



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 10:13 Data/Hora Fim: 14/11/2019 10:30
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/06/2019 21:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Floresta

Logradouro: AV. VENEZUELA

Complemento: NO REDUTOR DE VELOCIDADE ELETRONICO - PROX. UFRR

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA (COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 07/11/1994

Profissão: Auxiliar de Logística

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ILANDIA MENEZES DE OLIVEIRA

Nome do Pai: EDMILSON SANTANA DUARTE DE

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.863.572-18

RG - Carteira de Identidade: 4116640

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R CB PM LAWRENCE

Nº: 682

Complemento: CASA

Bairro: CARANA

CEP: 69.313-640

Telefone: (95) 99141-1157 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 281.825.612-72	Placa NAX2964
Renavam 01001382371	Número do Motor G3C5E-002579
Número do Chassi 9C6DG2510F0001977	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/04/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 14/11/2019 10:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040105/2019

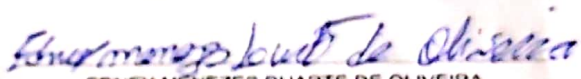
Nome Envolvido	Envolvimentos
EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA	Posuidor

RELATO HISTÓRICO

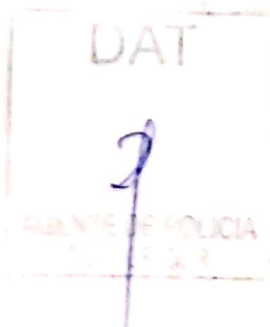
O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, PELA AV. VENEZUELA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA UFRR, NO REDUTOR DE VELOCIDADE ELETRÔNICO "ANJINHO", UM MOTOCICLISTA QUE IA A SUA FRENTE REDUZIU A VELOCIDADE RAPIDAMENTE, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRAZEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA E CAIR, QUE FIZERAM ACORDO NO LOCAL E NÃO HOUVE LAVRATURA DE ROP, QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU, QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PUNHO DA MÃO ESQUERDA, QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento


EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA
(Comunicante / Envolvido)

"Omitir parte do direito, fins do direito que sou eu) (oficial) responsável pelas informações acima assinadas e como que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
origem, portanto previsto nos Artigos 339 Denúnciação Caluniosa e 340 Contribuição Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado da Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de impressão: 14/11/2019 10:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13/11/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 10/2019 referente a UC: 505129



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3890723

ILANDIA MENEZES DE OLIVEIRA

R. CB PM LAWRENCE MELO, 682 ,

CARANA

69313640 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
505129	10/2019	20-SEP-19 a 23-OCT-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
176	06-NOV-19	R\$ 161,95

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

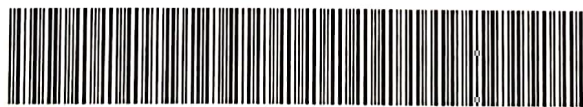
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
505129	10/2019	R\$ 161,95

836800000017.619500750002.000000000505.512910190051





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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652607

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000050462-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

RR

NOME
EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
4116640 SSP RR

CPF
022.863.572-18

DATA NASCIMENTO
07/11/1994

FILIAÇÃO
EDMILSON SANTANA
DUARTE DE OLIVEIRA
ILANDIA MENEZES DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06304211259

VALIDADE
24/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
19/02/2015

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Edney Menezes Duarte de Oliveira

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
29/01/2019

ICG GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR
ICG

78822054782
RR210014750

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1749447087

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749447087

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR Nº 013161137700
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAL R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 01001382371 2018

NOME

EDEMILSON SANTANA D DE OLIVEIRA

RR

CPF / CNPJ

281.825.612-72

PLACA

PLACA ANT / UF

MAX2964 RR

CHASSI

ESPECIE TIPO

9C6D62510F0001977

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

YAMAHA/X1Z150 CROSSER ED

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0149CC/

PARTICU

CINZA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1. *****

PAGU

PAGU

2. *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

3. *****

A

** PAGO CU

A ÚNICA **

3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0.7

R\$185.5

18/01/2019

OBSERVAÇÕES

AL.FID. YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA * P

ROIB SAIR AMAZ OCCIDENTAL

LOCAL

DATA

BDA VISTA - RR

09/04/2019

Tempo Gráfico - 5min

RR Nº 013161137700 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEI A NOVA VERSÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

01 281.825.612-72

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

PLACA

RENAVAL

MAX2964

01001382371

YAMAHA/X1Z150 CROSSER ED

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

2014

Nº CHASSI

9C6D62510F0001977

CAT. TARE

9C6D62510F0001977

ANO FAB.

ANO MOD.

2014

Nº CHASSI

9C6D62510F0001977

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

COTA ÚNICA

18/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ADVOCACIA



ADVOCACIA

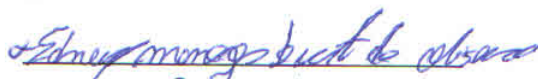
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: O (A) Sr EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteiro, profissão, aux. de logística, portador (a) da Cédula de Identidade nº 4116640 SSP/RR e do CPF 022.863.572-18 telefone: (95) 99141-1157, residente e domiciliada (a), na Rua, CB PM Lawrence Melo, nº 682, bairro, Caraná, CEP 69. 313-640, na Cidade de Boa Vista-RR.

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

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

Boa Vista/RR, 27 de Setembro de 2020


Outorgante

ADVOCACIA



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteiro, profissão, aux. de logística, portador (a) da Cédula de Identidade nº 4116640 SSP/RR e do CPF 022.863.572-18 telefone: (95) 99141-1157, residente e domiciliada (a), na Rua, CB PM Lawrence Melo, nº 682, bairro, Caraná, CEP 69. 313-640, na Cidade de Boa Vista-RR.

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

Boa Vista-RR, 27 de FEVEREIRO 2020

DECLARANTE

06/06/2019

Guia de Atendimento 17

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

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

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

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

Ligia Amorim
CPF: 025.885.529
Unig

1901119959	06/06/2019 21:22:54	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	16
Paciente EDMIL MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA		Data Nascimento 07/11/1994	Idade 24 A 6 M 29 D	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário	
Tipo Doc IGNORADO		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA
Mãe ILANDIA MENEZES DE OLIVEIRA		Pai EDEMILSON SANTANA D DE OLIVEIR		Naturalidade BRASIL		Nacionalidade	
Endereço - RUA B - 682 - -		Contato		Ocupação NÃO INFORMADA			
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento OUTROS	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por ANA.KARLA			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h) <i>paciente relata angustia de intensidade 4/10 trauma em pulso (E);</i>							
Exame Físico <i>LOTE</i>							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares ☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO <i>1 - Reparo de 2º grau de 2.50h</i>				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Condição <i>Interno Ao Bloco</i>							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para <i>Ortopedia</i> Data e Hora da Saída Alta: / /							
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Anonimato Patológica ☐ / /							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico <i>Dr. Cornelio Augusto Cirurgia Geral CRM 1103</i>			
Impresso por: ana karla Data Hora: 06/06/2019 21:30:30				 1901119959			

CA. Reducos + el control + ~~que~~ + ~~que~~
- VALA ~~que~~ ~~que~~
Finterney

Interviews

[Handwritten signature]



BLOCO D

Alta 29.06.19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO DOENTE: Edson Mendes D. Oliveira

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

3 - ENDEREÇO DO DOENTE: 71018101013151414121141210

4 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

5 - NOME DO RESPONSÁVEL: Jeaneira Mendes de Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 473469

7 - DATA DE NASCIMENTO: 02/11/84

8 - SEXO: M

9 - TELEFONE DE CONTATO: _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

11 - CÓD. IGEE MUNICÍPIO: 22

12 - UF: PR

13 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pct Vitam de acetil brost

15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Cerebro

16 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Exo- h + R+

17 - CÓDIGO DO DIAGNÓSTICO: Exo- h + R+

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exo- h + R+

27 - CLÍNICA: Exo- h + R+

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Exo- h + R+

29 - DOCUMENTO: Exo- h + R+

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Exo- h + R+

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Exo- h + R+

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: Exo- h + R+

33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): Exo- h + R+

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

35 - N° DO SINISTRO: _____

36 - SÉRIE: _____

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÍFICO: Exo- h + R+

38 - CNPJ EMPRESA: _____

39 - CNIE DA EMPRESA: _____

40 - CSOR: _____

41 - VENCIMENTO COM A PREVIDÊNCIA: Exo- h + R+

42 - EMPREGADO: Exo- h + R+

43 - AUTÔNOMO: Exo- h + R+

44 - DESEMPREGADO: Exo- h + R+

45 - APOSENTADO: Exo- h + R+

46 - NÃO SEGURO: Exo- h + R+

AUTORIZAÇÃO

47 - N° DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Exo- h + R+

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Exo- h + R+

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: Exo- h + R+

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): Exo- h + R+

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 03080/0019
5525 T068
V299

ata 28.6



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		06/06/2019	DIH	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM	
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	23/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				manter
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr				S/N
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				S/N
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
9	CURATIVO DIÁRIO				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				retirar
11					32 38 34 06
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

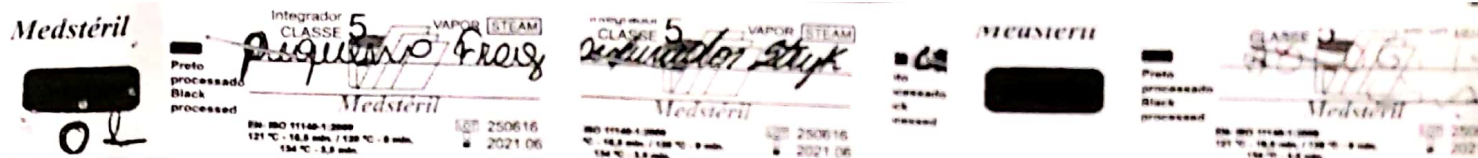
EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116x58	71	18	36,9C
18 H	116x82	86	19	37C
24 H	100x80	73	19	36,8C
04	130x76	71	20	36,1C

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM/RR 1985

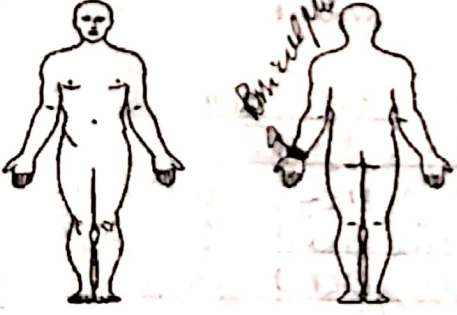




Canote
15.18

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID 24A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
EDINEI MENEZES DUANTE DE		401.4	510	28 / 06 / 1º	
OLIVEIRA		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OST. FMT. BANTON (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:30	16:18		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. DALSON		ANESTESISTA	DR. CELSO	
1º AUXILIAR	R3. Pablo		RES. ANESTESIA	R2. JETO + R1. MORE	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	7ANK	
TIPO DE ANESTESIA: BPPB		CIRCULANTE		DUANTE + SUCALDO	
TEMPO DE DURAÇÃO		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VAL.
7	PCTIS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
15	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
15	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tm m			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 24			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	
	SERINGA 01ML		1	SHIRAZI ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERAPLASSO CATETER O2	
	SERINGA 05 ML		1	ALCOOL 70%	
1	SERINGA 10ML		20ml	CHATO CLORALHIDRATO ALCOOL	
	SERINGA 20ML		20ml	HEPARINA CLORALHIDRATO ALCOOL	
20ml	ROPI VACINA		1	OUTROS ATADUM CHERM 20ml	
1	AGULHA 40x12		1	EQUIPAMENTO	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		LUCASO			
		REBECA			
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1043		SAMU 192	
EQUIPE SAMU BV		EQUIPE: <u>Elisangela, Rubia</u>					
UNIDADE: BRAVO II							
Paciente: <u>Edna Maria Costa de Oliveira</u>		Idade: <u>24</u>		Sexo: <u>M</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia					
Endereço: <u>R. Venezuela</u>		Bairro: <u>Id. Filadelfia</u>					
Nº <u>9377</u>		DATA <u>06/06/19</u>		HORA J: <u>21:15</u>		BASE ☐ VIA ☒ ☐ RÁDIO	
Médico (a) Regulador (a): <u>Paulo</u>		HORA J: <u>21:15</u>				☐ CELULAR	
MOTIVO INICIAL: <u>colisão moto x moto</u>							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☐		1 a 3 horas ☐		4 a 24 horas ☐		Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA							
☒ Acidente de trânsito ☐ Agressão física / espancamento ☐ Agressão física - FAF ☐ Agressão física - FAB ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Tentativa de suicídio ☐ Envenenamento ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Choque elétrico ☐ Queda ☐ Urgência clínica ☐ Urgência obstétrica ☐ Transferência ☐ Exame complementar ☐ Outras							
ACIDENTE DE TRÂNSITO							
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA	
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta		☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus		☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro	
						☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança	
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro: _____		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia		☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidades		☐ Mioses ☐ Midríases ☐ Anisocoria ☐ ID ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora	
SINAIS VITAIS E ESCORAS							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início <u>21:23</u>	<u>130x80</u>	<u>94</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>			
Fim <u>21:30</u>	<u>130x80</u>	<u>96</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR	
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Fenda aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta	
						RESPOSTA VERBAL	
						5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	
						RESPOSTA MOTORA	
						6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento da retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta	
						(15)	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PRETERESSA			
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial ☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assístolia		☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva ☐ Metabólica ☐ Infecçiosa		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso ☐ Alergias ☐ Outras			
GRAVIDADE COMPROVADA		[] Ileso [] Pequena [] Média		[] Severa [] Óbito			
INCIDENTES		MEIOS ADOTADOS		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/06/19</u> <u>Elisangela</u> <u>RUBIA</u>			
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote		☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN		☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso			
[] Iniciada em: _____		[] Término às: _____					

PERTINENTE DO PACIENTE	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: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotirotomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☐ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros: _____				
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

2 pontos de lacer
3 ataduras 8cm

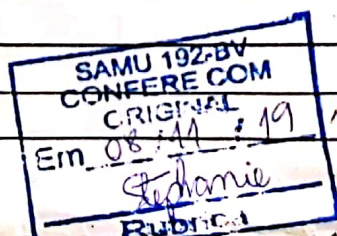
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Nos encontramos com um acidente de trânsito envolvendo moto x moto.

Encontrado vítima masculina 24 anos, consciente, orientada, apresentando possível fratura de punho esquerdo. Realizados imobilizações do membro superior esquerdo e do membro inferior esquerdo.

A vítima não se identificou como caso de PM, se alterou e xingou a equipe.

Tel. 011-38987
638987
CORRE



Assinatura e carimbo do profissional