTA

Data de Nascimento: 07/05/1969 Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: GEROCILDA DE SOUZA MOTA

Endereço: CEP: . -

Município/UF: Telefones: Celular:

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 241.531.252-53 Documento de Identificação: 83892 Orgão Expedidor: SSP /RR

Origem: Destino:

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04522771853/RR Primeira Habilitação: 11/12/2008

Validade CNH: 10/12/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: WESLLEN ROCHA

Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34

Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/JXX-4884

Nome/Apelido: LEIRSON LIMA DE AMORIM

Data de Nascimento: 04/04/1980 Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA DA LUZ LIMA DE AMORIM CEP: . -

Endereço:

Município/UF: Telefones: Celular:

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 664.161.672-04 Documento de Identificação: 152354 Orgão Expedidor: SSP /RR

Origem: Destino:

Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 00476733554/RR Primeira Habilitação: 23/11/1998

Validade CNH: 04/12/2018 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 2,0 Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: IGNORADO

Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:40

Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro

Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46

NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvedo: Passageiro Veículo V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: KATIA CILENE DE OLIVEIRA FRAXE Sexo: Feminino Data de 08/03/1973
Nome do Pai:
Nome da Mãe: EROCY MARQUES DE OLIVEIRA
Endereço:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: WESLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

 <p>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</p>	<p>OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada</p>
---	--

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA Sexo: Feminino Data de:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA LAUDECI LAIOLA
Endereço:
CEP:
Município/UF:
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL
CPF: 009.567.952-93 Documento de Identificação:
Orgão Expedidor:
Telefones:
Estado Civil:
Grau de Instrução:
Ocupação Principal:
Origem:
Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:
[campo vazio]

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: WESLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento:
[campo vazio]

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---	---

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS							
Veículo:	V2 / I/MMC PAJERO HPE 3.2 D			Placa:	JXX-4884		
Nome do Agente/Assinatura:	ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA			Nº BOAT:	83505552		
Registro/Matricula do Agente:	1937184			Data:	08/10/2016 18:45		

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":					
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":					
Total de pontos "SIM" + "NA": 21											

Item	Descrição do componente	ITENS NÃO PONTUÁVEIS		SIM NAO Item	Descrição do componente	SIM NAO
		SIM	NAO			
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis	X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X
51	Air Bag Lateral	X		57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)	X
52	Local gravação VIN	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus	X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Veículo tomado impossibilitou a retirada de fotos em melhores angulos

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 08/11/2016 11:42:46**NÚMERO DE CONTROLE:** 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo:	V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB	Placa:	NAW-0292
Nome do Agente/Assinatura:	ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA	Nº BOAT:	83505552
Registro/Matricula do Agente:	1937184	Data:	08/10/2016 18:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				34	
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0	
Total de pontos "SIM" + "NA":											

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
 Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46

NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f58403ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE:	181af20f584033ca





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

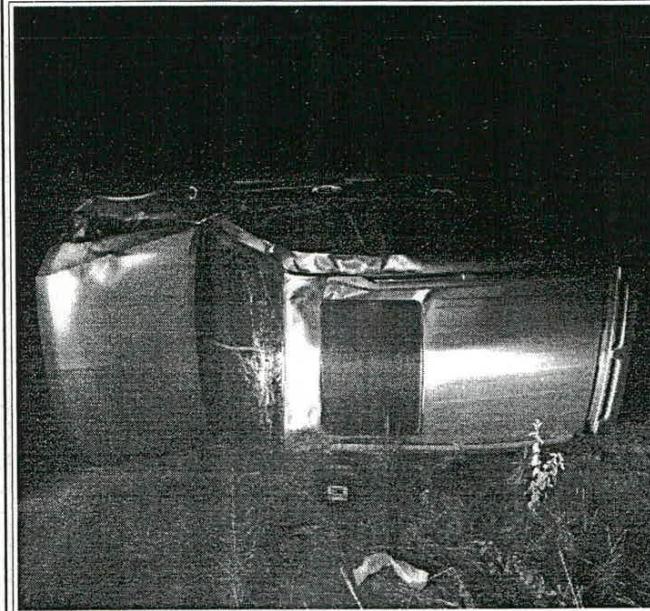
Veículo: V2 / I/MMC PAJERO HPE 3.2 D	Placa: JXX-4884
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA	Nº BOAT: 83505552
Registro/Matricula do Agente: 1937184	Data: 08/10/2016 18:45



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

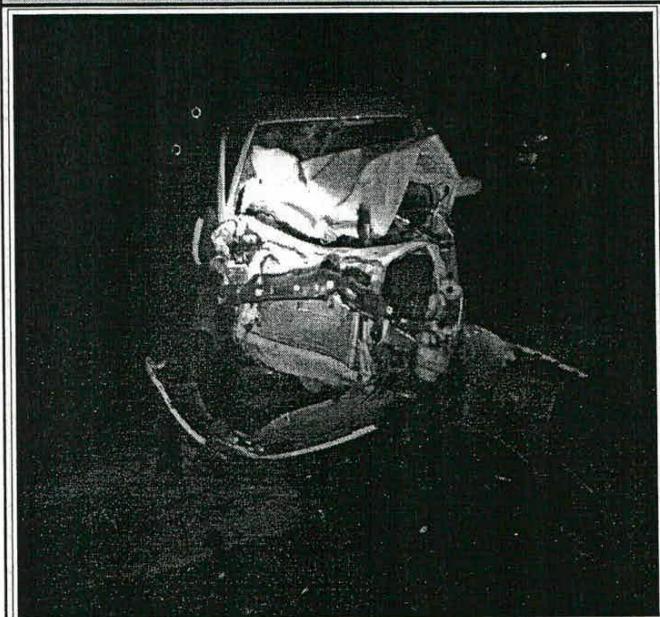
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



 <p>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</p>	OCORRÊNCIA: 83505552 Comunicação: C2057417 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
---	---

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

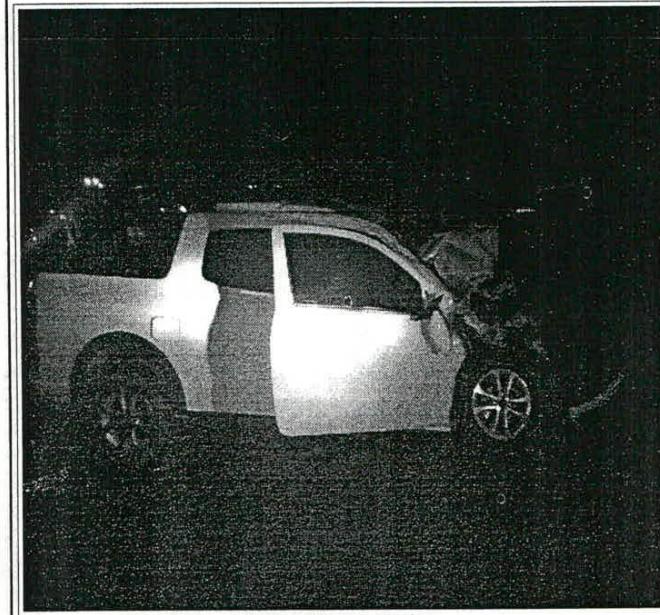
Veículo: V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB	Placa: NAW-0292
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA	Nº BOAT: 83505552
Registro/Matricula do Agente: 1937184	Data: 08/10/2016 18:45



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca





Bravo II

FICHA DE ATENDIMENTO

Shirley



Unidade:

Equipe: Prod. João, Guilherme, Linter

Paciente: Raliton Souza matr

Idade: 47 Sexo: M

Endereço: BR-174

Nº 18 414

DATA 08/10/16

HORA: 18:42

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

CHAMADA

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCcorrÊNCIA (no local do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCcorrÊNCIA (na viatura)

AUTOMÓVEL

 Cinto [] SIM [] NÃO Vítima [] projetada
[] encarceradaAir Bag: SIM [] NÃOMotorista: Passageiro [] dianteiro
[] traseiro

[] Capotamento

[] Atropelamento

 Colisão Curvo

MOTO:

 Condutor Carona Capacete [] SIM [] NÃO queda Atropelamento Colisão

BICICLETA:

 Condutor Carona queda Atropelamento Colisão

VIOLENCIA

 FAB PAF E

Espancamento _____

OUTROS

 Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto Queda, Altura aprox.: _____ Acidente Doméstica Queimadura Agente _____ Agressão p/ animal _____ Outros: _____

MECANISMO DE TRAUMA

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <u>S/A</u>	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <u>N</u>	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	1909	1	94	23	93			
Fim	1924	+	98	-	95			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra

GRAVIDADE COMPROVADA	[] ILESO	[] PEQUENA	[] MÉDIA	[] INDETERMINADA	[] OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- Cancelamento
- Recusa de Atendimento
- Não se encontrava no local
- Recusa de hospitalização
- Trote
- Bombeiro no local:

- Polícia Militar
- Guarda Municipal
- SMTTRAN
- Bombeiro
- Outro

- Iniciada as: _____
- Término as: _____
- RCP com sucesso
- RCP sem sucesso
- Obs.: _____

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

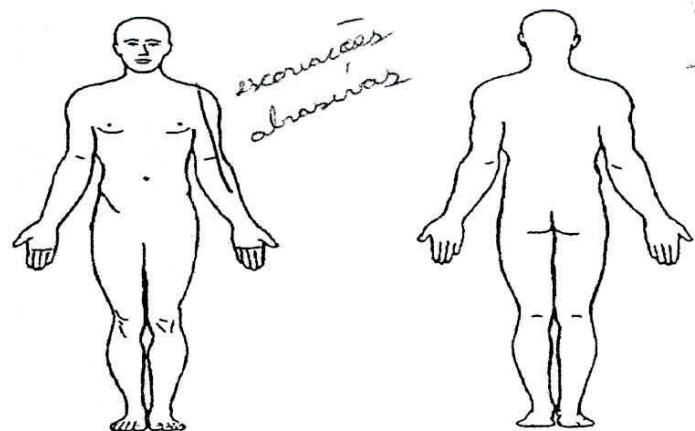
CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 25/10/16
Stefanio.

DESTINO:	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
----------	--	--

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

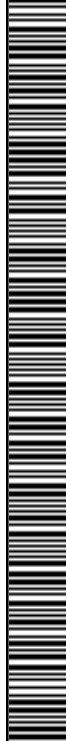
19h 30 - Vítima colisão carro x carro, encontrado fora do veículo sem decíduo dorsal, consciente, verbalizando, suspeita de fratura em T₁ + e escoriações abrasivas em M5. Nega alergia, realizada pratica de traumas. Pela avaliação da equipe air bag não disparou, segundo a vítima disse que sim. Regulador curto e conduzido de GT. Tcc. Ponto 387 263 cont.

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



25/01/16
 Stephanie
 10:50 h

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	6 luvas P, G
Perda de líquido: _____ BCF: _____	08 ataduras
[] Com cartão [] Sem cartão	



VOLUNTAT

...: Guia de Atendimento 02 ...

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

Visto por:
Desidéria10 / HGR /
Hospital Geral de Roraima

1600665379	08/10/2016 20:29:03	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19-07	17
Faciente		Data Nascimento	Idade	CNS				CPF	Prontuário
RALITON DE SOUZA MOTA		07/05/1969	47 A 5 M 1 D						151177
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD	83892			M	SOLTEIRO(A)	PARD	BOA VISTA - RR		
Mãe				Pai			Contato		
GEROCILDA DE SOUZA MOTA							(95) 99138-9425		
Endereço							Ocupação		
RUA - IUGUSLAVIA - 588 - CAUAME - 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.	Peso	Pressão			
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA								
Setor									
GRANDE TRAUMA									
Queixa Principal									
			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de capotamento, mega síncope ou vômito e queixa de dor pélvica é (D).
Exame Físico

BEG, lucido, ATN eupneico, monocoarado, hidratado, apresenta multiphas excreções dispeusas.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(D) Metformina (0mg + 100ml AD eu copo)	20.50
NIR Regulado para leito 111-1 Regulação Interna	
Jean E. Gadelha Mat. 40001351 SAMU/HGR	HOSP AV. B RCVJ

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: Ortopedia

- Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Missão

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

 IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

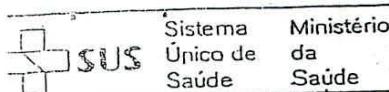
Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 08/10/2016 20:30:47



ZIM
ZOTEC - Sistema de Trajetória
ZT - Trajetória de Roraima
V1.0.122 - 01/05/17

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
HGR				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
HGR				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Roberto de Souza Mato			151177	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
700130189036861332			07/05/69	
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
m			Geralda de Souza mato	
11 - TELEFONE DE CONTATO			12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
95 9113891225			R- Ipanema 588 Icaraí	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
Belo Horizonte			15 - UF	
			16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Fx astebulio i lux. ob quadri ①				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
Tut. cir.				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Rx + anomalias + ex. fisiológico.				
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Fx astebulio.				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
23 - CID 10 III CAUSAS ASSOCIADAS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
Rx intervento + drenos hansenófilos				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA				
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
28 - DOCUMENTO				
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
() CNS () CPF				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
Dr. Leonardo Roberto				
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
08/10/16				
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
Residente em Belo Horizonte Traumatologista CRM-MG 1715				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - DOCUMENTO				
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
() CNS () CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
8/10/16				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
0408040203 → 5324 V499				

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			151177	
6 - DATA DE NASCIMENTO			6 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			m	
HOI03081910361816131312			7 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO	
Gloricilda de Souza mota			9159113899125	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
R. Engenhoaria 588 Cauané			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
Boca Vista			15 - UE	
16 - CEP			17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Justificativa da internação Perdeu um fracione de acetabulo (11)				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Fractura de acetabulo			Dr. Bento L. Santos Ortopedia e Traumatologia SBOCT-TEOT 101010 PRINCIPAL 22 - CIO 10 SECUNDÁRIO 23-0010 CHUSAS ASSOCIAÇÃO	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Fractura de acetabulo (11)			22 - CÓDIGO DO PROCE	
Osteotomia de acetabulo.			23 - DOCUMENTO	
() CNS () CPF			24 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNP			25 - N° DO BILHETE	
() CIE			26 - SÉRIE	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			28 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Hospital			29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			31 - 16/10/16	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			35 - N° DO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			36 - SÉRIE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			37 - NOME DA SEGURO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			38 - CNAE DA EMPRESA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			39 - CNPJ DA SEGURO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO			46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
14/10/16			22-A/h 0908090297 → V499	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	5 - NOME DO PACIENTE	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	7 - 07/15/67	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	8 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
11 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
Dr. Bruno F. Santos Ortopedista e Traumatologista CRM/1047 Titulado Especialista SBO/TEOT 1048c		
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		
21 - CIO 10 PRINCIPAL		
22 - CIO 10 SECUNDÁRIO		
23 - QTD 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - DOCUMENTO		
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		
36 - CNPJ DA SEGURODORA		
37 - N° DO BILHETE		
38 - SÉRIE		
39 - CNPJ EMPRESA		
40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APÓSIDENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO		
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome RANTON DE SOUZA MOTA
Cirurgião Responsável DR. VITÓRIO

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

() SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e acesso endovenoso. Anestesiologista planejamento para fluidos

Data 24/10/16

Assinatura e Carimbo

Hora: 10:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR. FABIO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

() CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMERO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim

() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

() O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM).

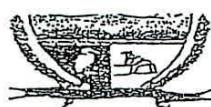
() COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE).

() SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO.

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE.

Rebeca Medrado Costa
Enfermeira
CRF-RR 307

Assinatura e Carimbo



500

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 47A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
RAILTON DE SOUZA WOTA	118.3	SOU		24/10/2016

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OSTEOSÍNTESE FRAT. ACETABULO ①	16:58	18:20	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	DR. VITOR MONTENEGRO	ANESTESISTA:	DR. Fabiano
AUXILIAR	R3. ENMALHO + DR. BLOWB	RES. ANESTESIA:	DR. Fabiano

2º AUXILIAR	R. ROMACO	CIRCULANTE	OVAR DE
-------------	-----------	------------	---------

TIPO DE ANESTESIA: RAQUE	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam M			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUAÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODES	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO CATETER 02	
1	SERINGA 05 ML		3ml	KIT CATARATA N° DEGERMANT	
1	SERINGA 10ML		3ml	GEOFOAM ALCOOL 70%	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	AGULHA Ø 1 MAQUE 4:75			OUTROS:	

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





240
BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Relatório de Enze mante

Data: 14-10-16 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de metacôndilo (m)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: osteosíntese cirúrgica

TIPO DE INTERVENÇÃO: osteosíntese de metacôndilo (m)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: (r)

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O nro

CIRURGIANO: Dr. Vitor monteiro

1º auxiliar: Dr. Bruno Figueiredo

2º auxiliar: Dr. Figueiredo

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

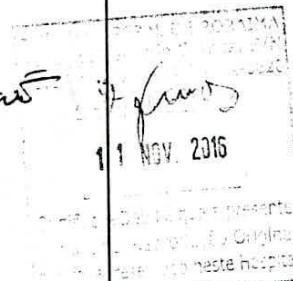
01) Fazete em DAF no h anestesia

02) Anestesia + antiagreg + campo esteril

03) Incisão do-fundoval lateral da quadil

(1) + Divisão por planos até foco da
fratura.

04) Fixação com placa de reconstrução
(4 bonecos metálicos)



05) Manta de Iodo sti siu.

06) auxílio de interfides ex imagens

07) divisão por planos anatômico.

08) curativos

09) RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

anterior.

ASA-TI

FICHA DE ANESTESIA

Rafilton de Souza Mafo. 479

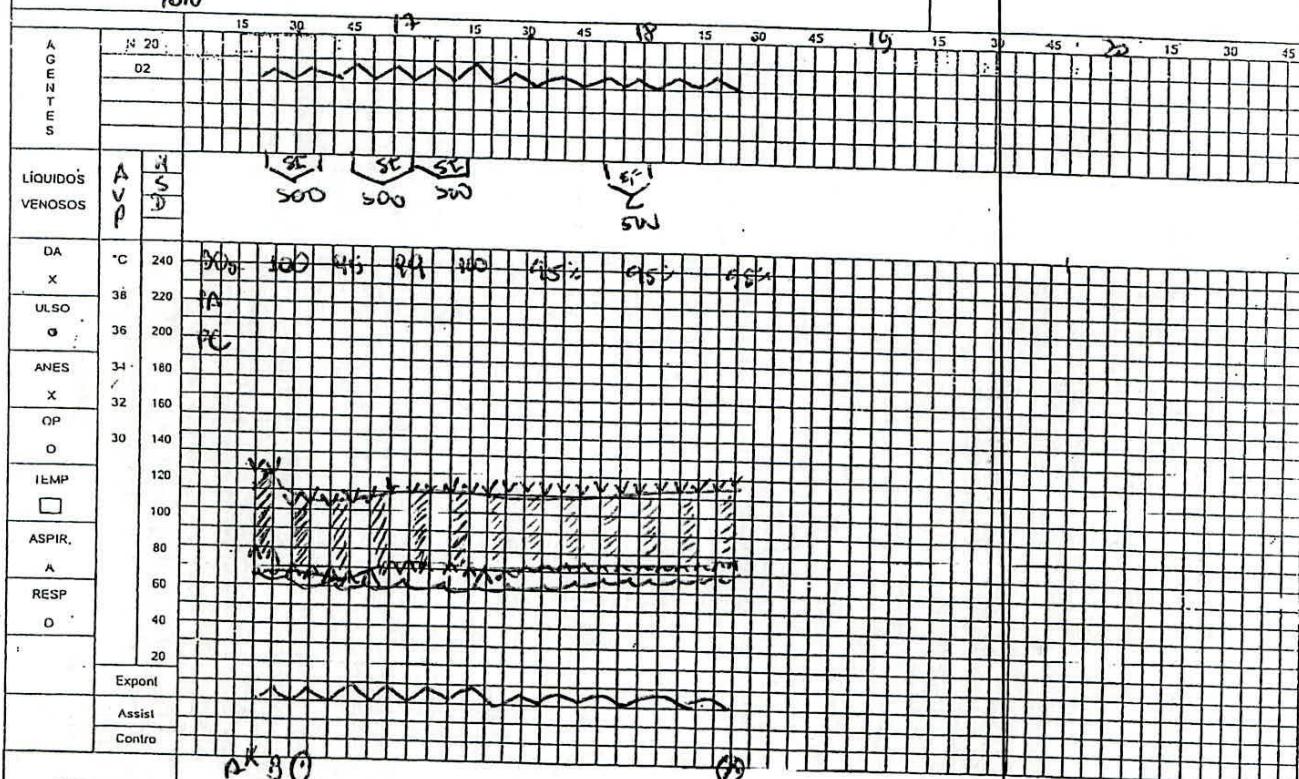
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Mid Sing 16:15h Sotafolônio
Fent 100mg

EF II.

Nº 24.10.2016

16h



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES		
A. Bupivacaina 0,5% 10ml		Raquitoclastesia, lombos 1,5/14	x. Assepsia antisséptica de regiões lombos e ósseo tor. Compo feustroc.		
B. Morfina 0,05mg		Via paracendênci	- Infiltração superficial e profunda das placas com xilocaina 2% 60mg		
C. Nitofel 40mg		ventilação espontânea c/ O2 suplementar	- Puncão espaco subaracnóide 1,5/14, agulha 25G, KCl cloro e normotensão		
D. Cefazolina 2g			- Infecção de hérnias 0,5% 10ml		
E. Epofenox 50mg			+ morfina 60mg		
F.			1. Cefazolina 2g + Nitofel 40mg		
G.			(X) A SRPA		
GLICOSE	LIQUIDOS 2000 ml	Cámla - Naso / Oro Faringea			
NDCC		Naso / Orlaquel - Cega			
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo			
		cáteter nasal			
TOTAL 2000 ml		Sob Máscara			
OPERAÇÃO		Dificuldade Técnica			
Fratura vertebral D / osteosíntese		TEMPO DE ANESTESIA			
		01:55 h			
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA	Hemorragia - Arritmia
Dr. Edimilson Ferreira			Dr Bruno / Dr Filipe	6	Bradi Taquicardia - Choque

Dr. Alberto F. M. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 307-

14 nov 2016
Data em que o presente
relatório foi assinado e datado

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ORTOPEDIA
CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEODESSÍTESE FRACTURA ACETABULO D

Data: 24/10/16 Nº DO PRONTUÁRIO: 511

Paciente: RAILTON DE SOUZA MOTA Idade 47A

Bloco: A Enfermaria 118 Leito: 3

Caixa: PEQUENOS FRAGMENTOS + PLACAS Nº ESP. DE 2, PLAC.

Circulante: QUANDE Sala 03

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULO DE 3 FULOS - I

PANFUSO CORTICAL N° 38 - F

40 - 1

30 - 1

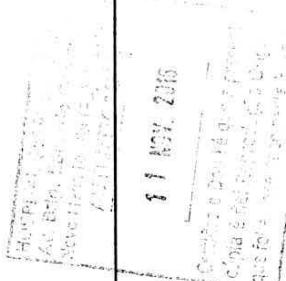
PANFUSO ESPOONOSO N° 50 - I

Dr. Vitor Monteiro
Tutor de Cirurgia

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME



PR - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

SESAC



LT. 118.3

NOME: DAILTON DE SOUZA MOTA

P.M.T. SW

DADOS PRE-OPERATÓRIO

Data: 24/10/16

Reg. _____ Idade: 47 A

Chegada: 13:00

Emergência () U.T.I. 1

Internação () U.T.I. 2

Outros:

Cirurgia Proposta:

1. Informações:

() Jejum () Pré-anestésico

() Iôdios () Intracath

() Banho () Sangue

() Alegria () Cardiopata

() Exames () Asmático

() Outros

2. Estado Emocional/ Mental

() Choroso () Sonolento

() Agitado

() Outros: Ansioso

3. Sinais Vitais:

T 36 °C P bpm

FC 67 PA mmhg

SAT 100% rpm

() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:

() PAF () Ferimento

() PAF () Queimado

() Dor () Hematoma

() Frio () Contusão

() Edema () Deformidade

() Inflamação () Amputação

() Injeção () Fratura Exposta

TRANSOPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais					
Entrada na Sala	Inicio da Cirurgia	Inicio Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P	PA	SPO2		
16:18	16:58	16:20	18:20		Rogue	retrovítebra fixa, certas lesões	14'	74	130	180	98	
Cirurgia Realizada					Localização		15'					
FAT.							30'					
Acetabulo ()					LATERAL		45'					
Hidratação Infundida					Antibiotico-Terapia		24h					
SF a 0,9%: ()					Nome: Leandro CH:		30'					
SG a 10%: ()					Dose: 2g Plasma:		1h					
Outros:					Plaquetas:		1h30					
Nº de compressas oferecidas: 18					AnáATOMO Patológico:		2h					
Nº de compressas recolhidas: 18					() Não () Sim		3h					
Sinais Vitais:					Nº peças: () Cultura () Outros:		1h					
T 36 °C P bpm							2h					
SAT 95% R rpm							3h					
() Regular () Irregular							4h					
FC 75 bpm PA 101 x 72 mmhg							5h					
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Ralo X					Balanço Hídrico		Saídas					
() Outros:					EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
					SP 2000							
Legenda												
1. Eletrodos												
2. Oxímetro												
3. PVC												
4. Placa de Bisturi												
5. Incisão												
6. Cateter												
7. Venóclise												
8. Dreno												
9. SNG												
10. Falxa de Smarch												
11. Outros:												
Destino: () SRPA () UTI () Outros:					Entrada: Rebeca Macêdo Costa				Saída:			
					Enfermeira							
					Ass.: COREN: 24.114							

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015



	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																										
PRESCRIÇÃO MÉDICA																											
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																							
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA																										
DIAGNÓSTICO																											
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA																						
IDADE		LEITO	118-3	DATA	20/10/2016																						
ÍTEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LAXATIVA																										
2	AVP																										
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H																										
4	DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN																										
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN																										
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)																										
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA																										
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H																										
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																										
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)																										
11	SSVV + CCGG 6/6 H																										
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H																										
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA																										
14	CURATIVO DIARIO																										
15	OLEO MINERAL 15ML VO 2 X DIA																										
16	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA																										
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: .																											
# SOLICITADO: .																											
# CONDUTA: .																											
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: .																											
# PREVISÃO DE ALTA: .																											
<table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>166x56</td> <td>72</td> <td>—</td> <td>35,8</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>126x78</td> <td>65</td> <td>-</td> <td>36°C.</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>110x70</td> <td>60</td> <td></td> <td>36.10</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					6 H	166x56	72	—	35,8	12 H	126x78	65	-	36°C.	18 H	110x70	60		36.10	24 H					<p>11 NOV. 2016</p> <p>Este é o documento de alta e não é o original. O original encontra-se no setor de documentação do hospital.</p>		
6 H	166x56	72	—	35,8																							
12 H	126x78	65	-	36°C.																							
18 H	110x70	60		36.10																							
24 H																											
<p>RODRIGO A. MELO RESIDENTE EM ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 1826-RR</p>																											



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Faílton de Souza Costa

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

A

ENFERMARIA: 118

LEITO: 3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

ortopedia

PARA:

cordo lojo

Dados Clínicos:

Solicito novo exame.
foto!

18/10/16

Data

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

Médico

47as... pro aux
Cee. ataque de
20 kg. ff

ERCA: pto. Sust
250 estadias (FC 100f)

Sopro menor Atenuado sozinho

RC Classe II Goldman

18/10/16

Data

Dr. Mário Dornelas P. Souza
Cardiologista
CRM 705/RR

Médico

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN																		
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA																						
DIAGNÓSTICO																							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA																		
IDADE		LEITO	118-3	DATA	18/10/2016																		
ÍTEM	PREScriÇÃO					HORÁRIO																	
1	DIETA ORAL LIVRE																						
2	AVP																						
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H																						
4	DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN																						
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA																						
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)																						
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA																						
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H																						
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																						
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)																						
11	SSVV + CCGG 6/6 H																						
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H																						
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA																						
14	CURATIVO DIARIO																						
19	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA																						
20	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 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 : .																							
# SOLICITADO : .																							
# CONDUTA : .																							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : .																							
# PREVISÃO DE ALTA : .																							
PA. P. T. <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>97/60</td> <td>60</td> <td>36,1L</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140/80</td> <td>62</td> <td>35,5C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/80</td> <td>66</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>108/68</td> <td>72</td> <td>36'</td> </tr> </table> <div style="text-align: right;"> 11 NOV. 2013 RODRIGO A MELO RESIDENTE EM ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 1826-RR </div>								6 H	97/60	60	36,1L	12 H	140/80	62	35,5C	18 H	130/80	66	36	24 H	108/68	72	36'
6 H	97/60	60	36,1L																				
12 H	140/80	62	35,5C																				
18 H	130/80	66	36																				
24 H	108/68	72	36'																				

PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Ferra
ndo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - BOA
VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail:
1civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0828364-73.2018.8.23.0010

SENTENÇA

Ráilton de Souza Mota, devidamente qualificado na inicial, interpõe a presente ação judicial contra Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, pretendendo o recebimento de indenização securitária.

Afirma o autor, em síntese, que foi vítima de acidente automobilístico que lhe resultou na debilidade descrita na inicial e que a Seguradora efetuou o pagamento de valor inferior ao que lhe seria devido (R\$ 1.687,50 – mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinqüenta centavos).

Desta forma, requer a condenação da parte ré ao pagamento do saldo remanescente da indenização securitária (R\$ 7.087,00 – sete mil e oitenta e sete reais).

Juntou documentos.

Reconhecida a necessidade da assistência judiciária gratuita (EP. 6).

A parte ré apresentou contestação (EP 7), arguindo a ausência de quantificação da lesão supostamente sofrida; a aplicabilidade da Súmula 474 do STJ; a necessidade de designação de perícia médica; da ausência de cobertura; da incidência dos juros de mora a partir da citação; e discorreu sobre os honorários advocatícios.

Deferida a produção de prova pericial (EP. 26).

Constatada a ausência do autor à perícia (EP. 79).

Eis o relato. DECIDO.

O seguro DPVAT, é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, às pessoas transportadas ou não, criado pela Lei nº 6.194/74, alterada pelas Leis nºs. 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, tendo por

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJST7L SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVHL 9G3UP CHCAB PN5WU

PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Ferra
ndo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença

objetivo a reparação por eventual dano pessoal, independente de juízo de valor acerca da existência de culpa.

Presente a cobertura sempre que, em território nacional, vítima de acidente com veículo terrestre a motor, ou a respectiva carga, causando, necessária e diretamente a morte ou invalidez permanente de uma pessoa ou, ainda, a realização de despesa financeira para obtenção de assistência médica ou suplementar.

Vê-se, pois, que o art. 5º, da Lei n. 6.194/74 ao dispor que "O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente (...)", de fato traz a possibilidade da apresentação de singela prova para se auferir o prêmio, o que não significa dizer que a singeleza da prova não signifique a inexistência ou incerteza da prova.

O contexto normativo (interpretação sistemática) impõe que a expressão “simples prova do acidente e do dano decorrente” seja compreendida como afastamento da perquirição da culpa, como ocorre na ordinária verificação da responsabilidade civil. Pela lei de regência de tão importante instituto, não se afere a culpa do causador do acidente, mas sim a existência do dano em decorrência de acidente. É dizer, em síntese, e já sendo repetitivo, que a lei impõe a comprovação, ainda que facilitada (e não inexistente ou presumida) do acidente, do dano e do nexo causal entre os dois primeiros. E especificamente no que atine ao nexo causal, há função de pressuposto para o pagamento e de delimitação do alcance ocorrido apenas quando do acidente de trânsito.

Os documentos juntados aos autos demonstram a existência do acidente, nos termos da inicial.

No entanto, não há prova da incapacidade permanente da parte, por ausência à perícia (EP . 79), estando preclusa a prova. No ponto, cumpre registrar que foi expedido mandado de intimação com o endereço informado nos autos e, assim, é juridicamente válida nos termos do artigo 274, parágrafo único do Código de Processo Civil. Eventual mudança de endereço deveria ter sido comunicada com antecedência ao juízo.

O ônus da prova quanto à existência da invalidez permanente e quanto à incorreção do percentual apurado e pago administrativamente é do autor, consoante regra do art. 373, I, do Código de Processo Civil. Eventual mudança de endereço, deveria ter sido comunicada ao juízo com antecedência.

Verifica-se, pois, que a condição para o recebimento da indenização securitária

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSTL SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVHL 9G3UP CHCAB PN5WU

PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Ferra
ndo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença

decorre da caracterização de invalidez permanente em razão de acidente de trânsito.

No caso, porém, não houve produção de prova suficiente a demonstrar a existência do acidente e a invalidez permanente provocada à parte por causa deste acidente, demonstrando o nexo causal.

Rejeito, pois, o pedido inicial (CPC, art. 487, inc. I).

Pela sucumbência, condeno a parte autora ao pagamento das custas e dos honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa em favor do patrono da parte contrária, atualizado pela tabela deste Tribunal desde esta data e acrescido de juros de mora a contar do trânsito em julgado, observado o constante do artigo 98, §3º, do Código de Processo Civil (suspenção da exigibilidade no caso de concessão do benefício da gratuidade de justiça).

Devolva-se à parte ré o valor depositado a título de honorários periciais, por meio de transferência bancária, devendo a parte requerida ser intimada para informar a conta para transferência via alvará/ofício.

Transitada em julgado e realizada a devolução do valor acima, arquivem-se os autos com as baixas de estilo.

Intimem-se. Cumpra-se.

Data, hora e assinatura registradas em sistema.^{su}

Bruno Fernando Alves Costa
Juiz de Direito

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJST7L SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVHL 9G3UP CHCAB PN5WU