

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ  Polegar Direito  <i>Valmir Pereira Gomes</i> ASSINATURA DO TITULAR CARTEIRA DE IDENTIDADE		REGISTRO GERAL 564640-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/03/2019 NOME VALMIR PEREIRA GOMES FILIAÇÃO RAIMUNDO PEREIRA GOMES MARIA MARTINS GOMES NATURALIDADE SÃO JOÃO DO ARAGUAIA - PA DOC. ORIGEM CERTD NASC 11207 FLS 153 LIV A-15 SÃO JOÃO DO ARAGUAIA-PA CPF 580.844.362-87 1ª VIA DATA DE NASCIMENTO 30/10/1974 AMADEU ROCHA TRIANI Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor do IOC LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



01.907.824/0001-07
CARTÓRIO REG. CIVIL DO ÚNICO OFÍCIO
Rua D. Pedro II - 182 - Centro
CEP: 68.518-000
São João do Araguaia - Pará



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
VALMIR PEREIRA GOMES

MATRÍCULA:
067702 01 55 2015 1 00015 153 0011207 18



DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Trinta de outubro de mil novecentos e setenta e quatro		DIA 30	MÊS 10	ANO 1974
HORA NASC 19h00min	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO São João do Araguaia/PA			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF São João do Araguaia-PA	LOCAL DE NASCIMENTO São João do Araguaia-Pa		SEXO Masc	
FILIAÇÃO RAIMUNDO PEREIRA GOMES, natural de Esttdao do Maranhão/MA e MARIA MARTINS GOMES, natural de Estado de Goiás/GO				
AVÓS Antonio Gomes e Jesuina Pereira dos Santos (paternos) e Irmesina Pereira dos Santos e Otilio Martins de Moraes (maternos)				
GÊMEOS Não	NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.			
DATA DE REGISTRO POR EXTENSO Vinte e oito de janeiro de dois mil e quinze		Nº DNV Não informado		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-15, às folhas 153 verso, sob o nº 11207. RESTAURADO ADMINISTRATIVAMENTE: Com arrimo na portaria 035/2014-CJCI objeto da decisão da Corregedoria de Justiça das Comarcas do Interior do Estado do Pará, proferida nos autos do processo 2014.7.000443-8 e com os dados constantes da cópia fotostática da antiga certidão arquivada nesta serventia. SELO GERAL N 003.407.129. Certidã emitida em 28/01/2015.				

São João do Araguaia-PA, 28 de janeiro de 2015

O conteúdo da certidão é verdadeiro e dou fé

Nome: FRUTUOSO & SILVA - Único Ofício
Oficial Registrador: Haroldo José e Silva
Município/UF: São João do Araguaia - Pará
Endereço: Rua Alacid Nunes, 70 - Centro
CEP: 68518-000 - São João do Araguaia - PA
Fone: (94) 8117-2704 ou 8142-2576

Haroldo José e Silva
CPF 037.955.192/68

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 011598442427			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	010620/1215		2018
NOME			
JOSÉ CARLOS FERREIRA DOS SANTOS			
CPF / CNPJ			
002.461.832-22			
PLACA			
MH04133			
CHASSI			
70CAB00100K9635594			
PLACA ANT. / UF			
70CAB00100K9635594			
ESPÉCIE TIPO			
MOTOCICLETA			
COMBUSTÍVEL			
ALCOOL GASOL			
MARCA / MODELO			
HONDA / MARIOV BRUS E500			
ANO FAB. ANO MOD.			
2015 2015			
CAP / POT / CIL			
270162007			
CATEGORIA			
PARTICULAR			
COR PREDOMINANTE			
VERMELHA			
COTA ÚNICA			
VENC. COTA ÚNICA			
1ª *****			
2ª *****			
3ª *****			
FAIXA I.P.V.A.			
NÃO COBRAR COTA ÚNICA			
PARCELAMENTO / COTAS			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)			
IOF (R\$)			
PRÊMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
04/04/2018			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE PRELIMINAR			
DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATORIO			
NÃO VALERÁ PARA TRANSFERÊNCIA			
ALTO			
Antônio Francisco Reserra Marques			
Diretor Presidente			
DE TRAN-RR			
DATA			
04/04/2018			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 011598442427 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
2018			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatSegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	002.461.832-22	MH04133	2018
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	CAT. TARIF.
010620/1215	HONDA / MARIOV BRUS E500	2015	
ANO FAB.	Nº CHASSI		
2015	70CAB00100K9635594		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$01,27	R\$7,00	R\$70,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
R\$01,10	R\$0,00	R\$71,10	
PAGAMENTO			
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO			
DATA DE QUITAÇÃO			
04/04/2018			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
www.Seguradoralider.com.br			

Sítio São Francisco vic. 02 PA/Paredão

M.P.O



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Josimar Martins Gomes
RG nº 254.358 SSP/RR, data de expedição 11/04/2009
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 102.462.852-22
com domicílio na cidade de Alto Alegre, no Estado de Roraima
Av. Belo Horizonte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº SIN
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Valmir Pereira Gomes, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Bros Ano: 2016
Placa: NAB Chassi: 9C2K00810GR423324
Data do Acidente: 25/07/2018

Local e Data: Alto Alegre-RR 18/03/2019

Josimar Martins Gomes
Assinatura do Declarante

Valmir Pereira Gomes
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por SEMELHANÇA de:
(1) JOSIMAR MARTINS GOMES, (2) VALMIR PEREIRA GOMES
Alto Alegre, 18 de março de 2019.
Emolumento: R\$ 6,00 + selo: R\$ 0,00 -- Total: R\$ 6,00

BARBARA SOUSA MOREIRA - Escrevente Autorizada

Barbara Souza Moreira
Escritório

Barbara Souza Moreira
Escritório



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



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – LESÃO CORPORAL – Nº 0285/2019/IML/RR.

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

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **RONALDO SCIOTT PINTO DA SILVA FILHO.**
- Requisição: **Nº 025/2019/SO/DAT. Referência: BO Nº 626/18 DP: ALTO ALEGRE.**

NOME: VALMIR PEREIRA GOMES	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: SÃO JOÃO DO ARAGUAIA - PA
IDADE: 44 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	COR: PARDA
PROFISSÃO: AGRICULTOR	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG Nº 3218917 SSP/RR	TELEFONE: NÃO INFORMADO
FILIAÇÃO: RAIMUNDO PEREIRA GOMES E MARIA MARTINS GOMES	
ENDEREÇO: PEDRO VIANA S/N, BAIRRO MUTIRÃO ALTO ALEGRE – BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 22/01/2019, às 00 horas e 54 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo requisição 025/19/SO/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Rx com fratura cominutiva de osso do antebraço direito, consolidados com placa metálica, parafusos e haste metálica (vide fotocópia em anexo).
- Periciando com limitação para flexão e extensão do membro superior direito tanto em movimentação passiva ou ativa.
- Redução de força em relação ao membro contra-lateral.

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**

CONFORME RELATO DO PERICIANDO.

- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **RESULTOU EM SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Cleudete Silva Maranhão:

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 12/03/19

Francisco P. Maranhão
Assessor Jurídico
Mat. 43002027

IML

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



Francisco Sábio Leão Barro
Chefe Administrativo/União
Mat. 1036747



D

66,0 %

, VALMIR PEREIRA GOMES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

11/8/2018 14:30:57

BL/B 212-3

71,4 %

11/8/2018 14:30:57



27/08/2018

72,9 %

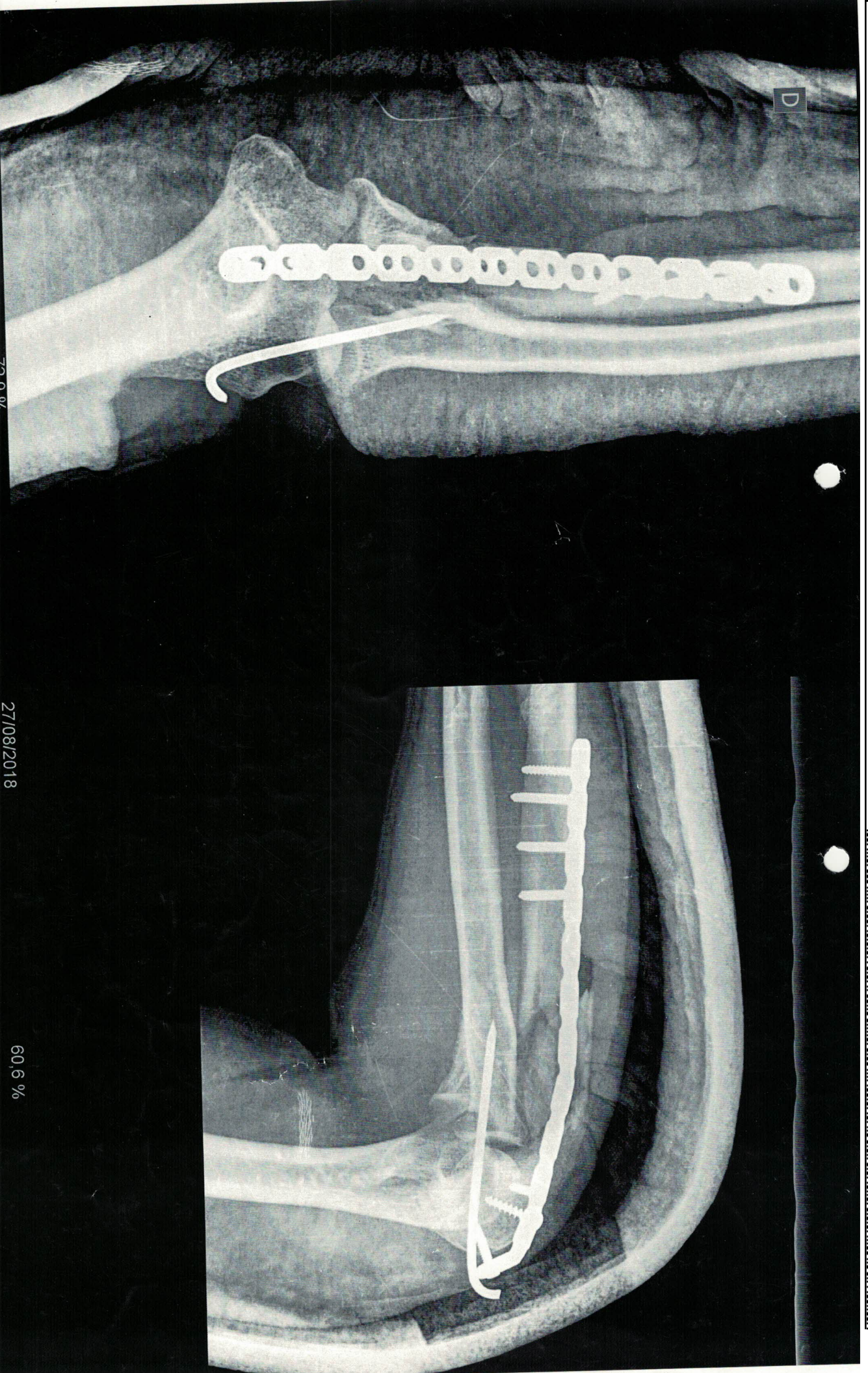
VALMIR PEREIRA GOMES
HOSPITAL CORONEL MOTA

9941

Cloudoaldo

27/08/2018

60,6 %

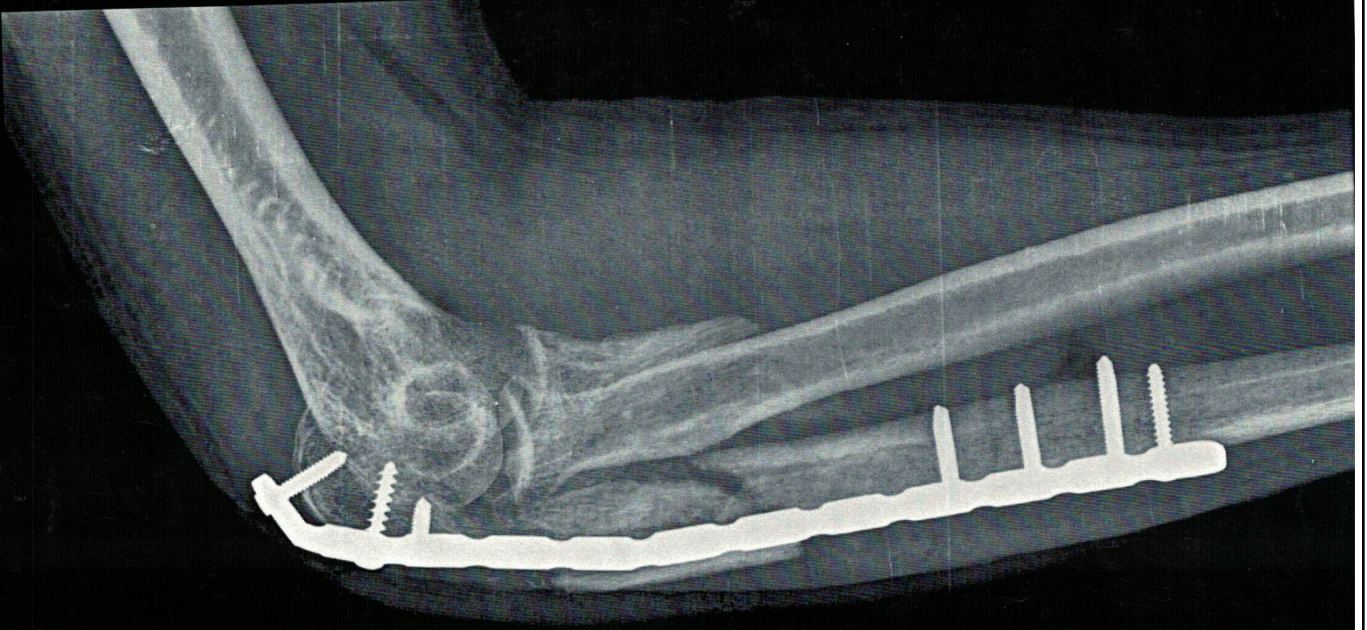


VALNIR PEREIRA GOMES
HOSPITAL CORONEL MOTA

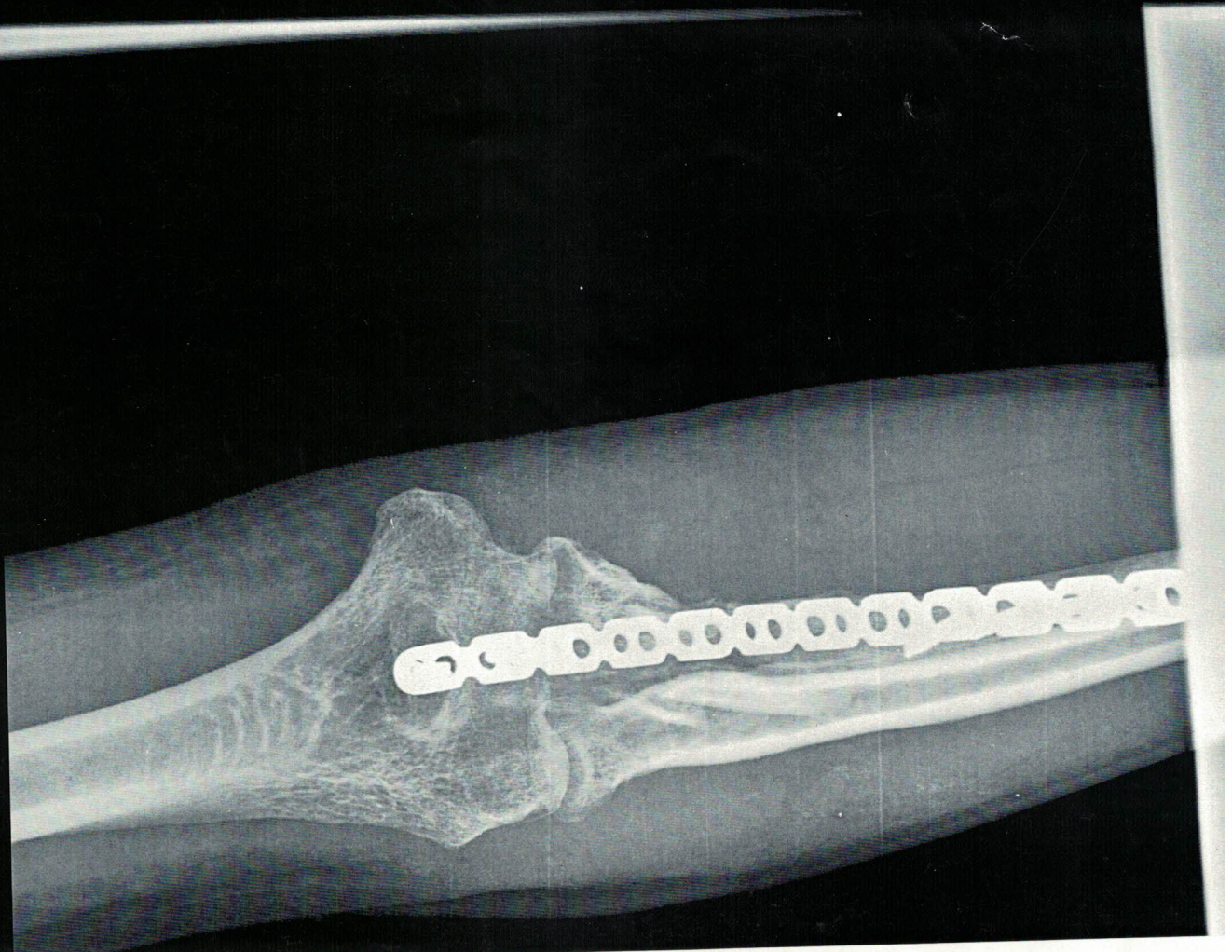
10990
19/09/2018

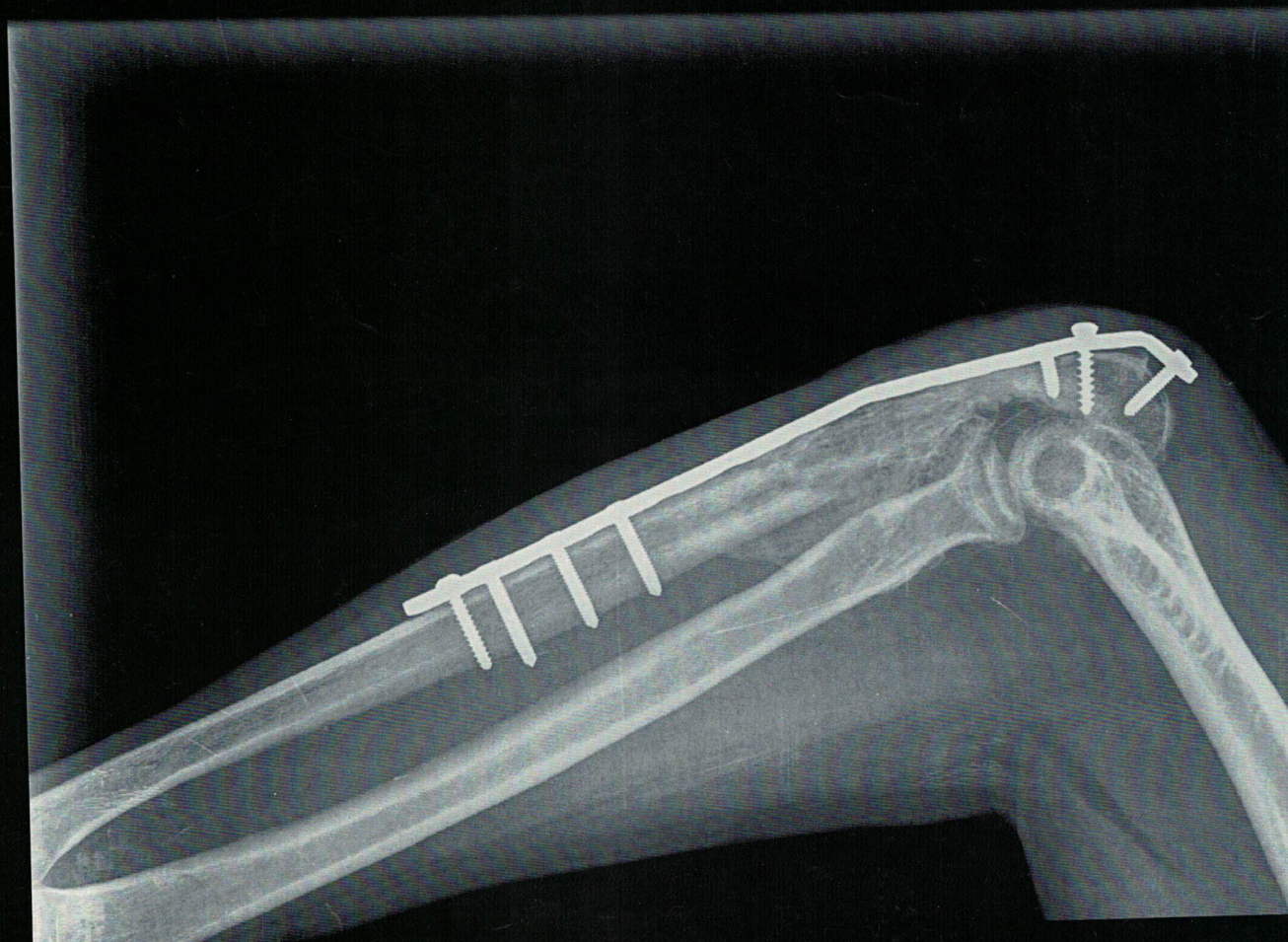
Fabiola Castro

70,8 %



D





VALMIR PEREIRA GOMES
HOSPITAL CORONEL MOTA

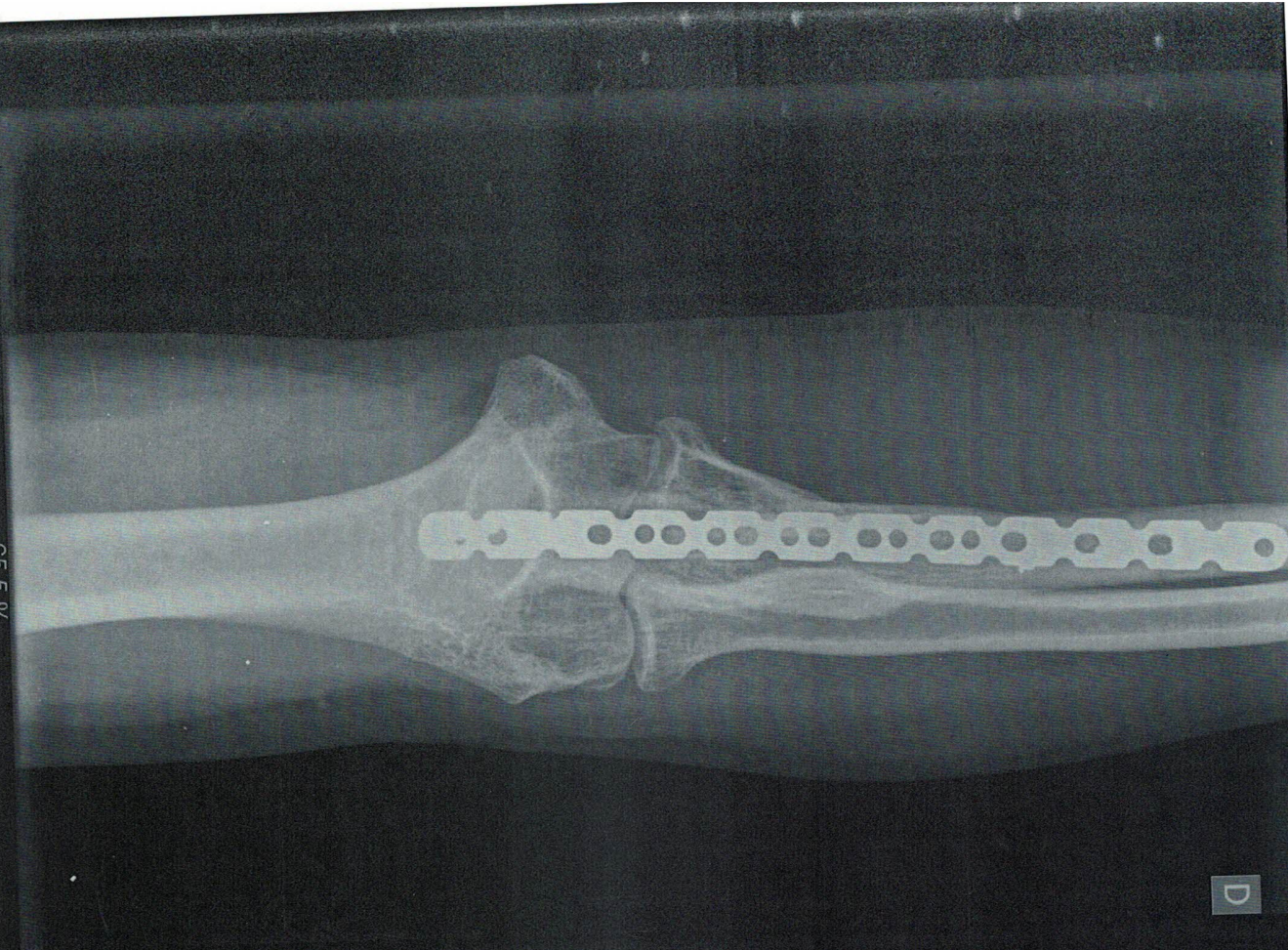
14503

12/12/2018

Cloudoaldo

60,7 %





D

19/07/2019

65,5 %

VALMIR PEREIRA GOMES
HOSPITAL CORONEL MOTA

7893



19/07/2019

76,4 %

Vilson


GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
AMAZÔNIA: PATUÍMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NOME: Viviane Pereira Gomes RECEITUÁRIO

Lado Meimle

Paciente vítima de trauma em
cotovelo (D) de fraturas fechadas
comminutivas. Resposta TRO clínicas,
hoje em acompanhamento
ambulatorial para controle do
edema. No momento, impossibilidade
de realizar exames
adicionais laboratoriais. Subir para
exame 90 dias

200918
DATA

Dr. Marcus Brünner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RP
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro - Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.913.400/0001-00





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE

POSTO DE SAÚDE ANA PEREIRA



RECEITUÁRIO

NOME: VALMIR PEREIRA Gomes 44º

Oreçames

Oreçames Para os dentes fere que o mesmo
está realizando o tratamento fisioterapêutico.
No posto recebiendo os dentes de alar, dentes
há uma fatura no estovado direito.
For enviado colocados um para o
perforado, apresentando defeito nos molares.
Tos do estovado direito, confirmando
soluções mais.
Até a uma,

DATA: 26/11/2018

Assinatura e Carimbo

Avenida JOAO XXIII, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE

POSTO DE SAUDE ANA PEREIRA



RECEITUÁRIO

NOME: Valmiria Pereira Gomes

DRENAGEM

Drenar em os Drenos Fios que o mesmo
recebeu as 05 sessões de fisioterapia,
Sintoma naturalmente melhorado, Co-Fm-
na drenagem melhor.

Auto Atualizar,

DATA: 30/02/20

Assinatura e Carimbo

Avenida JOAO XXIII, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000



Roberto Fernandes da Silva

OAB-RR 1493

PROCURAÇÃO "ad judícia"

VALMIR PEREIRA GOMES, brasileiro, convivente, agricultor, portador do CPF 580.844.362-87 e RG 564640-5, SSP-RR, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, Lote de terras nº. 38, situado na Vicinal 02, PA Paredão, zona rural do Município de Alto Alegre-RR, fone (095 98412-2235), pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu procurador, ROBERTO FERNANDES DA SILVA, Brasileiro, União Estável, Advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº. 1493, podendo receber intimações nos endereços **contidos no rodapé**, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes, e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda, poderes especiais para confessar, desistir, receber, renunciar direito, transigir, firmar compromissos ou acordos, **representar em Juízo nas audiências de conciliação**, em conjunto ou separado, **receber e dar quitação, receber alvará judicial em favor do outorgante e fazer levantamentos**, propor ação inicial e de execução, requerer falência, em ação ordinária, procedimento sumário, ação rescisória, revisão criminal, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a quem lhe aprouver, com ou sem reservas de iguais poderes, sempre no interesse do outorgante. Confere, ainda, **poderes específicos para representa-lo junto ao INSS, requerer benefício, juntar documentos, fazer defesa e interpor recursos na via Administrativa**, para melhor interesse do outorgante.

Alto Alegre/RR, 23 de OUTUBRO de 2020.

Valmir Pereira Gomes

Outorgante

Roberto Fernandes da Silva

OAB-RR 1493

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

VALMIR PEREIRA GOMES, brasileiro, convivente, agricultor, portador do CPF 580.844.362-87 e RG 564640-5, SSP-RR, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, Lote de terras nº. 38, situado na Vicinal 02, PA Paredão, zona rural do Município de Alto Alegre-RR, DECLARO, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c artigos 98-99 do NCPC, para todos os atos do processo, que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.

Alto Alegre/RR, 23 de OUTUBRO de 2020.

Valmir Pereira Gomes

DECLARANTE

AZUL

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

Raquel Salazar
Téc. em Enfermagem
CORFEN-RR nº 13504-4
RUE IUVÉ

1801002376	30/08/2018 11:19:31	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		94
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário		
VALMIR PEREIRA GOMES	30/10/1974		43 A 10 M 0 D	898003954627118	58084436287	00167155		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	321891	PC PA	09/09/2013	M	NAO	PARDA	SAO JOAO DO	BRASILEIRA
Mão	RAIMUNDO PEREIRA GOMES		(95) 98409-2065		Ocupação			
MARIA MARTINS GOMES								
Endereço	RUA - GETULIO VARGAS - SN - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
AZUL	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.60		120 x 80
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		ALESSANDRA CRISTINA			

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
VEIO PARA INTERNAÇÃO COM ORTOPEDIA, HJ

Anamnese de Enfermagem
GA: HAS, DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
------------	-------------	------------

Impresso por: marcia.cristiano
Data Hora: 30/08/2018 11:25:27



1801002376

BLOCO A

 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 _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____

2 - CNES _____

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Valmir Dúmnia Gama

6 - N° DO PRONTUÁRIO 167155

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 81918101031915146121711118

8 - DATA DE NASCIMENTO 30/10/74

9 - SEXO M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Maria Matheus Gomes

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. Gutulio Morgos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alto Alegre

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO RR

15 - UF RR

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Expansão de material de sutura em cotovelo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

Exame Cirúrgico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Distensão de Cotovelo Direito

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento Cirúrgico de Distensão de Cotovelo Direito

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA Autopre

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Marcelo Almeida

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 30/08/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO _____

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - N° DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CNAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

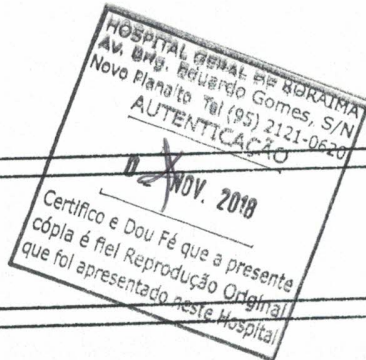
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 30/8/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR Sequência 0415020034
0408060190 → MR
0408060352 → TB



Valmir Pereira Gomes - 43 anos

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		Valmir Pereira Gomes			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	30/08/20
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia (Surgimento)				200P
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				12-18-24-08
4	TILATIL 20mg 12/12hs (Surgimento)				Sus P
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Rotina
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Realizar
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

NIR
Regulado
para leito
104-1
Regulação Interna
Plantão

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
12H	132/88	78	36.5
17-18H	124/80	78	36
24-18H	111/60	68	36.6
06-24H	110/40	71	36.1

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

104-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES				
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE EM COTOVELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	31/08/2018
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP PERVO			
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		SUSPENSO	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN			
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x70	75	20	36°C
18 H	100x70	70	20	36°C
24 H	100x62	66	20	36°C

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Note - Paciente estável. Al. m. e. P. m. + SSVV
6h - PA = 109/69
P. 72

Maria Mariana C. Rezende
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000.184.087

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente apresentando osteomielite de coroa.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
ANAMNESE + Ex Físico + Rx					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Dr. Bruno F. Santos Ortopedia e Traumatologia CRM 16447 Especialista em Ortopedia					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Osteomielite de coroa.					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
RM 5 + TC ombro osteomielite coroa					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - CNPJ EMPRESA					
38 - SÉRIE					
39 - CNES DA EMPRESA					
40 - CBOR					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - EMPREGADOR					
44 - AUTÔNOMO					
45 - DESEMPREGADO					
46 - NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					



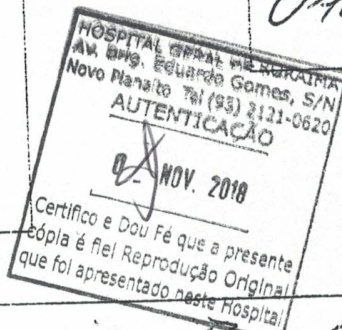
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01.09.18

O.S.:



União Roraima.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ORTOMENTE COTULCO.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTD CANGRIN

PO DE INTERVENÇÃO: RUS + TTD CANGRIN ORTOMENTE COTULCO.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ϕ

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo



CIRURGIÃO: Dr. Marques

1º AUXILIAR: M. Bruno

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

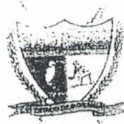
FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DMH sob anestesia.
- 2) Antissepsia + Assepsia + campo.
- 3) Abertura incisão primária.
- 4) Incisão de 10cm.
- 5) Amputação de 1º e 2º.
- 6) RUS no Kirschner cotulco.
- 7) CANGRIN.

Dr. Roberto Fernandes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1847
Título de Especialista
1998, 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

Alberto F.M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

43 anos.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Valmir Pereira Gomes.			01/10/18.

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Tratamento de osteomielite de cotovelo (D) + RMS de Fio.	09:05	09:50.	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr Fabiano / Dr. Mariz
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
Dr. Marcelo Arruda.	CIRCULANTE	Elizangela M. Isaac.
Dr. Bruno Figueiredo		
Dr. Marcos R2.		

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + BPB.

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALO
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 11			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			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE atadura 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN Equipe macro	
	SERINGA 10ML		1	GIOLIAN Clorexidina 700-100	
1	SERINGA 20ML		1	BITA CARDIACA Tópico + ou - 100-	
☒	Elétricos		1	OUTROS Alcool 700-100 ml.	

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

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Jaqueline.

Gabriela.

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

CENTRO CIRURGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Unidade: <u>01-09-15</u>	Idade: <u>43</u>	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	
Chegada: <u>08:13</u>	Emissão: <u>08:13</u>	<u>08:35</u>	<u>09:05</u>	<u>08:45</u>	<u>09:50</u>	<u>09:55</u>	
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Cirurgia Realizada		Anestesia	Posição: <u>Prone</u>	Cirurgia Realizada	
Cirurgia Proposta: <u>01-01-15</u>	Cirurgia Realizada: <u>01-01-15</u>	Anestesia		Antibiótico-Terapia	Hemodinâmica	Realizada	
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Infusão		Nome: <u>BPB</u>	CH: <u>1000</u>	Localização: <u>Suturas + 87B</u>	
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	SG a 10%:		Dose: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Outros:		Plaquetas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Nº de compressas oferecidas:		Plaquetas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Nº de compressas recolhidas:		Plaquetas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Sinais Vitais:		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	T: <u>36,5</u> °C		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	SAT: <u>99</u> %		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	FC: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Exames na SO: () HT () Hb () Hemograma () Rato X		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	() Outros: <u>PA 120 x 72 mmHg</u>		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Sinais Vitais:		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	P: <u>80</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	PA: <u>120 x 72</u> mmHg		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	F: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	R: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Sinais Vitais:		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	T: <u>36,5</u> °C		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	SAT: <u>99</u> %		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	FC: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Exames na SO: () HT () Hb () Hemograma () Rato X		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	() Outros: <u>PA 120 x 72 mmHg</u>		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Sinais Vitais:		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	P: <u>80</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	PA: <u>120 x 72</u> mmHg		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	F: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	R: <u>72</u> bpm		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	Sinais Vitais:		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	T: <u>36,5</u> °C		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		
Intervenção: <u>01-01-15</u>	Intervenção: <u>01-01-15</u>	SAT: <u>99</u> %		Nº pegadas: <u>1000</u>	Plasma: <u>1000</u>		

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Valeria Raima Gomes
Esporte/Atividade: Surfista, Membro Clube

PACIENTE CONFIRMOU: (Sala Pré Anestésica)

- () Identificação de
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica () Não se AplicaSÍTIO DE M. R. CADO
() Sim () Não () Não se Aplica() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
() CONCLUSÃO() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNÇÃOAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Sim, Qual:

VIA AÉREA DIRIGIDA/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Sim, e equipamento/medicamento disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e uso endovenoso adequado e planejamento
para fluidosAssinatura: Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM: 107/RRData: 01/09/18Assinatura: Hor: 08:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Marcia / Fabiana

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: () Sim () NãoCIRURGIÃO, 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 PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,
Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim
() Não se aplicaANTES 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 () Não2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplica3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se AplicaSE 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 DESTA PACIENTE
() Sim () Não () Não se AplicaAssinatura: Jacqueline
Enfermeira
COREN-RR: 22148

Assinatura e Carimbo

119-2 Lt. 404-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		DIH	DN		
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE		WACIR			
DIAGNÓSTICO	HAS	119-1	DM2		
ALERGIAS	LEITO	104-E	DATA	01/09/18	
IDADE	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		
ITEM			SND		
1	DIETA ORAL LIVRE		ATENÇÃO		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		12:18		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12:25		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		12:18		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		S/N		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		S/N		
14	CURATIVO DIÁRIO		S/N		
15					
16					
17					
18					
19					
20					
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Marcos Brito
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14719

SINAIS VITAIS	PA	FC	PR	T
6 H	125x76	64	120	36,2
12 H	142x77	81		
18 H	125x77	73		
24 H	101x61	65		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO OMC COTOVELO D + RMS DE FIO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	119-1	DATA	02/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW
10	CURATIVO DIÁRIO				SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
12					SW
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				SW
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)				SW
16					SW
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	120/70	70			
12 H	150/100	66			
18 H	152/79	65			
24 H	120/60	60			

Dia - paciente estável. Adm. em C.P.M. + SSVV

Marta Murielle C. Azeredo
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000 184 087

03.09.18
04:00
Coleta

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO OMC COTOVELO D + RMS DE FIO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	119-1	DATA	03/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				18:24 06
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				7
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12					
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				18:24 06
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)				16:06
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	129x92	70			
18 H	alta				
24 H					

As 12:00h Paciente no leito, Resusa novo acesso, Refusa está de ALTA med
Não Administrado o item 13 da P.M, por não está de Acesso, Verifi
SSVV, segue sem queixas Aos cuidados da equipe de Enfermagem
alta

Robene Garcia P. M.
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

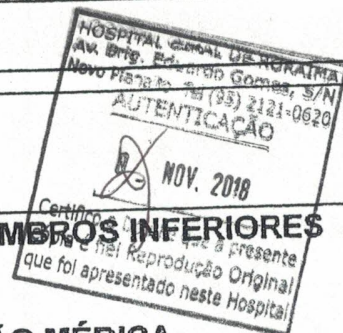
RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Pereira Gomes, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/8/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Exostose, maturar sulco Colonoide
NO DIA 1/9/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
DMC Colonoide do T.R.M.S.O. fémur. SENDO
OPERADO PELO DR. Manoel A. Nunes E DR. Bruno F. Aguiar
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 7/9/18 ÀS 14:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12/9/18 ÀS 14h, COM O
DR. Manoel A. Nunes

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 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 31/9/18

MÉDICO

212-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Pereira Gomes, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/07/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura - luxação lateral (D)

NO DIA 10/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura - luxação lateral (D) SENDO
OPERADO PELO DR. Dulson E DR. Marcelo A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/08/18, ÀS 12,00hs EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 30/08/18, ÀS 8,00hs, COM O
DR. Pablo

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 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo A.

BOA VISTA, 13/08/18

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18514/R

MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Pereira Gons, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 30/8/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Exposição material subje (cotovelo)
NO DIA 1/9/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OMC cotovelo D + RUSO fio K SENDO
OPERADO PELO DR. Marcelo Arrub E DR. Bruno Fegueredo.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 3/9/18, ÀS 14:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 29/9/18, ÀS 14h, COM O
DR. Marcus Bruno

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 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 3/9/18

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE JOÃO MARIANO



RECEITUÁRIO

NOME: Yhosvany Rodriguez

uso oral.

OK - NEROLINE (10cp) 20 WTS.

1 WTS 12-12 HRS.

F - PARACETOL (50cp) 20 WTS.

1 WTS 4-8 HRS.

OK - CEFOTRAX (50cp) 20 WTS.

1 WTS 4-8 HRS.

DATA: 10 / 08 / 2010

Yhosvany Rodriguez Calderon
Médico

RMS 1400209

Assinatura e Carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE JOÃO MARIANO



RECEITUÁRIO

NOME: Valmir Reucis Jenes

Vic Dord

CSAP / FARMÁCIA
ENTREQUE
Data: 10/10/18
Quant: 20 comp.
Resp.

1- Deprim (500mg) —————> 20 comp.
01 comp c/c/elm (m or o pelo).

2- Paracetamol (500mg) —————> 20 comp.
01 comp c/c/hs pr 7 dias.

3- Quetiapina (500mg) —————> 20 comp.
01 comp c/c/elm pr 7 dias.

CSAP / FARMÁCIA
ENTREQUE
Data: 10/10/18
Quant: 20 comp.
Resp: Dayane Souza

CSAP / FARMÁCIA
ENTREQUE
Data: 10/10/18
Quant: 20 comp.
Resp: Dayane Souza

DATA: 09/10/2018

Roberto Fernandes da Silva

Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO

NOME: Valmir Pereira Gomes

USO ORAL

- F 1 - CIPROFLOXACINO 500MG-----28CP
1CP DE 12/12HS POR 14 DIAS
- F 2 - CLINDAMICINA 300MG-----56CP
TOMAR 01 COMP DE 6/6H POR 14 DIAS
- Ph 3 - DAPIRONA 500MG -----20CP
1CP 6/6H, SE DOR
- 01 4 - Paracetamol 750mg ----- 1CP
TOMAR 1CP 8/8h

319113

Dr. Marcos Aguiar
Médico Especialista em
Otorrinolaringologia e
CRM-RR 19995

HOPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N, AEROPORTO





Secretaria Municipal de Saúde

Alto Alegre

RECEITUÁRIO

CENTRO DE SAÚDE JOÃO MARIANO COSTA

30.10.20

NOME: Valmir Pereira Gomes 704.6031.1497.5323

Cl. Int
04 Amoxicilina (500g) + Clavul.
clavulânico, 01 cp 12-12 hs
x 7 dias. 14 cp.

04 Piperacilina (500g) - Amox.
01 cp 12-12 hs x 7 dias. 20 cp.

04 Difenidramina (500g) 01 cp
8-8 hs x 7 dias.

Cl. fribra. 20 cp

- Caprom
ferm. ag. 300g 3 dias x 1 dia

DATA: 30/10/2020

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL EPITÁCIO DE ANDRADE LUCENA

RECEITUÁRIO

NOME

Jose Reine Gomes

Dor traxo

Ref de Tomar P4

03/09/18

13:00

HCM.

Paul Pedro Villanova Colletti
Urologista - TISBU
CRM 826
BOE 09

DATA,

8, 7, 18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO UROLOGISTA CRM - CRO

Av. Santo Amaro S/Nº - Centro - Alt. Alegre-RR - Cep: 69.350-000 - Fone (95)3263 1360





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE

POSTO DE SAÚDE JOÃO MARIANO



RECEITUÁRIO

NOME: Valmir Pereira Gomes

1- Azitromicina (500mg)
01 cp por dia — (5cp)

2- Ibuprofeno (600mg)
01 cp 12/12h x 5 dias

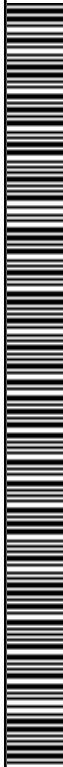
3- Neomicina (pomada)
passar na ferida 2x/dia

DATA: 22 JUL. 2019

Dr. Felix Hernandez Toledo
Clínico Geral
CRM 1854/RR

Assinatura e Carimbo

Avenida Getúlio Vargas, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE

POSTO DE SAÚDE JOÃO MARIANO



RECEITUÁRIO

OME: Valmir Pereira Gomes

OK
1= Amoxicilina (500mg)
oi ep de 8/8h x 7 dias

CSAP / FARMÁCIA
ENTREGUE
Data: 09/09/19
Quant: 21 comp.
Resp: Nayana Souza

F 2= Ibuprofeno (600mg)
oi ep de 8/8h x 5 dias

OK
3= Neomicina pomada
— 3 vezes x dia

CSAP / FARMÁCIA
ENTREGUE
Data: 09/09/19
Quant: 1 tubo
Resp:

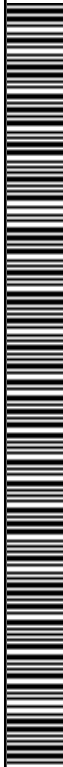
09 SET. 2019

TA: / /

Dr. Felix Hernandez Toledo
Clínico Geral
CRM 1854/RR

Assinatura e Carimbo

Avenida Getúlio Vargas, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000





Secretaria Municipal de Saúde

Alto Alegre

RECEITUÁRIO

Valter Pena Jr

Via 1

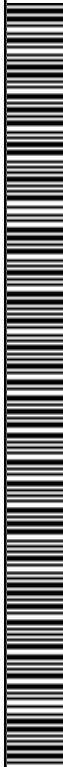
~~F~~ Cefalexina (500) 210x
do - 1x 4 - 8h pr 2d

~~OK~~ Ibuprofeno (600) 100x
do - 1x 12-12h pr sd.

~~OK~~ Difenidramina (50mg) 10x
do - 1x 8-8h

17/10/2019

Dr. Anelly Arencibia Cabrera
Médica
RMS 1400195





GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL FITÁCIO DE ANDRADE LUCENA

NOME

Valmir Pereira Gomes

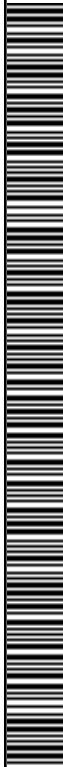
RECEITUÁRIO

① Ciprofloxacina (500mg) (1comp)
(1comp) 12/12 7 dias

Dr. Onelio Marín Bruzda
Clínico Geral
CRM-RR 1842

DATA

02 01 2020



SINISTRO 3200276106 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALMIR PEREIRA GOMES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO VALMIR PEREIRA GOMES
CPF/CNPJ: 58084436287

Posição em 03-11-2020 13:03:41

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/08/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
08/08/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
06/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



Livre - 001



Folha - 203
1º TRASLADO

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, QUE FAZ E ASSINA ABAIXO:

SAIBAM quantos este público instrumento de Escritura Pública Declaratória, virem que ao primeiro (01) dia do mês de setembro (09) do ano de dois mil e dezoito (2018), neste Tabelionato de Notas, situado na Av. 1º de julho, nº 2148, Centro, em Alto Alegre-RR, perante mim, Andressa Lorrana dos Santos de Lima, Escrevente, compareceram as partes entre si, justas e contratadas, de um lado como **OUTORGANTE/DECLARANTE: FRANCISCO PEREIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de José Pereira Gomes e Zilda Martins Gomes, nascido em 16/03/1971, portador da carteira de identidade RG nº 2898368 emitida por SSP/PA em 28/02/1994, e inscrito no CPF/MF sob o nº 706.150.122-72, residente e domiciliado na Vicinal 02, Sítio São Francisco, 38, Vila Paredão, Alto Alegre/RR, reconhecido por mim Escrevente, à vista dos documentos apresentados, do que dou fé. Então, pelo outorgante declarante, me foi dito que, o Sr. **VALMIR PEREIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Raimundo Pereira Gomes e Maria Martins Gomes, portador da Carteira de Identidade RG nº 32189117 emitida por SESP/PA em 18/09/2013 e inscrito no CPF sob nº 58084436287 residente e domiciliado na Vicinal 02, Sítio São Francisco, Lote 38, PA Paredão, no município de Alto Alegre/RR; mora e trabalha no Lote de Terras Rural denominado **Sítio São Francisco, localizado na Vicinal 02, Lote 38, Paredão, Zona Rural em Alto Alegre/RR**, de propriedade do outorgante, onde o mesmo vem trabalhando desde o período de janeiro de 2016 até os dias atuais, numa área total de 45,0 hectares é explorada 9 hectares num lote de terra do mesmo, exercendo a profissão de agricultor, onde o mesmo desenvolve suas atividades rurais, plantando milho, mandioca, feijão, arroz, banana, macaxeira, horta, criação de galinha, criação de peixes, todos para o sustento da família. E, juntamente com o declarante assinam como testemunhas: **EDINALDO ANICETO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, autônomo, filho de José Aniceto de Oliveira e Eunice Rosa de Oliveira, nascido em 04/03/1980, portador da carteira de identidade RG nº 190480 emitida por SESP/RR em 18/04/1997, e inscrito no CPF/MF sob o nº 662.233.772-15, residente e domiciliado na Rua Pedro Viana, 730, Centro, Alto Alegre/RR; e **ANTONIO PEREIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de José Pereira da Silva e Maria Francisca da Silva, nascido em 08/03/1958, portador da carteira de identidade RG nº 42376 emitida por SSP/RR em 21/11/1978, e inscrito no CPF/MF sob o nº 333.245.733-00, residente e domiciliado na Av. Santos Dumond, 709, Centro, Alto Alegre/RR, reconhecidos por mim a vista dos documentos apresentados, do que dou fé. Finalmente, pelo Declarante e testemunhas, me foi dito que respondem civil e criminalmente pelo teor das declarações aqui prestadas, no presente e no futuro, isentando esta Serventia e seus prepostos de

Barbara Sousa Moreira
Escrevente

Andressa Lorrana dos Santos de Lima
Escrevente

Folha -203V
1º TRASLADO

Em test^o. da verdade.

Escrevente

Barbara Sousa Moreira
Escritor

~~Indirizzo Donna dos Santos de Lima~~
~~Escrevente~~



Livro nº 0196

Folha nº 131

Protocolo nº 00136074

Traslado Nº 1

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ FRANCISCO PEREIRA GOMES

Saibam quantos esta pública escritura virem que, aos vinte e dois dias, do mês de agosto, do ano de dois mil e dezenove, (22/08/2019), nesta cidade de Boa Vista, Capital do Estado de Roraima, Republica Federativa do Brasil, neste Cartório, perante mim, compareceu como outorgante declarante **FRANCISCO PEREIRA GOMES**, filho de Zilda Martins Gomes e Jose Pereira Gomes, nacionalidade brasileira, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 5720389 - SESP/RR e do CPF 706.150.122-72, solteiro, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, Zona Rural, Vicinal 02 Lote 38- Pa/Paredão -no município de Alto Alegre- RR, o presente meu conhecido, do que dou fé. E por esta escritura e nos melhores termos de direito declara que o presente reconhecido como o próprio através dos documentos apresentados, do que dou fé. E, por esta escritura e nos melhores termos declara para os devidos fins de direito e a quem possa interessar declara para fins de comprovação perante o **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS em Boa Vista-RR**, que o Sr. **VALMIR PEREIRA GOMES**, nacionalidade brasileira, agricultor, portador da Cédula da Identidade nº 5646405 - SESP/RR e do CPF 580.844.362-87, solteiro, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, Zona Rural, Vicinal 02 Lote 38- Pa/Paredão - Alto Alegre- RR, que reside e trabalha como COMODÁTARIO, em regime de comodato no imóvel rural constante de sua propriedade denominado Sítio São Francisco, Zona Rural, Vicinal 02 Lote 38- Pa/Paredão - Alto Alegre- RR, conforme código do imóvel rural nº 950.084.383.872-9, há 4 anos, da qual tira a própria subsistência familiar no cultivo de hortaliças, arroz, macaxeira, feijão, milho, bem como, piscicultura, avicultura e pecuária. Por ser a expressão da verdade, firma o presente instrumento, para que surta todos os efeitos legais e jurídicos. **(Os dados ou elementos contidos neste instrumento foi fornecido pelo declarante, que por eles assume total responsabilidade)**. Assim o disse perante mim que este instrumento ouviu ler e assina. dispensadas as testemunhas nos termos da Lei nº 6.952 de 06.11.81, publicada no DOU, de 10.11.81. Dou fé. Eu, Raquel De Sousa Queiroz, Auxiliar Notarial, a digitei. Eu, Talita Oliveira de Aquino, escrevente, a lavrei. Eu, Daniel Antonio de Aquino Neto, Tabelião, o subscrevo e assino. Boa Vista, 22 de agosto de 2019. (Assinam) **Outorgante FRANCISCO PEREIRA GOMES**. (Assina) Daniel Antônio de Aquino Neto - Tabelião. Era o que se continha. O referido é verdade e dou fé.

Boa Vista, 22 de agosto de 2019.

Emolumentos:R\$51.00 FUNDEJUR:R\$5.10 Fiscalização:R\$2.55 Fecom:R\$2.55 ISS: R\$2.55 Selos:R\$2.50 TOTAL:R\$66.25

"Consulte o selo em cidadao.portalselorr.com.br | Selos: ESCPUB158295G7PTUSA3KAZ6CX35 /

EM TESTEMUNHO DA VERDADE.


Talita Oliveira de Aquino
Escrevente Autorizada



Av. Ataíde Teive, 307 - Bairro Asa Branca - CEP: 69.312-242

E-mail: escrituras@cartorioaquino.com.br