

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

38/04/2016

DATA DE MATRICULAÇÃO

15/07/1978

344881-8

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

NILSON COSTA BEZERRA

MAÍRA DA CONCEIÇÃO FAGUNDO DA SILVA

BOA VISTA - RR

CELOS MASC 14.841 FLS 215 LIV A-035

2 - CP BOA VISTA-RR

001.983.253-40

001.983.253-40

2 - VTA

13 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Gustavo Bruno da S. Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 364881-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/04/2016

NOME GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA DATA DE NASCIMENTO 15/09/1998

FILIAÇÃO WILSON COSTA BEZERRA

MARIA DA CONCEIÇÃO FAUSTINO DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORDEM CERTID NASC 14:841 FLS 215 LIV A-025

2 - OF BOA VISTA-RR

001.983.252-40 ANAGEL ROCHA TRIANI

2 - VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

13 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011598472300
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 CDD RENAVAM 01048959098 RNTC 2016

NOME
NILSON COSTA BEZERRA

RR

QPF / CNP 382.589.942-04

PLACA NAU8145

PLACA ANT / UF

CHASSI 9C2KD0800FR027792

ESPÉCIE / TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC.

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/MXR160 BR05 ESD

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

PAS / COR / LIT 2P/0162CC/

PARTICU

VERMELHA

COTA ÚNICA 1P A603

VENO COTA ÚNICA 1P A603

VENO / COTAS 1 XXXXXXXX

VENO / COTAS 2 XXXXXXXX

VENO / COTAS 3 XXXXXXXX

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11

R\$292.01

DATA DE PAGAMENTO 22/12/2016

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD E
PROIB SAIR DA AMAZON OETS J

BOA VISTA
Diretor-Presidente
DETRAN/RR

DATA 29/12/2016

RR Nº 011598472300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016

DATA EMISSÃO 29/12/2016

VA 01 QPF / CNP 382.589.942-04

PLACA NAU8145

RENAVAM 01048959098

MARCA / MODELO HONDA/MXR160 BR05 ESD

2015

CHASSI 9C2KD0800FR027792

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) R\$129.04

COSETRAN (R\$) R\$14.34

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

ICP (R\$) R\$1.11

VALOR SEGURO (R\$) R\$292.01

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE EXPIRAÇÃO 22/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.545.025/0001-04

www.liderseguradora.com.br

Atestado de Registro e Licenciamento de Veículo - Documento de Adesão -		Exercício: 2017		Placa: NAU8145 Emissão: 29/12/2016	
<p>Nome do Titular: NILSON COSTA BEZERRA</p> <p>CPF: 01048959098</p> <p>Modelo: HONDA/MXR160 BR05 ESD</p> <p>Ano de Fabricação: 2015</p> <p>Chassi: 9C2KD0800FR027792</p>	<p>Serviço Solicitado: Licenciamento Anual</p> <p>Valor: 101,78</p> <p>Total: 101,78</p>	<p>RENAVAM: 01048959098</p> <p>BASE CÁLCULO: 0,00</p> <p>ALÍQUOTA: 0,00 %</p> <p>DEPRECIAÇÃO: 0,00</p> <p>VALOR IPVA: 0,00</p>	<p>IPVA COTA ÚNICA: 04.100.625.0458.3-2</p> <p>SEGURO: 01.100.000.000.0-0</p> <p>LICENCIAMENTO: 94.000.000.000.0-0</p>	<p>Débitos IPVA: Documento não quitou débitos anteriores</p> <p>VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO GREY DO ANO ANTERIOR</p>	

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011598472300

MA 01 COD RENOV 01048959098 ANO 2015

NOME
NILSON COSTA MEZERRA

RR

CHP / GNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

PLACA NET / UF 9C2KD0800FR027792

ESPÉCIE / TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/HXR160 BRUS ESD ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

PLAC / COR / LPI 2P/0162CC/ PARTICU VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS
	3PAGOS	3PAGOS	1* *****
			2* *****
			3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 22/12/2014

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA AMAZON OCIS *

BOA VISTA *Francisco Assis da Silva* DATA 22/12/2014
Diretor-Presidente
DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO DE AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598472300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/12/2015

MA 01 CHP / GNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

RENOVAM 01048959098 MARCA / MODELO HONDA/HXR160 BRUS ESD

2015 9C2KD0800FR027792

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)	CONSTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	CT (R\$)	VAL. A SERVIDO POR VEICULO (R\$)
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01

PAGAMENTO	DATA DE COTAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	22/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0104 08.518.8000/001-04
www.SeguradoraLider.com.br

13 JUL. 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, 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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180475052**

Vitima: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Data do Acidente: **20/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475052**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461954



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180475052**

Vitima: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Data do Acidente: **20/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180475052**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

003 9453 252-40

Gustavo Bruno da S. Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

E-mail

Gustavo Bruno da Silva Pereira

Rua. Calbe

Nova Canaã

idaim@hotmail.com

CPF titular da conta

003 9453 252-40

Número

84

Estado

Maranhão

Profissão

Autônomo

Complemento

Casa

CPF

003 24 - 402

Telefone (DDD)

9453-4242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO

5076

DV

8

CONTA

NRO

7.753

DV

4

AGÊNCIA

NRO

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

NRO

(Informar dígito se existir)

DV

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boca Vista 09 de Maio de 2018
Local e Data

Gustavo Bruno da S. Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

003 943 252-40

Guilherme Bruno da S. Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Guilherme Bruno da Silva Pereira		CPF titular da conta 003.943.252-40	Profissão Autônomo
Endereço Rua Calabre		Número 54	Complemento Casa
Bairro Nova Canaã	Cidade Boa Vista	Estado Pernambuco	CEP 54.24 - 402
E-mail idorn@hotmail.com		Telefone (DDD) 81 3454-4252	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Brasão de Brasil	AGÊNCIA 5076	CONTA 7.353	NÚMERO 001
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 09 de Maio de 2018
Local e Data

Guilherme Bruno da S. Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PMRR – 2ºBPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
SERIE “J”****Nº 097033**

Vtr 645	SUCp 2º BPM	Data 20/04/2018	S/Setor Oeste	H/Transm 19:15	H/Ini 19:15	CH/H 19:20	H/Fim 21:45
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13023, 13999		Cód. Ser. Prest. -----		Km/Ini N/F	Km/Fim N/F

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: Operário Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra Idade: 18 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará

Edt. R.G. 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador

2 Envolvido Nome: Rôniere Silvio de Sousa Oliveira Idade: 27 E. Civil: Casado

Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade

Edt. R.G. Não Portava CNH ----- Profissão: Pintor

3 Envolvido Nome: Joilson Idade: E. Civil:

Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

4 Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues Idade: 29 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

5 Nome: Idade: E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não há conduzidos

ASSINATURA: *Joilson* CARGO: *Det. Pol. Civil* LOCAL: *OP***HISTÓRICO**

Senhor Delegado de Polícia da CF,

Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

**DOCUMENTO
ORIGINAL**RUDHE
Nome40.933-2
CadastroCB QPCPM
Posto/Grad2º BPM
Suop

Assinatura

13 JUL. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RG: 3648818 EXP.: SSP/RR

CPF: 001.989.252-40

ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: COBRADOR

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

IDADE: 19 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705

NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA

NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAM 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Givanildo da Silva Vieira
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

DAT

DOCUMENTO
ORIGINAL

19.06.2018

DELEGACIA
TERIDOR

13 III. 2018

**PMRR - 2ºBPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SERIE "J"****Nº 097033**

Vr 645	SUCa 2º BPM	Data 20/04/2018	S/Setor Oeste	H/Transa 19:15	H/Ini 19:15	O/H 19:20	H/Fim 21:45
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prev. 13023, 13999		Cód. Ser. Prest. -----		Em/Ini NF	Em/Fim NF

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: _____ Operário Ref.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra Idade: 18 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará
Edt. R.G. 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador

2 Envolvido Nome: Rbniere Silvio de Sousa Oliveira Idade: 27 E. Civil: Casado
Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade
Edt. R.G. Não Portava CNH --- Profissão: Pintor

3 Envolvido Nome: Jailson Idade: _____ E. Civil: _____
Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos
Edt. R.G. _____ CNH --- Profissão: _____

4 Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues Idade: 29 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos
Edt. R.G. _____ CNH --- Profissão: _____

5 Envolvido Nome: _____ Idade: _____ E. Civil: _____
Endereço: _____
Edt. R.G. _____ CNH --- Profissão: _____

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO(S): Não há conduzidos

ASSINATURA [Assinatura] CARGO Det. Pol. Civil LOCAL CF

HISTÓRICO

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 30/05/18
K. ADU/Bou

Senhor Delegado de Polícia da CF,

Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

DOCUMENTO ORIGINAL

RUDHE
Nome

40.933-2
Cadastro

CB OPCPM
Posto/Grad

2º BPM
Suop

[Assinatura]
Assinatura

13 JUL. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RG: 3648818 EXP.: SSP/RR

CPF: 001.989.262-40

ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: COBRADOR

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

IDADE: 19 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705

NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA

NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAM 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Givanildo da Silva Vieira
Givanildo da Silva Vieira
Agente Especial de Polícia Civil

Mat. 042000908

DAT

25/06/2018

DELEGACIA
TERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL

13 JUL 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Guilherme Bruno da Silva Bezerra

CPF da Vítima

003.0473.252-40

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 09 de maio de 2018

Local e Data

Guilherme Bruno da S. Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

CPF da Vítima

051.9475.352-40

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista 04 de Maio de 2018
Local e Data

Gustavo Bruno da S. Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Endereço: Rua do Comércio, 100 - Centro - Boa Vista - RR - CEP: 69.000-000
Fone: (067) 314-4002 - 314-4003 - 314-4004 - 314-4005 - 314-4006 - 314-4007 - 314-4008 - 314-4009 - 314-4010
Fax: (067) 314-4011 - 314-4012 - 314-4013 - 314-4014 - 314-4015 - 314-4016 - 314-4017 - 314-4018 - 314-4019 - 314-4020
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br - atendimento@eletrobras.com.br

ABRIL/2018 16/05/2018 698 425,62

NELSON COSTA BEZERRA
R. CALERE 89 NOVA CANAÃ
CPF: 00006254994204
CEP: 69.314-402 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.026400

Consumo	45317	13/04/2018
Ativo	44619	13/03/2018
Crédito	1,000	16/05/2018
Debito	698	17/04/2018
Debito	698	18/04/2018

NORMAL

30

RESIDENCIAL BI 1310802304M 1501401 1.1.1.2 653

MAR/18	698	CONSUMO	698 A R\$ 0,558811 =	390,05
FEV/18	616	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 01/18-00		0,06
JAN/18	622	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 01/18-00		2,80
DEZ/17	719	MULTA POR ATRASO DE 1 01/18-00		1,21
NOV/17	701	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00		0,21
OUT/17	734	MULTA POR ATRASO 01/18-00		7,11
SET/17	646	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00		8,79
AGO/17	579	ILUMINACAO PUBLICA		20,59
JUL/17	556			
JUN/17	678			

12/17 = 425,92

LIGUE 06807919120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

DEBITO	119,57	CREDITO	390,05
DEBITO	191,31	CREDITO	17,000
DEBITO	0,00	CREDITO	66,30
DEBITO	7,92	CREDITO	0,85
DEBITO	71,20	CREDITO	4,05

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

ROT: 8.001.16.07.026400

02/2018 0,00

Eletrobras
Distribuição Roraima

0066416-2

425,62

04/2018

16/05/2018

000594765 FCM

83850000004 4 25620075000 6 00000000066 1 41620418008 5



SEQ.: 00287 UC: 0066416-2 DT. LEIT.: 13/04/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 45317 NORMAL TOTAL: 425,62 CARGA: 003
DT. VENC.: 16/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 3011

13 JUL. 2018

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este ADE000

SEM CODIGO

01090029-1

Caso não seja fornecido o código de barras, o cliente deve informar o código de barras 000986275

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Jardim - Boa Vista - Roraima - CEP: 69.001-120
Atendimento: 08h às 18h - 08h às 18h - 08h às 18h - 08h às 18h
Atendimento: 08h às 18h - 08h às 18h - 08h às 18h - 08h às 18h

PERÍODO DE VALIDADE	DATA DE EMISSÃO	CODIGO DE BARRAS	VALOR A PAGAR
JUNHO/2018	11/07/2018	201	144,86

FLOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P. GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Parcela	51120	25/06/2018
Parcela	51120	24/06/2018
Parcela	1.000	25/07/2018
Parcela	201	22/06/2018
Parcela	201	25/06/2018

NORMAL

32

TIPO DE SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404 1.1.1.2 183

PERÍODO DE VALIDADE	VALOR	DATA DE EMISSÃO
MAR/18	205	CONSUMO
ABR/18	255	ILUMINAÇÃO PÚBLICA
MAR/18	262	
FEV/18	280	
JAN/18	207	
DEZ/17	183	
NOV/17	155	
OUT/17	142	
SET/17	124	
AGO/17	145	

VALOR COM TERCIAIS:
R\$ 20 - 2.000,00

MESES IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
05/2018	164,77	Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 15/05/2018, em função das contas rescaldo desta fatura. O não pagamento poderá resultar em suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 15/05/2018. O valor a pagar é de R\$ 164,77. O valor a pagar é de R\$ 164,77. O valor a pagar é de R\$ 164,77.

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

FLUXO DE CASH FLOW: 4216.0640.01F4.2C73.62CF.4EC2.0481.6EFS

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Parcela	55,09	25/06/2018
Parcela	0,00	24/06/2018
Parcela	2,29	25/07/2018
Parcela	21,62	22/06/2018

VALOR A PAGAR

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

04/2018

56,77

ROT: 5.001.12.04.021730



Eletrobras
Distribuição Roraima

01090029-1

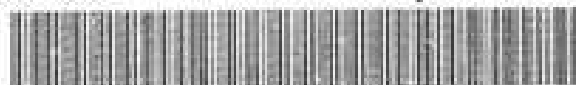
144,86

06/2018

11/07/2018

000986275 FCM

83600000001 9 44160075000 5 00000000100 9 02910618008 5



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.551.470/0001-44 (Insc. Estadual: 21.607.002-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sisa 8-1
Regime especial de Imposto de Renda para GUFAP 2009/13

Nº da Nota Fiscal 000598765

A Tarifa de Uso da Energia Elétrica - TUEE foi atualizada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	16/05/2018	698	425,62

NILSON COSTA BEZERRA
R. CALÉBE 89 NOVA CANAA
CPF: 00038258994204
CEP: 69.314-402 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.026800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA VENCIMENTO	
Atual	45317	Anterior	13/04/2018
Anterior	44619	Anterior	19/03/2018
Consumo de Medição	1.000	Anterior	13/05/2018
Consumo Medido	698	Anterior	17/04/2018
Consumo Faturado	698	Anterior	14/04/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE-ODN-UNIDORA					
Comunicação	Residencial	BI	13LDB02304M	1501401	1.1.1.2
					653

HISTÓRICO KWH		DEBITOS DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	698 A R\$ 0,558811 = 390,05
MAR/18	636	CORRECAO MONETARIA DA 01/18-00	0,06
FEV/18	616	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00	2,80
JAN/18	622	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00	1,21
DEZ/17	719	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00	0,21
NOV/17	701	MULTA POR ATRASO 01/18-00	7,11
OUT/17	734	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00	3,79
SET/17	646	ILUMINACAO PUBLICA	20,39
AGO/17	575		
JUL/17	556		
JUN/17	678		

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 653 - 0,425870

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/05/2018, em função das contas reavistas neste fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERENEX. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 427,92 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
03/2018	405,89	
02/2018	390,14	

12/17 = 427,92

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FISCAL 7176.C01A.3A42.D161.E0D6.A554.A08A.114D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	119,57	Base de Cálculo	390,05
Energia	191,31	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	66,30
Energias	7,97	Valor do PIS	0,85
Outros	71,20	Valor do COFINS	4,05

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	

ROT: 8.001.16.07.026800

02/2018 0,00

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.551.470/0001-44 (Insc. Estadual: 21.607.002-3)

SEU CÓDIGO

0066416-2

TOTAL A PAGAR - R\$

425,62

MÊS FATURADO

04/2018

VENCIMENTO

16/05/2018

Nº da Nota Fiscal

000598765 FCAM

33650000004 4 25620075000 6 000000000066 1 41620418008 5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Imácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 do sinistro de DPVAT cobertura Envolvidos da Vítima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Prochins Gêbo</u>		Número <u>1332</u>	Complemento <u>Ap. 04</u>
Bairro <u>Buxir</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(65) 90154-4282</u>

Boa Vista 02 de Maio de _____
Local e Data


Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 389.056.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.983.352/40 do sinistro de DPVAT cobertura Envolvida da Vitima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.983.352/40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Góes</u>		Número <u>1892</u>	Complemento <u>Ap. 04</u>
Bairro <u>Buriti</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4282</u>

Boa Vista 04 de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilvira Jucia de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno de Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vitima Gustavo Bruno de Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ é apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Coelho</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: <u>Ap. 04</u>
Bairro: <u>Buriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
Email: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): <u>(65)96154-4282</u>

Boa Vista de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL

BLOCO D

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

NHE
M^{re} Edson M. Gonçalves
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 858.994



1800930398		20/04/2018 19:47:20		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		11	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA				15/09/1998		19 A 7 M 5 D					
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IGNORADO		NAO		M		SOLTEIRO/APARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Mãe		INFORMADO		Pal		NI		Contato		(95) 99114-1759	
Endereço				RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						Ocupação	
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.		Passo	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		LEILSON SOUSA	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)				Incursão em MTE e MSE							
Exame Físico				BECLOTE ASS VELLOSO							
Hipótese Diagnóstica				Pálida							
SAD - Exames Complementares				<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
1 DIPIRONA 1 gr. EV											
2 TENOXICAM 40 mg EV											
③ Leptoxone 1gr EV											
④ 1x05 ml 2 M											
⑤ Fentanil 20 kg EV											
Assinatura do Médico				Assinatura do Enfermeiro				Assinatura do Técnico			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: leilson.sousa				Data Hora: 26/04/2018 19:48:23							
DOCUMENTO ORIGINAL											

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO PACIENTE

2 - CID

3 - CID

4 - NOME DO PACIENTE

5 - NOME DO RESPONSÁVEL

6 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - CID

10 - CID

11 - CID

12 - CID

13 - CID

14 - CID

15 - CID

16 - CID

17 - CID

18 - CID

19 - CID

20 - CID

21 - CID

22 - CID

23 - CID



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Protocolo 00165295	Data Internação 21.04.18	Data da Saída 27.04.18
Número da AIH: 141850000659-4		
Enfermaria 409	Leito 05	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA			
Cartão de SUS 704809078377445	Data de Nascimento 15/09/1998	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Ignorado - NAO INFORMADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE			
Nome do Responsável GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA		Fone p/ Contato (95) 99114-1759	
Endereço RUA - CALEBE	Número 89	Bairro CAMBARA	
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.313-366

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 5655	Médico Solicitante Pedro Di Giannini	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0408050578	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> bito	

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	CUTI
01	01				5655		01	
02	06				5655		01	
03	07				2209		04	
04	07				984468		01	
05	01040100015				69381		021	
06			20				01	
07			23				01	
08			31				01	
09			36				01	
10			44				01	
11								
12								
13								
14		0302030406		21/04/18	09	347	01	
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 21/04/18	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO
Secretaria Estadual de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Gustavo Bruno Silva Bezerra, 1992

PREMEDICAÇÃO - DRUGA - DOSIS - HORA - EFEITO

00.20

00.40

01.20

23.09.2018

A C C E S S I B I L I T É	H 20		10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200																			
	52																					
Liquide ventilateur			10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200																			
DA	10	240																				
E	14	220																				
VALCO	18	200																				
Q	22	180																				
AMRE	26	160																				
E	30	140																				
OP	34	120																				
Q	38	100																				
	42	80																				
	46	60																				
	50	40																				
	54	20																				
Export																						
Assel																						
Conde																						
Diamètre																						



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Guilherme Basso Silva Aguiar	5.7		26 10/12/2017

TIPO	CIRURGIA		
Est. Fratura Fechada Pé direito	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
	10:30	07:35	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	TEMPO DE DURAÇÃO:

TIPO DE ANESTESIA:	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
Raqui	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLN	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3.12.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5		112	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS 14			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº 4.5	
	SERINGA 01ML		7	SURGICEL	
	SERINGA 03ML		11	CHRA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FIFA CARDIACA	
	10ml Alcool 70%		1	OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Silvia de Almeida		
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL	
	Fabio	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DOCUMENTO ORIGINAL.

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 571
 Nova Maracá - 69200-000
 AUTENTICAÇÃO
 13 JUL 2018
 Carilho e Dou...
 cópia e Aut. Resposta Original
 que foi apresentado nesta Instituição

13 JUL 2018

[illegible]

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome _____
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

Identidade ☒
Sítio Cirúrgico ☒
Procedimento ☒
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA ☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

ÁREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento de fluidos

Assinatura _____ Hora _____
Data _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO 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:

☒ Não se aplica ☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

13 JUL 2018

DEO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA DE OPERAÇÕES (Sala de Operações)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM OU DA EQUIPE MÉDICA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

409-1

03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA	DIH			DN
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	21/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/6H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 8/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CEFTAZIDIMA 1G EV DE 8/6H				
16	METRONIDAZOL 400MG EV OU VO DE 8/6H				
17	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				
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

04:10h Paciente admitido no bloco D, para realização do bl. F. Veio com dor na coxa da rodada. Trauma por queda de altura, balão de ar comprimido e medicação.

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	153/77	67	37.3
12 H	150/98	73	36.6
18 H	150/80	81	36.5
24 H	140/72	80	37.9

14 de 02 de 19
Realizado o exame físico e a avaliação da medicação, mantida a medicação de SSVV, conforme prescrição.

NIR
Regulado para leito
Bloco D - 800-6
Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

07.02.19 - Paciente no leito. Foi med. epm. e feito SSVV. Segue aos cuidados da enfermagem.

L.03

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:		QUARTO:	LEITO:
NOME DO PACIENTE:		Cecilia Franco Silva Bernardes	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	21/07/18	PRESCRIÇÃO:	<p>1) Anestesia Geral Livre</p> <p>2) Cetorolaco 15 e 6/8h</p> <p>3) Omeprazol 40mg 1x/dia</p> <p>4) Metformina 500mg 2x/dia</p> <p>5) Paracetamol 650mg 4x/dia</p> <p>6) Clonazepam 0,5mg 2x/dia</p> <p>7) Sinais vitais 12/24</p>
		HORARIO:	AMU
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	<p>03:20</p> <p>06:00</p> <p>PA: 150x70</p> <p>FC: 64</p> <p>TA: 96/64</p> <p>Obs: Paciente em boas condições, sem sinais de infecção.</p> <p>Resposta da Unidade de Enfermagem: Recebido em Enfermagem às 10:50h</p>

DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Mundo - Tel: (95) 212-0620

AUTENTICAÇÃO

11 JUL 2018

Certifico que este documento é cópia fiel da Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

409
1

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

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	23/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO
CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	115x74	66	-	36,5°C
12 H	130/70	80	90	36,8
18 H	132/80	64	19	36,8
24 H	124x70	63	-	36,7°C

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

Em 13h foi adm medicação + SSVV + foi colhido sangue e encaminhado ao laboratório. Não foi to a medicação do Hem 3 portanto a prescrição foi feita em que as 11h, porém anterior.

13h 19h. Adm. Med. de horários, SSVV, segue as orientações da enfermagem. Téc. Jéssica.

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.411.403

Júlia Maria Ferreira de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 573.674-1E

409
1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	24/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				11:00
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				10:22
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				8:00
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				12:15
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				12:15
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				12:15
9	RANITIDINA 50 MG-EV DE 12/12 HORAS				12:15
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				12:15
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:15
12	SSVV + CCGG 8/8 H				12:15
13	CURATIVO DIÁRIO				12:15
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					

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

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

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	127,76	58	20	36,6°C	
12 H	150,80	70	18	36,6°C	
18 H	140,18	90	18	36,2°C	
24 H	143,73	73	18	37,4°C	

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR/2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

07h13h. aferido SSVV, calmaria, medicação Teo Elizabeth

13 as 19h,
Adm medicamentos
e Afeto Sinais
vitais, Deque te de
verificação - 2

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

409
1

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO					
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
<p>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</p>					

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

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

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUITA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	125/64	66	20	35.9	
12 H	125/62	66	-	36.20	
18 H	140/93	71	19	36.40	
24 H	109/80	79	20	36.2	

Dr. Thiago Muniz
 CRM/RR 2009
 Médico Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

13 de 07 administração medicação verificada sinais vitais

13 de 07
 Administração medicação
 verificando SSVV

Atestado de Realização
 de Exame de Urgência
 26/04/2018

Atestado de Realização
 de Exame de Urgência
 26/04/2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/04/18

O.S. _____

Gustavo Bruno da Silva Dyer

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Edson
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1733

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTESICO:

Dr. Marcelo Marques
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em RPA, não neurovegetativa.
2. Ad + CEF + fratura de tíbia de Sinistra de Tarsometatarsal (E)
Incisão longitudinal extensora de Tarsometatarsal (E) + Dissecção por plano até o fôss
femorais;
Redução com o Fx com o auxílio do intuiguidor de vinagre + colocação de placa
alargador + parafusos de 2 parafusos intramedulares;
LRF + Sutura de pele;
Incisão longitudinal pele fôss dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
de cantos mediano e de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura de pele;
Curativo
A RPA.

13 JUL. 2018

4. DE-QUESTIONS

27/04/18



Ossington + Suk 55 sp. a
to Kigali harbor can
be about 70%. A. C. C. C. C.
to Kigali 55 sp. a. Kigali
can be about 70% C. C. C.
C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.
C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.
C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.
C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.
C. C. C. C. C. C. C. C. C. C.

Languages: English - Document Source Document Type: Letter - Memo "Shouting" - Verbal	Document: Action Draft: Approved - Change
---	--

any of the
glaciers. Since time /
within 5000 years
② after 1000 13 14

13 JUL. 2016



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	18:1914	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
GUSTAVO DAWO SILVA BEZERRA	409.1	56		27-10-12

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + OST. FMT. Tm2 + FMT.	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	9:18	10:56	

MATERIAL E EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	DR. ADOLFO
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	RL. EMANUEL
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	NILSANA
	CIRCULANTE	OVANDE

TIPO DE ANESTESIA: RAQ-E	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
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 BISTURIN N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
	DRENO DE PL:ROSE N°			FIO SEDA N°
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODO
1	SERINGA 03ML		1	CERA-PROSSO CATETER 02
1	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATAN CLOREXININA 0.6g
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM CLOREXININA ALCOOL
1	SERINGA 20ML		20ml	RTA CARDIACA 400ml 70%
1	ACULHO 91 MQ/E N.26		1	OUTROS: ATADUM CROPOM 25cm

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE DAWOSUELEN
INCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA Ovande Ades de Siqueira JR Téc. Enfermagem COREN-RR 904.179

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

13 JUL. 2018

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

Nome Guilherme Augusto de Sousa Braga
No Operatório Cirúrgico Dr. Leandro

Anestesiista Dr. Adonias

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Precedimento

☒ Anestesiamento ☒ Sim ☐ Não

EXERCÍCIO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

ÍTEM DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONCLUIDO

COMENTÁRIO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Quant: _____

EXISTE ALGUMA DIFICULDADE DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/função disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Ben Finael
COF. UNB
QCCOR

Assinatura

Nome _____

SÁIDA (Sala Pós-Operatória)

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Ben Finael
COF. UNB
QCCOR

Assinatura e Carimbo

AS IMPLANTES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS,
☐ Sim
☐ Não se aplica

NOME: Guatavo Bruno da Silva Bezerra
 Endereço: Rua da Liberdade 100
 CEP: 01155-000

Transplantation

05-05-18

Examen de SOI (H) (JH) () Histograma (K) Auto X
() Outros:

62

49

1997

1000

100

Figure 10.10

100

[illegible]

1000

Distance	500 m	1000 m
----------	-------	--------

201		
202		
203		
204		
205		
206		
207		
208		
209		
210		

[illegible]

13 JUL 2018

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INPECÇÃO ANESTÉSICA

NOME: Guilherme Paulo Silva Aguiar
R. Esp. de Cirurgião: Dr. Paulo Aguiar

ANTES DA INPECÇÃO
Anestesia: Dr. Cima Paula

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO TITULO E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO 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 instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há queixas relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim,
Quil: _____ Hora: _____

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 OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Bezerra 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/04/18

DIAGNÓSTICO DE FX tornozelo + medula, 1111 + 1111

NO DIA 05/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fractura de TAC e FX do péto

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Lyginski

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18 ÀS 17:00h E
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18 ÀS 14:00h COM

DR. Da Palha Jr
Legiro 60 dias de afastamento do trabalho e
distância do acidente com o

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Thiago Muniz

Dr. Thiago Muniz
Médico-Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 07/05/18

MÉDICO

2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. - RG (RACIONAR)
114897 227 92

CPF
383.051.515-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

QUINIA INACIO DE
OLIVEIRA

TIPO DE VEICULO
MOTORISTA

RG
114897

CATEGORIA
A2

NÚMERO
01.019.2304

VALIDADE
28/01/2021

EXPIRAÇÃO
15/12/1999

DESCRIÇÃO DO



(Signature)

LOCAL
BOA VISTA - RO/ALMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240610
20207948020

RECEBIDO PLASTIFICAR
980151096

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4008-8150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE
DIREITO QUEO PACIENTE SR.

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA
RG-364881-8 SSP/RN FOI VÍTIMA

DE ACIDENTE DE TRANSITO TENDO
COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FI-
BULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E
FRATURA DE 3º - 5º METATARSO (E).

FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO +
CONTROLE AMBULATORIAL. ENCONTRA-SE
FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTÁ
IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDA-
DES LABORAIS.

Dr. Luiz da Silva
Médico
CRM-RR 2015

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/10/18

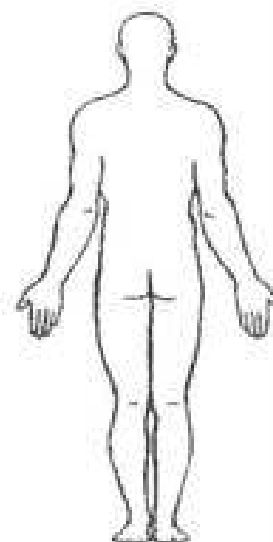
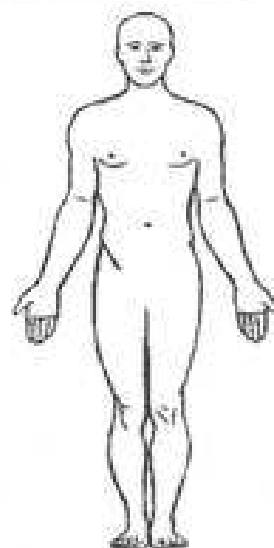
13 JUL 2018

CIPIA/EN/ITE NT CE DO E	Descrição
	Nome do Receptor
	Função do Receptor
	Assinatura do Receptor
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente _____ RG _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG (p/ semana)	Movimentos fetais	
Perda de líquido	BCF	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

Atenção (Atividade)	Espondeas	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Reflexo Resposta Motora (RM)	Obedece a comando	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (descoordenação)	3 pontos
	Extensão (descoordenação)	2 pontos
	Sem resposta (flaccidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sem resposta/insensível	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente Jovem 19A. condutor de motocicleta LOTE. Referindo muita dor localizada em MIB. 11 NATURALMENTE. Admissão com nódulo. APRESENTA LACERAÇÃO em calcâneo e tornozelo esquerdo "FURTO" Sinistro classificado como "IMV" SAMU - BOMBEIROS. Vítima Foi Retificada, com C-CER MOBILIZAÇÃO DE MIE E MSE "Provável Luxação Função Esq. Aferidas SSUV. comunicadas Ao Médico Regulador e encaminhadas Ao Grande Trauma.

CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura e carimbo do profissional
30/05/18

Assinatura e carimbo do profissional

13 JUL. 2018

BLOCO D

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

NHE
M^{re} Dora M. Guimarães
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 104.184-TE



1800938388	20/04/2018 19:47:20	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	11
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA		15/09/1998	19 A 7 M 5 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	NAO			M	SOLTEIRO(A)PARDA	BOA VISTA - RR
Idade	INFORMADO					
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA						
Endereço						
RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sia Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem		GSC AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Fratura em MTE e MLE

Exame Físico

BECLOT e ASSO ALVOS

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SAD - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV		
2 TENOXICAM 40 mg EV		
3 Leptoxorone 1gr EV		
4 1005 ml EV		
5 Fentanil 20 ug EV		
DR. João Henrique Médico - RORAIMA 20 ABR. 2018		EDISON GONÇALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR 109.905-TE

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

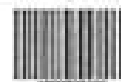
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.souza
Data Hora: 20/04/2018 19:48:23

DOCUMENTO
ORIGINAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEM OPERATÓRIO

BOLETEM OPERATÓRIO

Estudo de caso

DATA: 21, de, 18

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

f + Lt exp. TN2

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR:

TTO Círculo

LE INTERVENIENTO:

TTO Círculo f + exp. TN2

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Ø Mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

Dr. Pedro D. Gomes
Oncopla - Hematologia
CNPJ nº 16.15

TEMPO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DM SOB Plano Anterior
- 2) Antissepsia + Assépsia + Lavagem
- 3) Linc. externa 10L. 50, 51.
- 4) Fica exp. Transarterial. No 1.º plano
- 5) aproximação para
- 6) Círculo
- 7) Ao. PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Manoel Junior
Médico Oncólogo
Oncopla - Hematologia
CNPJ nº 16.15



13 JUL. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: Jurkaro Duarte Silva Braga

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Gustavo Bruno Silva Lyra	6.1		24.10.18

TIPO	CIRURGIA		
Est. Fratura Fechada Pé direito	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:30	02:35	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Pedro	ANESTESISTA: Dr. Michel
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
	INSTRUMENTADOR:

2º AUXILIAR	CIRCULANTE
	Fabio
TIPO DE ANESTESIA: Raquia	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
0	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
11	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		112	FIO MONONYLON Nº 3.12.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
12	LUVAS P/PROCEDIMENTOS Nº			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		7	FIO SEBA Nº 1.5	
	SERINGA 01ML		11	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KFF CATARATAN	
1	SERINGA 10ML		100ml	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
100ml	Alcool 70%		1	OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Silvia	SUB- TOTAL	
ACIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Fabio	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DOCUMENTO ORIGINAL

13 JUL 2018

Cópia e Dou...
Cópia e Dou...
que foi apresentado neste...

13 JUL 2018

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

409

1

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
<p>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</p>					

NTP

13 às 19
 Administrado
 medicamentos e
 aferindo SSV.

Antônio Manoel Vitorino
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 387.281-72

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

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

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	EC	FR		
6 H	125/64	66	20	35.9	
12 H	139/62	66	-	36.20	
18 H	140/83	73	19	36.48	
24 H	109/80	79	20	36.2	

Dr. Thiago Muniz
 CRM/RR 2009
 Médico Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

19 às 07 administrado medicação verificando sinais vitais





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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. ISO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura + luxação de tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º metatarsais.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo Crânio

Dr. Roderick R. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

19 - EXAMES REALIZADOS DE PRÉVIA (ACME - INDICAR) - ADUS DE EXAMES REALIZADOS

2X

Dr. Marcelo Marques
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FX de Luxação de Tornozelo (E) + FX de 3º, 4º e 5º MTT

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Plastomíase de FX de Tornozelo (E) + 3º, 4º, 5º MTT (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNPQ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Edson / Marcelo Marques

27/04/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - GÊNERO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

TERCEIRIZADO

SAPOBENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. CBO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNPQ) DO PROFISSIONAL ASSINANTE/ASSISTENTE

48 - CNES

49 - CNES

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0415030013

0408050578-5826

0408050462-5977

13 JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Guilherme Barros da Silva Bezerra

Data: 17/04/18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. L. L. L.

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

MICRO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

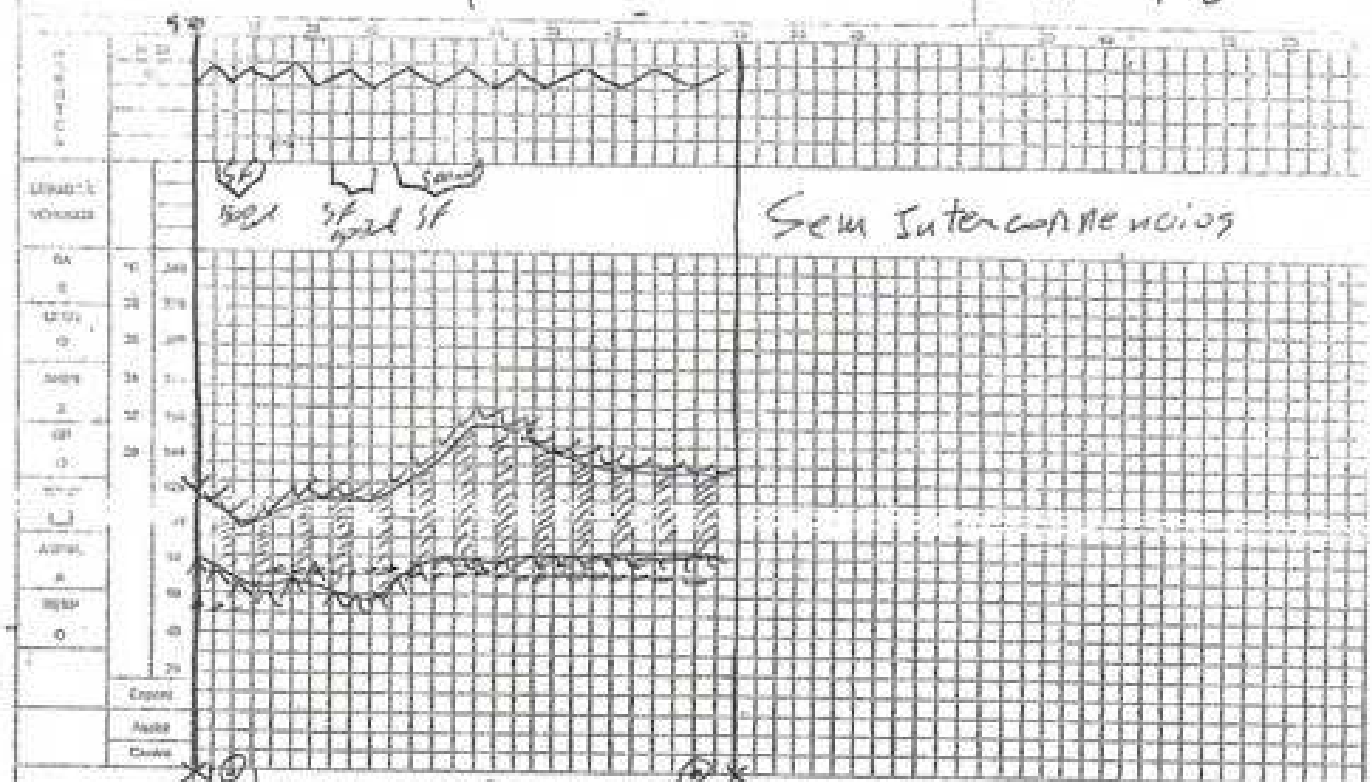
1. Paciente em RPD, com queimadura;
2. AA + CCE + Lesão da articulação de Simion de Tornozelo (E)
Incisão longitudinal antero-lateral em tornozelo (E) + Dissecção por plano até o fôss
femorais;
Redução aberta da FX com o auxílio do intuiflexor de vinagre + colocação de placa
analisador + parafusos de 2 parafusos autoapertantes;
LHC + Sutura da pele;
Incisão longitudinal na face dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
de contatos medicamentosa de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura da pele;
Curativo
A RPD.

13 JUL 2018

Oligo
 e anormal
 ✓ 7/28/64

Gistado Bruno da Silva Sousa
 Paciente 100mg {Sofisticado

27/04/18



Paciente Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg
Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg
Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg
Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg	Hipertensão 100mg + 50mg

Oligo e anormal
 7/28/64

A

Dr. Daniel

Oligo e anormal
 7/28/64

13 JUL. 2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Data

05.01.18

O.S.

Guilherme Bueno
J. Luis Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pet em DUH sob plano anterior
- 2) compressa + anti-séptico + colocação de curativo estéril.
- 3) Incisão em região da topografia de Fabre
- 4) alongamento da pele
- 5) localização de fratura de Fabre + aplicação de atelamento Bandeira de Tarsus.
- 6) Incisão lateral em 1/2 (1/2) + localização de antena prévia
- 7) remoção momentânea de placa de antena prévia + fixação e descolamento de placa 1/3 de comprimento + parafusos de metal.
- 8) fechamento por planos
- 9) controle com sutura + curativo estéril por 24h
- 10) Rper.

13 JUL 2018



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Pereira 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20 10 18

DIAGNÓSTICO DE FX tornozelo + metatarsos III + IV + V

NO DIA 25 10 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO D

Redução de TMC + FX de péto SE

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Guilherme Pereira

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02 10 18, ÀS 12:00h

COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 17 10 18, ÀS 14:00h, COM

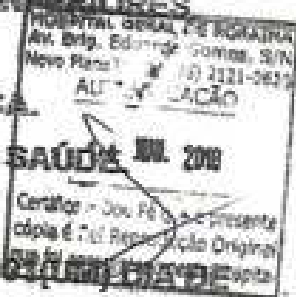
DR. Da Cunha Jr

Levar 60 dias de afastamento do trabalho

Atenção do acidente com o

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. João Carlos

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 02 10 18

MÉDICO

2018



44.0 %

20/4/2018 20:17:20

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

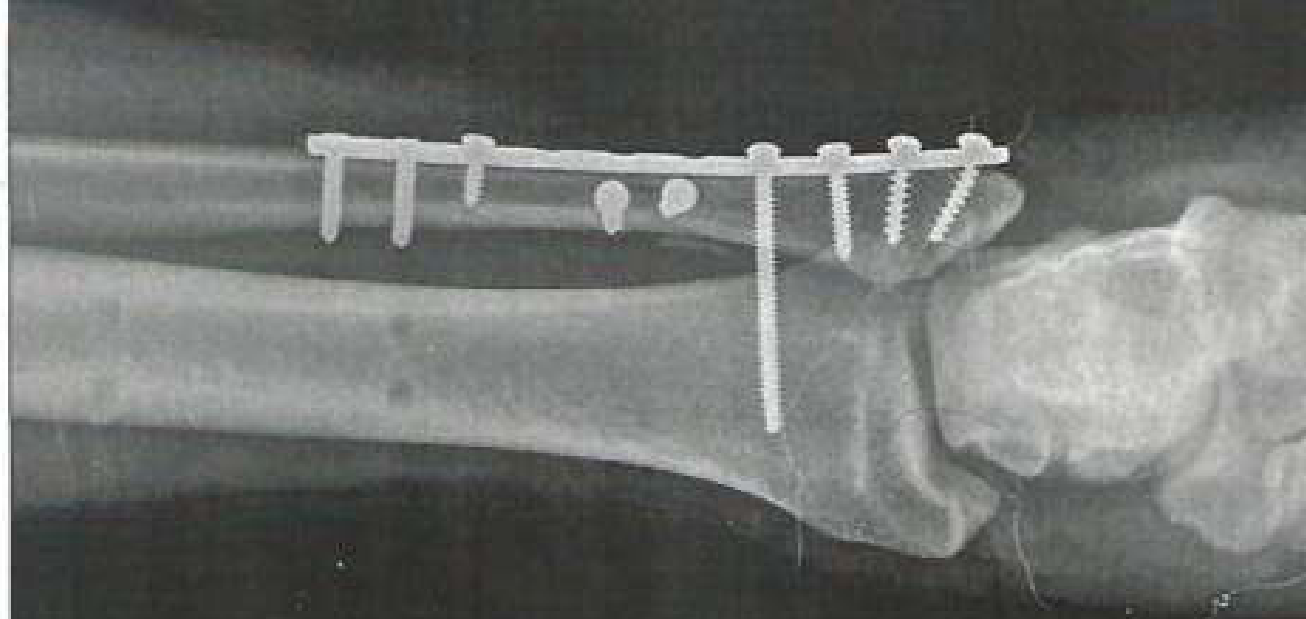
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



59.4 %

20/4/2018 20:17:20

E



72.2 %

28/4/2018 11:35:51

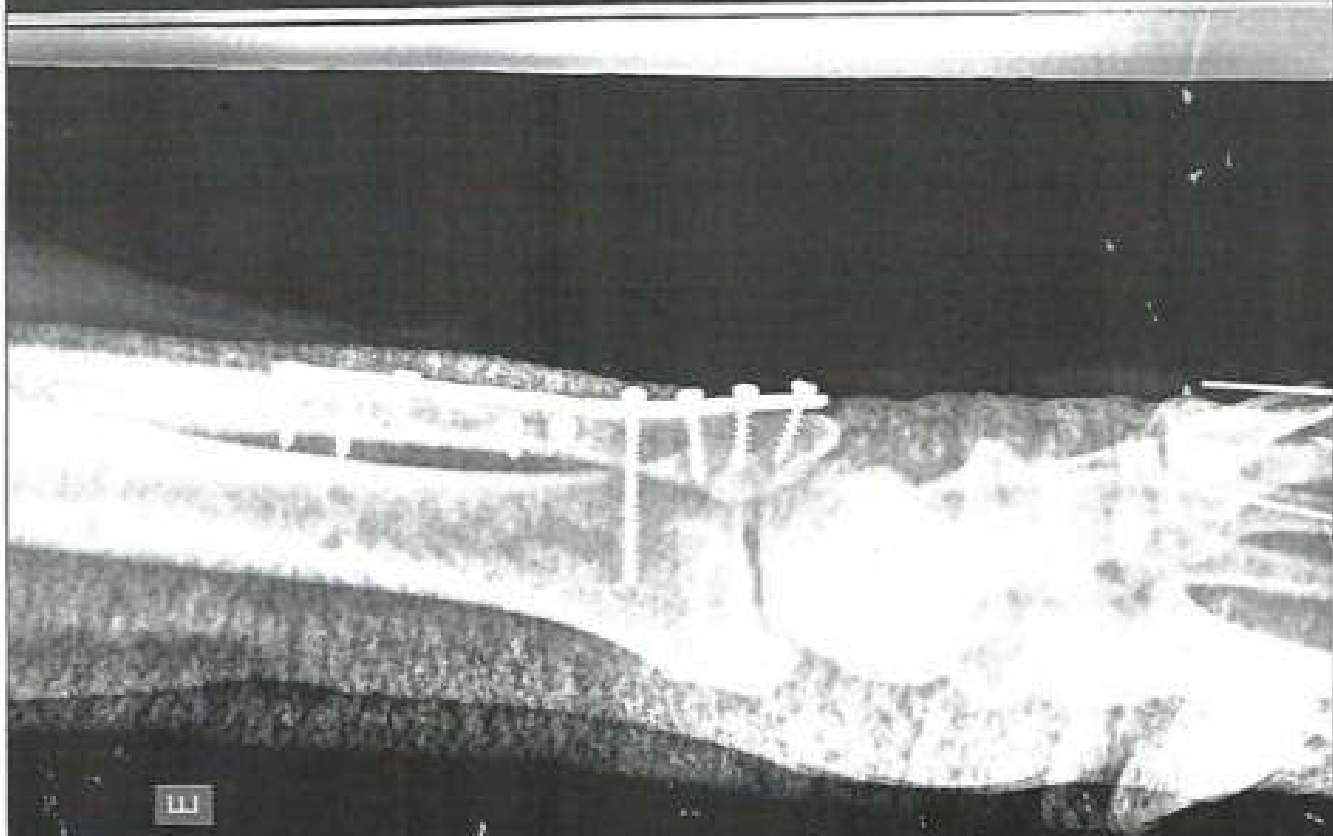
GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



72.3 %

28/4/2018 11:36:51



E

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

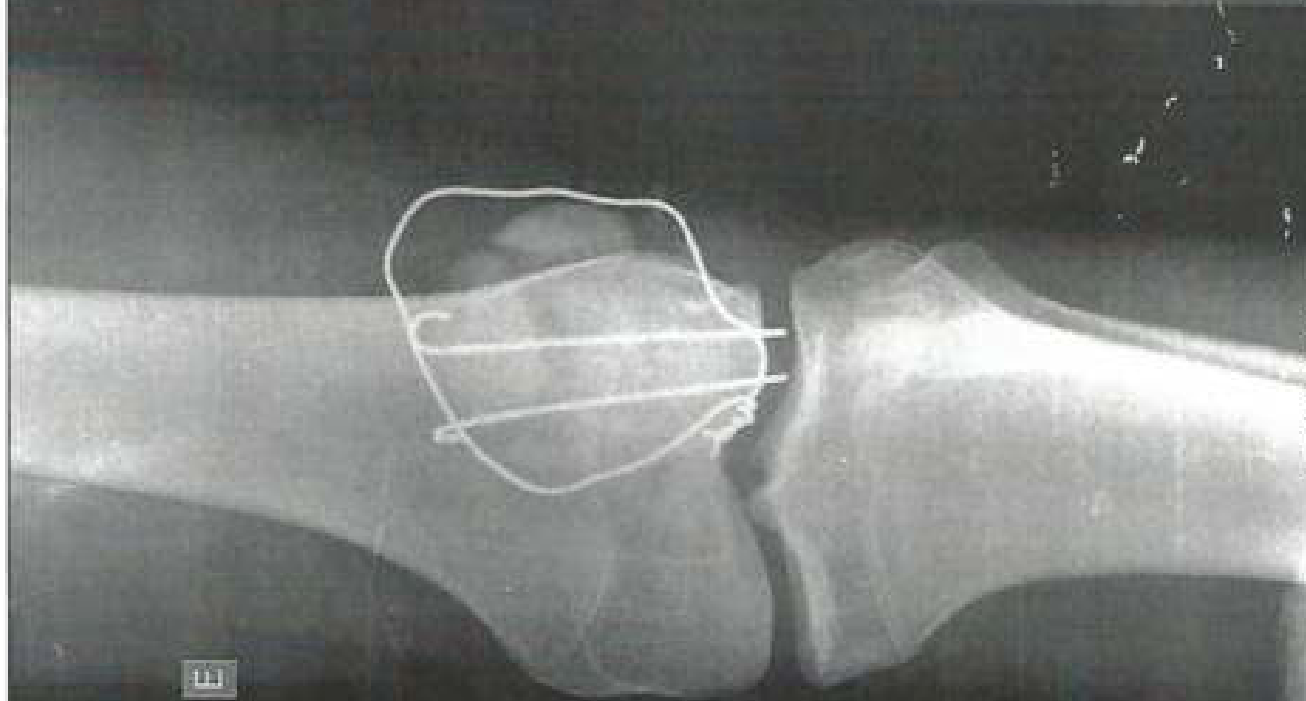
409-1 BL D

TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

7/5/2018 11:18:08

55.0 %

E



61.9 %

GUSTAVO BRUNO

7/5/2018 11:12:08

409-1 BL D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ALVARO ED. DORILEY



60.0 %

7/5/2018 11:12:08

BLOCO D

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

NHE
Dr. Nelson M. Sousa
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 159.966



1000330396	20/04/2018 19:47:20	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	11
Paciente		Data Nascimento	Idade	CMS	CPR	Prontuário
GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA		15/09/1998	19 A 7 M 5 D			
Tipo Doc	Documento	Opção Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	NAO			M	SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR
Mse	INFORMADO					
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA						
Endereço						
RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prontuário	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Qualquer Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)

Fratura em MTE e MLE

Exame Físico

BECLOTE ASS ACUAD 19%

Hipótese Diagnóstica

Poltrauma

SADP - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV		
2 TENOXICAM 40 mg EV		
3 Leptoxone 1gr EV		
4 FOS MIT M		
5 Fentanil 20 Ug EV		
<p>Dr. João Henrique FRENCOIA-RR 1234</p> <p>20 ABR 2018</p>		<p>EDILSON GONÇALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR 159.966 - TE</p>

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Fátima - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

15 ABR 2018

Cópia e/ou reprodução Original
não são permitidas neste Hospital

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família ☐ IML, Autópsia Periférica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 26/04/2018 19:48:23

DOCUMENTO
ORIGINAL



Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO PACIENTE		2 - NOME DO PAI	
H62		H62	

3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PROTOCOLO	
Mário Silva Bezerra		165295	
5 - DATA DE NASCIMENTO		6 - SEXO	
15/09/1998		MASC	
7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		8 - DATA DE NASCIMENTO	
Maria da Conceição Silva Bezerra		9/5/1991	
9 - ENDEREÇO DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - CIDADE	
R. Calisto, 89, Cambará		Rio de Janeiro	
11 - ENDEREÇO DO PACIENTE		12 - CIDADE	
Bom Jistô		Rio de Janeiro	

Prontuário nº 124 - Exp. TNE

13 - CENÓTIPO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO		<div data-bbox="1161 1008 1453 1291" data-label="Text"> <p>HOSPITAL GERAL DE ROANIMA Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - RJ (95) 2121-0020 AUTENTICAÇÃO 14 MAR 2018 Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital</p> </div>
Tiro amarelo		
14 - INFORMAR RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (PRELIMINARES DE EXAMES REALIZADOS)		
Anamnese + Ex. Físico		DOCUMENTO ORIGINAL
15 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		
fx lt Exp. TNE		

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tiro amarelo fx lt Exp. TNE		18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
19 - CLÍNICA	20 - CAMBIO DA INTERNAÇÃO	21 - DOCUMENTO	22 - Nº DOCUMENTO (CHISCT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
ORL	LABORATÓRIO	1000	1000
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSINANTE		24 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	25 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO
Dr. Mário		12/03/18	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
26 - ACIDENTE DE TRABALHO	27 - Nº DO RELATÓRIO	28 - SÉRIE	
29 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	30 - Nº DO RELATÓRIO	31 - SÉRIE	
32 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	33 - Nº DO RELATÓRIO	34 - SÉRIE	
35 - VÍDEO COM A PREVENÇÃO	36 - Nº DO RELATÓRIO	37 - SÉRIE	

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		39 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO	
40 - DOCUMENTO		41 - Nº DO DOCUMENTO (CHISCT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO		43 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO	
10/04/18		0408050578 5826 13 III 2018	



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00165295	Data Internação 21.04.18	Data da Saída 27.04.18
Número da AIH: 141830000659-4		
Enfermaria 409	Leito 05	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA			
Cartão do SUS 704809078377445	Data de Nascimento 15/09/1998	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Ignorado - NAO INFORMADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE			
Nome do Responsável GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA		Fone p/ Contato (95) 99114-1759	
Endereço RUA - CALEBE	Número 89	Bairro CAMBARA	
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.313-365

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 3635	Médico Solicitante Pedro Di Giacanni	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0908050578	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Naso Vivo <input type="checkbox"/> Naso Morto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> ybito	

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C.UTI
01	01				3635		01	
02	06				1506		01	
03	07				2009		04	
04	07				3831468		01	
05	01	0908050578			69381		02	
06			20				01	
07			23				01	
08			31				01	
09			36				01	
10			44				01	
11								
12								
13								
14		0302030106		24104118	09	347	01	
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronaim Pacheco de Carvalho	Data Autorização 21/04/18	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEIM OPERATÓRIO

BOLETEIM OPERATÓRIO

Estudo de Caso

Data: 21.04.18

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

R + Lt + Ep. Tm2

ANAMNESE:

Tm2 cirurgia

LE INTERVENÇÃO:

Tm2 cirurgia R + Ep. Tm2

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

QUIRURGO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em sala 503 Plano Ambrósio

2) Antissepsia + Assépsia + Lavagem

3) Linc transtórica 10L. 50. 91.

4) Fixação externa TRANSDERMICA. 10L. 50. 91.

5) Proximidade para

6) Cirurgia

7) Ao PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Pedro
Médico Cirurgião
Omnipia - Tecnologia
CRM - MATRIZ



13 JUL. 2018



Guilherme Bruno S. W. Bezerra, 19a

21.04.2018

DEPTH IN FEET

DISTANCE IN FEET

DA

GSSG

AAR

OP

L

A

PSP

C

Exp

Aval

[illegible]

MADEIRA, A. M. M. 11/05

13 JUL 2018

SAL: - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

01005 HILL, RUTHANN

210418

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

Weight: 00-20

TE 717 | 1. 8. 2017

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

2. **For more information**

© 2004 by International
Journal of Technology

[illegible]

1000

Grundsatzgesetz zur Einführung des Grundgesetzes

1. *Chlorophyll*

100

67

93

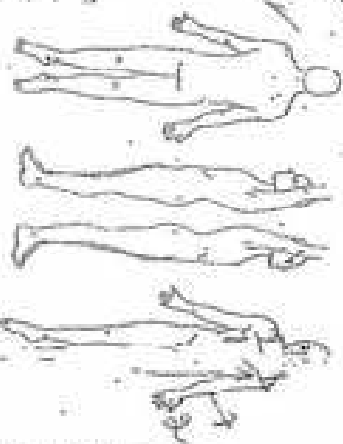
Abstract

100

100

100

1. Estímulo
 2. Olfómetro
 3. PVC
 4. Placa de Alumin.
 5. Sulfato
 6. Corante
 7. Vendicrete
 8. Direção
 9. Jogo
 10. Folha de Amarelo
 11. Outro: _____



Sexo	Grupo	Artesista	Charge	Solo
00:20	00:30	00:22	2:35	12:4
Grupo Antares	Antares		Portelli ratio	
Proj. Exp. R-2	R-2	R-2		
Adriano				
Adriano	Adriano			
Infante	Terapia			
25 a 35% Anál.	Normal			
55 a 10%	Dois			
Colpo				
Nº de comentários atendidos:				
Nº de comentários recebidos:				
Situa. Vital:				
T: °C	P: 20	batm		
SAT: 100	N	pm		
() Regular	() Irregular			
PC: 20 bpm	PA: 130/75	4mmHg		
Exatidão na SDO: () M	() J	() M	() M	() M
() Outros:				

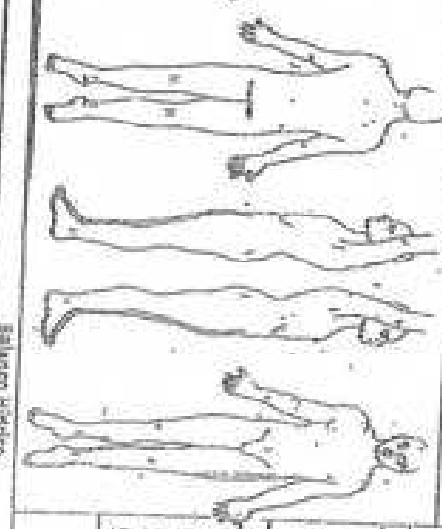
[illegible]

Figure 1 shows a diagram of the human body with 11 points of interest marked. The points are numbered 1 through 11, corresponding to the legend. The diagram includes a front view and a side view of a human figure.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Gustavo Bruno Silva Lyra	5.7		26/04/2018

TIPO	CIRURGIA		
Est. Int. - Apêndice e Círculo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:30	02:35	

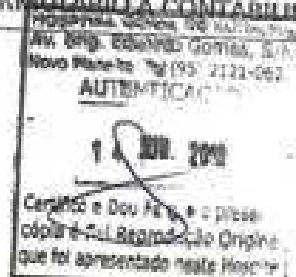
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		
	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raqui	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL	
1	LUVA ESTERIL 8.0		112	FIO MONONYLON Nº 3.0/2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS 1/4			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 3.0/2.0	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	NOVA 70%		1	OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Silvia de M. N. C.	SUB- TOTAL		
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Fabio	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

DOCUMENTO ORIGINAL.



13 JUL. 2018

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome _____
Assinatura do Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

RISCO DEBILITADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

VA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Assinatura do Anestesiologista _____
Assinatura do Cirurgião _____
Data: 11/04/2018

Anestesia _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO 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 PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica

Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim ☐ Não se aplica

DOCUMENTO ORIGINAL
DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
Assinatura do Anestesiologista _____
Assinatura do Cirurgião _____
Data: 11/04/2018

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA E CIRURGIA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO ESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura do Anestesiologista _____
Assinatura do Cirurgião _____
Data: 11/04/2018

409
1

53-2549
Administrativo
medicina y p.
ciferando 55V
Julian Medina Ramirez
Tomas de Guzman
CORONA 307-201-476

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13207 administração medicação verificada sinais
vitalis





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

2 - CIES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CIES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - CDD. REG. MUNICIPAL

14 - UF

15 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINALS CLÍNICOS

Fratura e luxação de tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º metatarsais.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma muito crônico

Dr. Anderson R. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

18 - FUNDAMENTAÇÃO DO LAUDO (SINTOMAS, SINAIS, EXAMES, EXAMES REALIZADOS)

2X

Dr. Marcelo Marques
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura e luxação de Tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º MTT

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Platiband de Fratura de Tornozelo (E) + 3º, 4º e 5º MTT (E)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

22 - CLÍNICA

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO

Anderson / Marcelo Marques

27/04/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - ACIDENTE DE TRABALHO

30 - CDD DA SEGURADORA

31 - Nº DO BILHETE

32 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÍPO

34 - CDD DA EMPRESA

35 - CDD DA EMPRESA

36 - CDD

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - PREVIDÊNCIA

40 - AUTÔNOMO

41 - CDD/REGISTRO

42 - APOSENTADO

43 - NÃO SELECIONADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD. CDD. EMBR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO

17/4/18

0415030013
0408050578 → 5826
0408050462 → 5827
13 JUL. 2018

17.4



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Gustavo Bueno da Silva Bezerra

Data: 27, 04, 18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Elderson

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

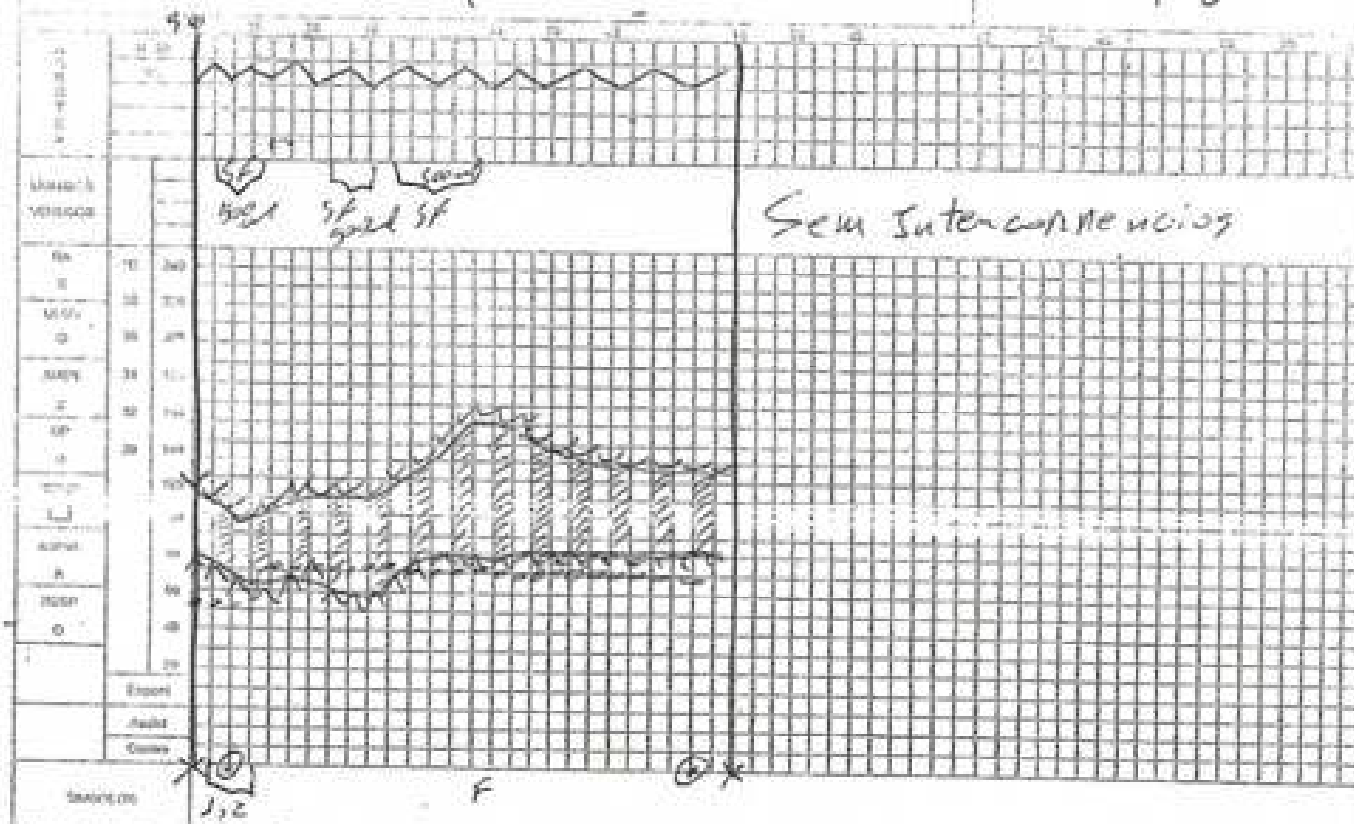
1. Paciente em DDH, pele escurecida;
2. AA + CCE + Indicação de fratura de Sinus de Tarsometatarsais (E)
Incisão longitudinal cutânea em tarsometatarsais (E) + Dissecção por plano até o foca
fratura;
Redução com o Fx com o auxílio do intubador de vinagre + colocação de placa
artificial + parafusos de 2 parafusos intramedulares;
LNC + Sutura da pele;
Incisão longitudinal pele foca dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
de contatos mediano-pé de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura de pele;
Curativo
A RPL.

13 JUL. 2018

Adunça
e amabilidade
✓ Jpn 784

Gustavo Bruno da Silva Regua
Pastor 100mg {Sotolipolín

27/04/18



<p>Imp. Vacina Hiper Borna 1kg Kudant 100mg + 50mg</p> <p>SF, 091 - 1600ml</p>	<p>Requir anestesia humbor. Suflor Via mediana Sob anestesia com opaco tórax</p> <p>2x 1000 - 1000 - 1000 1000 - 1000 - 1000 1000 - 1000 - 1000 1000 - 1000 - 1000</p> <p>9:00 -</p>	<p>ANESTESIA X-Mon. tonipexis de PET. 10 SOTOC; 6A.M.E.C.C.</p> <p>Opraxina + Ark 15 opax e Rixia, horker com olcano 70x. Autocepo de oxigeno esterilizado humido com oxigênio 17 0.6 oxigênio 17 0.6 Cloro, umido, oxigênio superior de Bupivacaína Hiper Borna 1kg</p>
<p>Osteomielite parietal e humeral L- TNR + Osteomielite 5° 4° 6° MATT: ①</p> <p>Dr. Mauro R. Kucenas (R) Dr. S. Schenker - 1000 - 1000 Dr. S. Schenker</p>	<p>Localiza - Depressão - Causas Nave Osteomielite Humeral L- 2000 - 1000 Tórax - 1000</p> <p>Demografia - Artéria Bact. Tegumento - 1000</p>	<p>27/04/2018</p> <p>Plaquet. e Sinais e módulo Sotolipolín</p> <p>② Ceftriaxona 13 14</p>

A

13 JUL. 2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05.01.18 O.S.

Guilherme Bueno
J. L. P. Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) FET em DUH sob plano anterior
- 2) compressão + anti-reflexo + colocação de campo estéril
- 3) Incisão em região da topografia de Falcão
- 4) Longitudinal
- 5) Realização de fixação de Falcão + afixação de sutura
- 6) Incisão lateral em um TNR + fixação de sutura
- 7) Realização de sutura de placa de entrada por via transcutânea
- 8) Realização de sutura de placa 1/3 de comprimento + parafusos
- 9) Realização de sutura de placa 1/3 de comprimento + parafusos
- 10) Controle com sutura + controle de sangramento

13 JUL. 2018



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CATEGORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

21 - CÓDIGO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO DE SEÇÃO 23 - CÓDIGO DE SUBSEÇÃO 24 - CÓDIGO DE SUBSEÇÃO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CONSISTE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO DECLARADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CONSISTE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

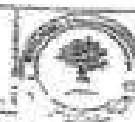
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO) DO CONSILIO

0408050527a582

1299

13 III 2018



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Everson Bruno da Silva Rezende 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/04/18

DIAGNÓSTICO DE FX Tornozelo + med/ula tibia + patela

NO DIA 25/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Reconstrução da TNE e FX da patela

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Everson / Junior

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18, ÀS 17:00h, E
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18, ÀS 14:00h, COM
DR. Dr. Pablo Jr

Seguir 60 dias de afastamento do trabalho e
distância do acidente com

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Thiago Murilo

Dr. Thiago Murilo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 07/05/18

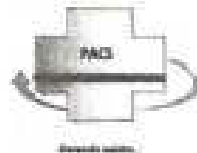
MÉDICO

2018



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE
DIREITO QUEO PACIENTE SR.

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA
RG-364885-8 SSP/RN FOI VÍTIMA

DE ACIDENTE DE TRANSITO TENDO
COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FI-
BULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E
FRATURA DE 3º-5º METATARSO (E).

FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO +
CONTROLE AMBULATORIAL. ENCONTRA-SE
FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTÁ
IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDA-
DES LABORAIS.

Dr. Luciana Silva
Médico
Tela 701 2015

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 04/10/18



44.0 %

20/4/2018 20:17:20

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



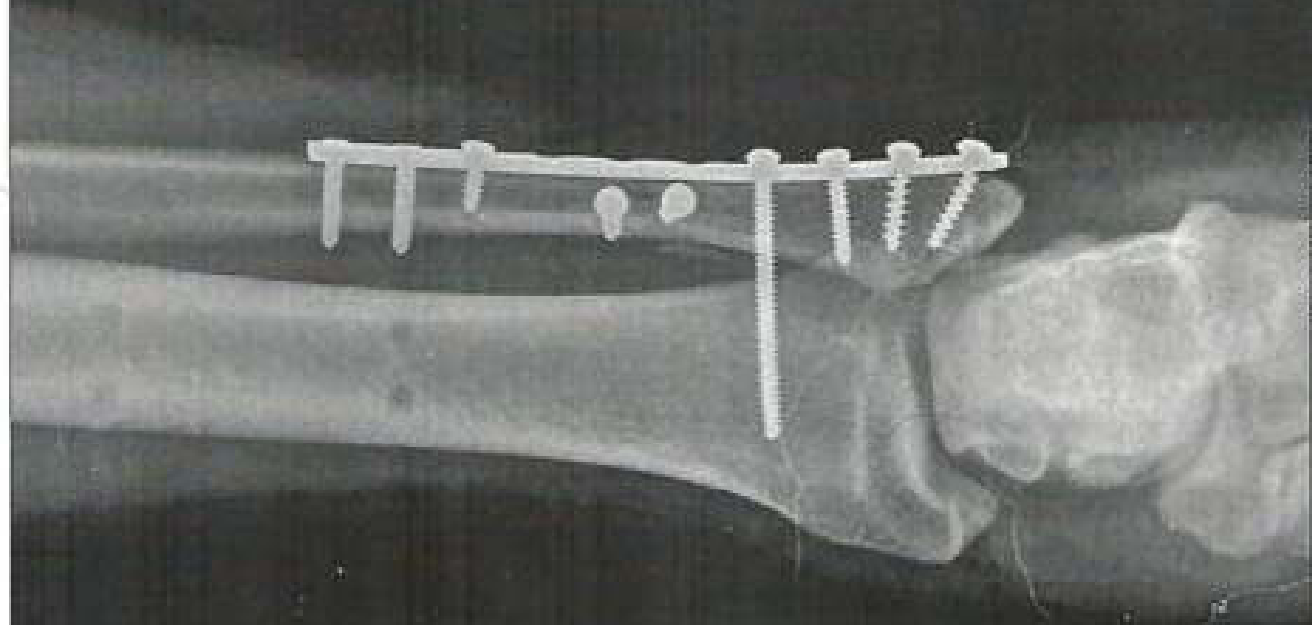
59.4 %

20/4/2018 20:17:20



28/02/2018 11:38:51

723 %



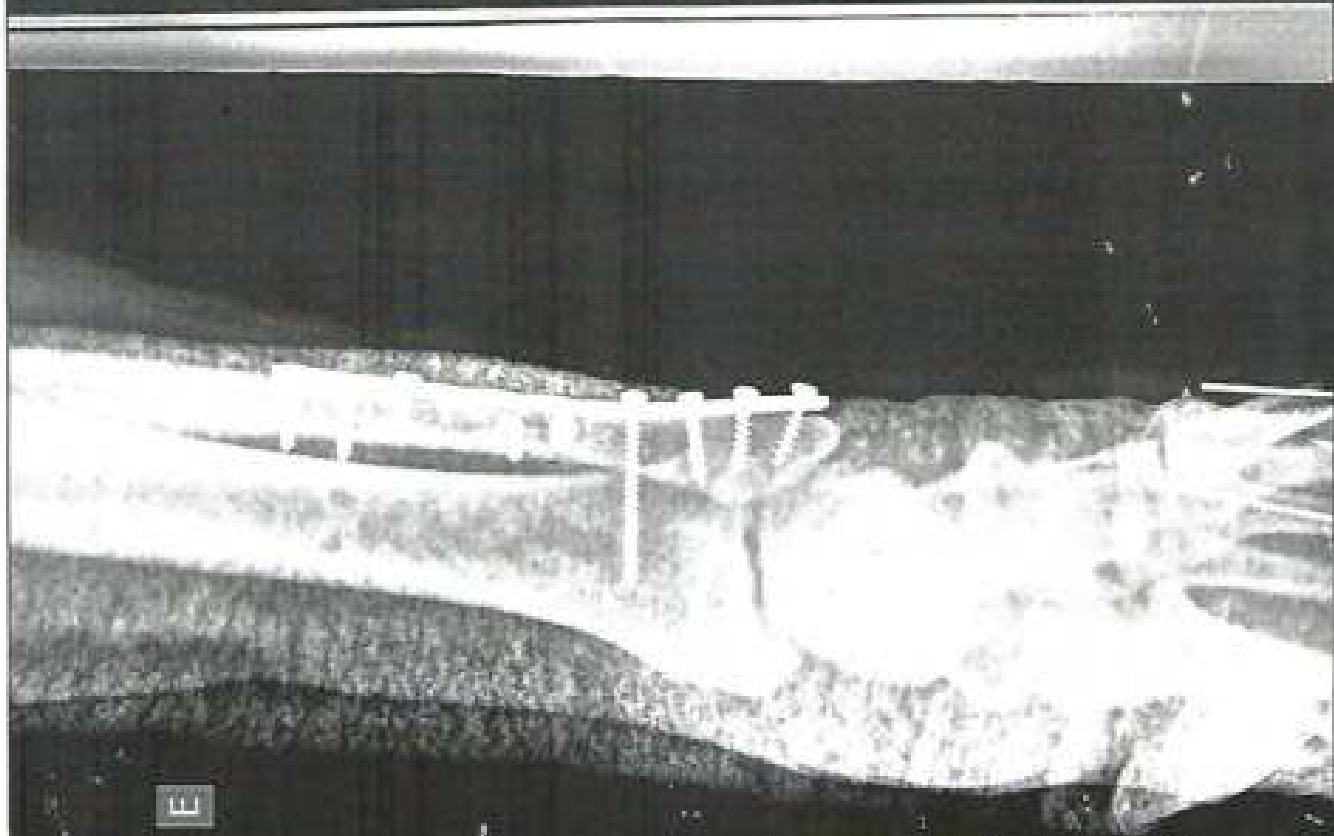
28/02/2018 11:38:51

722 %

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



E



GUSTAVO BRUNO

409-1 BL D

7/5/2018 11:42:08

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TRATAMENTO DO EN

55636



61.9 %

7/5/2018 11:12:00

GUSTAVO BRUNO

409-1 BL D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

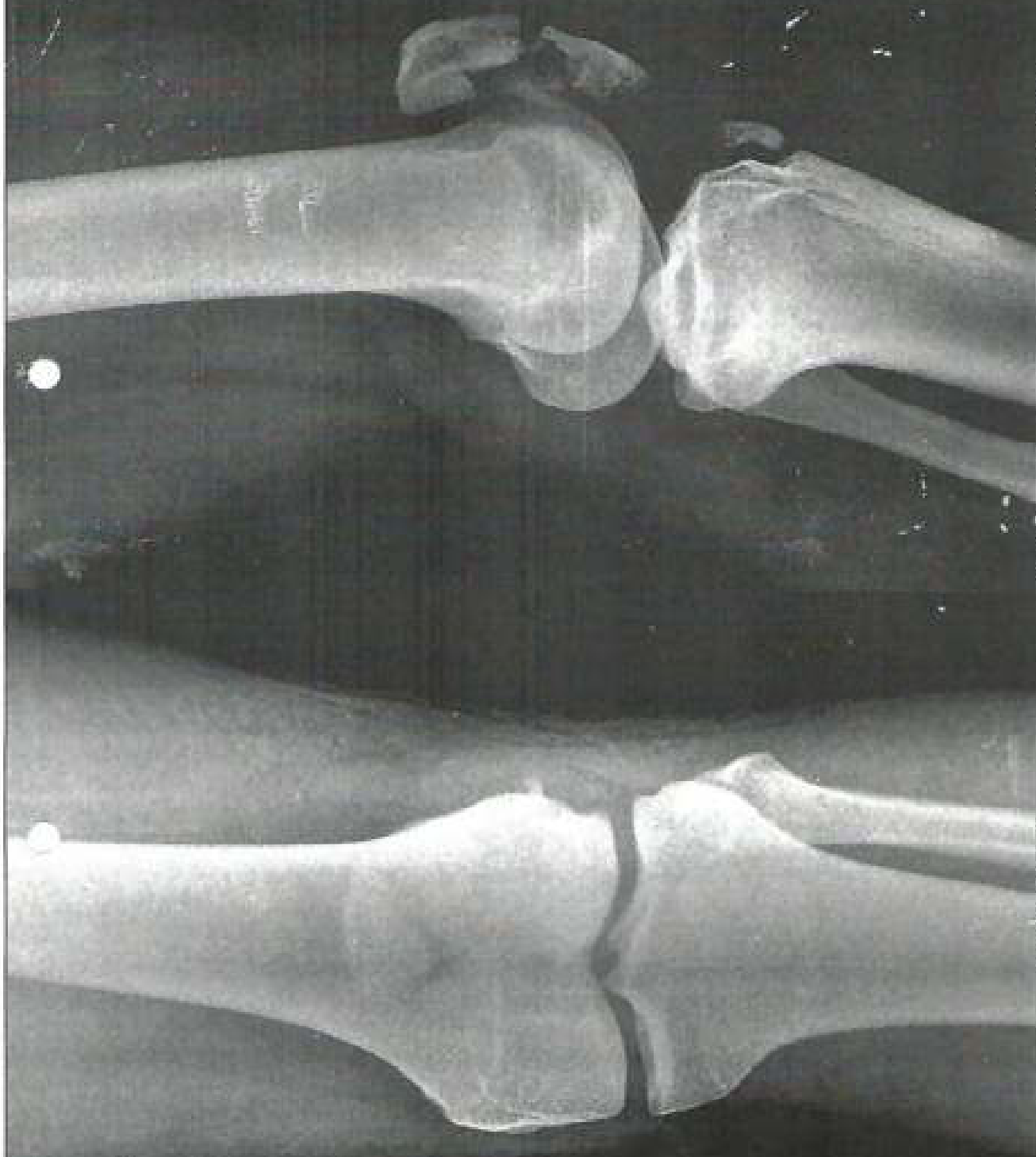
TRAUMATOLÓGICO



60.0 %

7/5/2018 11:12:08

E



59.8 %

28/05/2018 17:39:36

62.0 %

20/04/2018 17:39:36

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

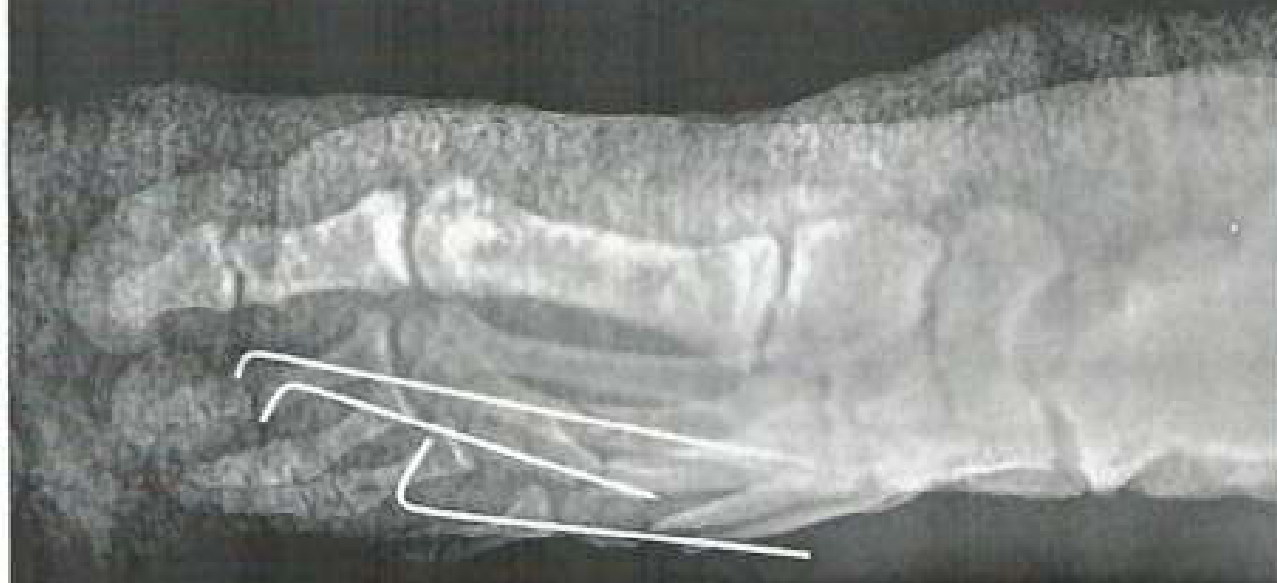
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E

62.0 %

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



7/5/2018 11:12:08

408-1 62.0 %

TR AUFORW/ED DO RILEN

EF

57.4 %

7/5/2018 11:12:08





GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

20/04/2018 20:17:20

78.2

E



18/05/2018

53.6 %

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

6926

HOSPITAL CORONEL MOTA



18/05/2018

50.8 %

Cloudado

ESQUERDO



NOTA

GUSTAVO BRUNO DA SILVA
18 ano(s) 15-06-1996

10004

04-07-2019 03:07

POLICLINICA COSME E SILVA



NOTA

13 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Potegar Direito



Gustavo Bruno da S. Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
364801-8

NOME
GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

DATA DE EMISSÃO
28/04/2016

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1998

DOC. CRIME
CERTO NASC 14.941 FLS 215 LIV A-025

2 OF BOA VISTA-RR

001.983.252-40 ANADEU ROCHA TRIANI
2 - VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
BARREIRA SECCIONAL DE FORTALEZA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. - RG (RACIONAR)
114897 227 92

CPF 383.051.515-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

QUINIA INACIO DE
OLIVEIRA

TRANSMISSÃO - 01/01/2015 RG - 114897 227 92 CATEGORIA - 2A

PROPOSTA - 01.019.2304 VALOR - 28/01/2015 EXATIDÃO - 15/12/1999



(Handwritten signature)

LOCAL DOA VISTA - RG/ADMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
92485240610
92207948020

PROPOSTA PLASTIFICAR
980151096

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO