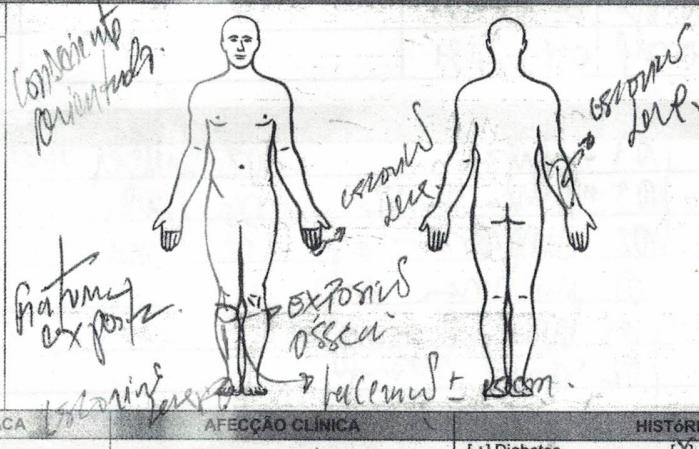
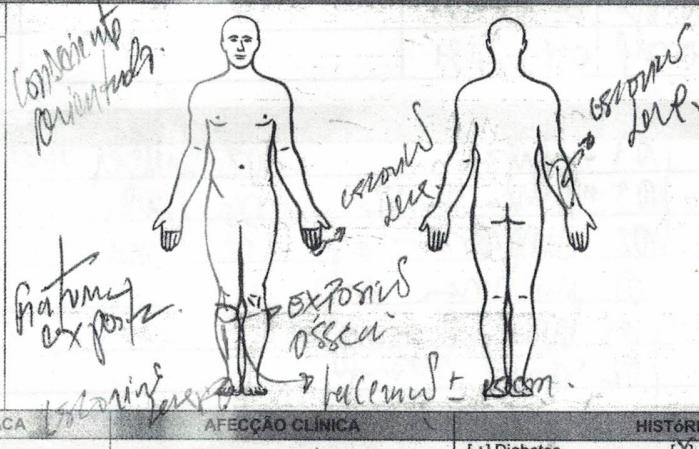
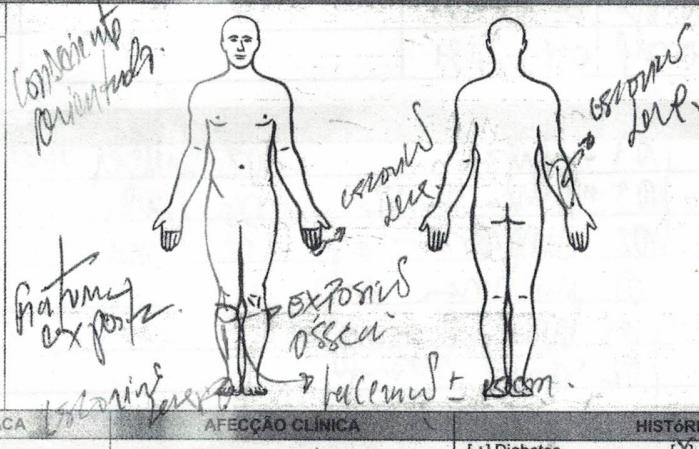


3498234 80591/RK.

 FICHA DE ATENDIMENTO EQUIPE SAMU BV BRAVO III	Nº 0343 EQUIPE: mico + Jozette jesus olys																			
Paciente: <u>Karen Teodoro da Silva</u> Idade: <u>25</u> Sexo: <u>MASC.</u> Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia _____ Endereço: <u>Rua Murilo Azevedo de Melo</u> Bairro: <u>mecejaim</u>																				
N° 34982 DATA 28/10/2020 HORA J/9: 14:04- BASE () VIA () RÁDIO () CELULAR		Médico (a) Regulador (a): <u>JRC</u> MARCOS																		
MOTIVO INICIAL <u>moto x caminhão</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																				
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros																				
ACIDENTE DE TRÂNSITO																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VITIMA</th> <th>MEIO DE LOCOMOÇÃO</th> <th>OUTRA PARTE ENVOLVIDA</th> <th>ITENS DE SEGURANÇA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta </td> <td> <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro </td> <td> <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança </td> </tr> </tbody> </table>			VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança									
VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA																	
<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança																
AVALIAÇÃO INICIAL																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VIAS AÉREAS</th> <th>VENTILAÇÃO</th> <th>CIRCULAÇÃO</th> <th>AVAL NEUROLÓGICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro: </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Clanoze central <input type="checkbox"/> Extremidade </td> <td> <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora </td> </tr> </tbody> </table>			VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Clanoze central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora										
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA																	
<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Clanoze central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																	
SINAIS VITAIS E ESCORES																				
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow												
Inicio	<u>120/80</u>	<u>73</u>	<u>26</u>	<u>98%</u>			<u>50</u>													
Fim	<u>120/80</u>	<u>87</u>	<u>29</u>	<u>100%</u>																
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>LESÃO IDENTIFICADA</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">CORPO</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">CABEÇA</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">MÚSCULOS</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">PELE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Ampolação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros </td> <td colspan="2" style="text-align: center;">  </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			LESÃO IDENTIFICADA	CORPO		CABEÇA		MÚSCULOS		PELE		1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Ampolação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros								
LESÃO IDENTIFICADA	CORPO		CABEÇA		MÚSCULOS		PELE													
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Ampolação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros																				
ABERTURA OCULAR																				
4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À 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 de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta																				
																				
AVALIAÇÃO CARDIÁCA																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">AFEÇÃO CLÍNICA</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">HISTÓRIA PREGRESSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial </td> <td> <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia </td> <td> <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva </td> <td> <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso </td> <td> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso </td> <td> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros </td> </tr> </tbody> </table>			AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros								
AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA																		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros															
GRAVIDADE COMPROVADA [] Ileso [] Pequena [] Média [] Severa [] Óbito																				
INCIDENTES <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / [] Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input checked="" type="checkbox"/> Trote																				
RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ Término às: _____																				
MEIOS AÇIONADOS <input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF																				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) <i>Antônio J. H. Perez</i> <i>Assistente Social</i> <i>CONFERENCIAL</i> <i>Em 13/11/2020</i> <i>Brasília</i> <i>SAMU 192.COM</i>																				
RCP com sucesso [] RCP sem sucesso []																				

24/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

TERMO DE RECUSA	PER DO PA	Função do Receptor:
		Assinatura do Receptor:
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
Assinatura do Paciente:	RG:	
TESTEMUNHA 01:	RG:	
TESTEMUNHA 02:	RG:	

*CONFIRMADO
ORIGINAIS
EM 13/03/2020
Stephanie
13/03/2020*

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes			<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva			
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.			<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante			
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s			<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca			<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas		
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical			<input checked="" type="checkbox"/> Curativos		
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Headblock			<input type="checkbox"/> Parto vaginal		
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa			<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência		
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes			<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação		
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED			<input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 16	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° 16	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipiridam	2g	or	14:31	Lingzor 100mg	100mg	or	14:31
morfina	30mg	or	14:31				
fminal	100mg	or	14:31				
Sfo, 9%	1000ml	or	14:31				

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA							
28/02/2020 às 14:04.	01 seringe	02 siringa					
02 ecopps mucus.	01 aplica toxiz	02 siringa					
02 gello 18	02 siringa	06 par de luvas					
02 gello 16	01 siringa	02 siringa					
04 gello coluna	01 siringa						
04 mordedor 20cm.	02 siringa						

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS							
28/02/2020 às 14:04. A Equipe fez manobras para estender a uma paciente de menor trauma (realizou Moto & Lumbar), no local encontramos a vítima no solo consciente, orientada, com agitação, principal afeição intensa em meados à direita, no lado esquerdo minimamente a dor era constatada. Um importante fator para exposição ao paciente foi a hemorragia nasal intensa e constante com sangramento profuso, utilizadas as mãos após a compressão no mérito, realizada a aspiração da boca e posteriormente uma mordedura para a via de drenagem. Foi feita.							

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 18:48:55 Data/Hora Fim: 28/02/2020 18:48:55

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811810 SERIE J Data: 28/02/2020

Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/02/2020 14:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO COM RUA SABIA

Nº: FRENTE 1757

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: CB PM Nome Civil: SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Policial Militar

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Pj

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: CIPTUR

Nome Civil: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 349823-9

CPF: 008.359.282-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. GETULIO CORREIA DE PINHO

Nº: 16

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: FABIANO DOS SANTOS CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 35

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: União Estável



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

Documento(s)

CPF: 811.289.402-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. GENERAL SAMPAIO
Complemento: 7º BIS
Bairro: TREZE DE SETEMBRO
Telefone: (95) 99121-6757 (Celular)

Nº: SN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA/CG 150 TITAN ES

CPF/CNPJ do Proprietário 385.163.062-91

Placa NAR0747

Renavam 00889046468

Número do Motor RR0001484

Número do Chassi 9C2KC08506R856382

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

Cor PRATA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 10/11/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

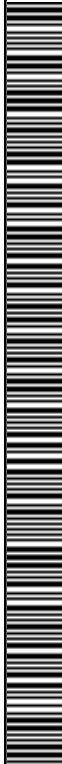
Roberto Petronio da Silva Filho

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA DESCrito. CHEGANDO AO LOCAL ENCONTRAMOS O ITEM 02 SENDO ATENDIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO PARA ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO. O ITEM 01 NOS RELATA QUE SEGUIA PELA RUA SABIA NO CAMINHÃO EB (EB13722, CAMINHÃO DO EXERCITO BRASILEIRO, COR VERDE), SENTIDO RUA DO SANHAÇU, QUE PAROU NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO ESTAVA FINALIZANDO A TRAVESSIA DA AVENIDA, SENTIU UM FORTE IMPACTO NA TRASEIRA COM CAMINHÃO. AO SAIR PARA VERIFICAR, ENCONTROU O ITEM 02 CAÍDO AO CHÃO. O ITEM 02 SEGUIA PELA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO EM SUA MOTOCICLETA (NAR 0747, HONDA /CG 150 TITAN, COR PRATA), SENTIDO CENTRO BAIRRO, POREM ESTAVA SEM CONDIÇÕES DE DAR SEU RELATO. O ITEM 02 NÃO É HABILITADO. FOI FEITO AUTO DE INFRAÇÃO NUMERO SE00299176. A MOTOCICLETA ESTA DEVIDAMENTE LICENCIADA E FOI ENTREGUE AO SENHOR GEMILSON LIMA DE ALMEIDA, CNH 04666183091, CATA. O ITEM 01 É HABILITADO EM SUA CATEGORIA E CAMINHÃO DEVIDAMENTE LICENCIADO. O PERITO SUBTENENTE UBIRATAN DO 7º BIS, QUE REALIZOU OS TRABALHOS NO LOCAL. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA CIVIL E O MESMO INFORMOU QUE POR SE TRATAR DE VEICULO OFICIAL FEDERAL, PERICIA NÃO ERA DE SUA COMPETENCIA. FOI ACIONADA A PERICIA DA POLICIA FEDERAL E A GUARNIÇÃO AGUARDOU POR 50 MINUTOS E OS MESMOS NÃO COMPARECERAM AO LOCAL. DEVIDO AO GRANDE FLUXO DE VEICULO NO LOCAL, APOS PERICIA DO EXERCITO, A VIA FOI LIBERADA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



Fls: 3
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

ASSINATURAS

Luciene Marques da Costa
Agente de Polícia
Matrícula 42000330
Responsável pelo Atendimento

Nome Social: Cb Pm
Nome Civil: Silva
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela 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."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 11 de Setembro de 2020
Hualacy S. de Souza mat 020116684
Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001225335 28/02/2020 14:43:18

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 18

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO	20/11/1994	25 A 3 M 8 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	
IDENTIDADE	3498239		M	SEM	Naturalidade	
Mãe				INFORMAÇÃO		
JACI SILVA SANTOS				ROBERTO PETRONIO DA SILVA	Contato	
Endereço						Ocupação
- AVENIDA BENTO BRASIL - 209 ...						NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento				Pressão	
Setor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
Queixa Principal	SAMU CAPITAL				Registrado por:	
					ANTONIA.SOARES	
		(<input type="checkbox"/> Síndrome Febril (<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório (<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Midente de moto.

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5
MRV: 1 2 3 4 5 6	LS

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Foi trazido neste momento de colisão moto x caminhão; consciente, mobilizado, refere dor em M 10; nega perda de consciência, náuseas e vomitos.

Exame Físico Bem hóte, ASA II ao fogo, Aparência +1+, bivalvata, suprimentos; aderência de pele 10+ + deformidade da M 10, dor mobilidade 20% de membro (tumores).

Hipótese Diagnóstica

fratura de tibia? esportista?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dipirona 2 g ev a genc
 2) Melatil 20mg ev a genc
 3) ATI 25mg im a genc
 4) Cefixime 1g ev a genc
 5) Cloridr. (Sciz.)



02 MAR. 2020

Dra. Dayssa Bessa
Médica
CRM-RR 2186

Condução

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transfériencia para: ORTOPEDIA

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

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

Dr. Dayssa Bessa

Médica

CRM-RR 2186

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 28/02/2020 14:44:39

© 2020 - Projeto em Tecnologia
ISS - Integração em Saúde
Vers. 4.2.58 - 01.09.43

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZT5 FDVEB EUXPL V8AFB



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28/10/2020 O.S. _____

Roland P. de S. Fell

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fix exost tibl d; Fr fêm dia (0)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Fixad trancante e mds

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Elder 1º auxiliar: Vetero P

2º AUXILIAR: Morus P D

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pct DSD + anste
2- lsg + lctoy + lgyr st
3- Inc exart en lésie sul pnt mts lcl
fut expt tibl (0) + sutu -> flexion trancante
en mds + ralaxaç + cont

g-RN

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

CRM-RR 1895
Dr. Marcos S. S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR





Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Roberio Petronio [AREA VERM.G/T.]
Study: 21/08/20 - 09:58 Membros inferiores JOELHO
<https://projudi.tjrs.jus.br/projudi> - Identificador: PJZY5 FDVEB EUXPL V8AFB

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi>





Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO ||| SEU CÓDIGO
0076886-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL **5581939 FCAM***
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é uma
tarifa social criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	01/08/2020	231	208,68

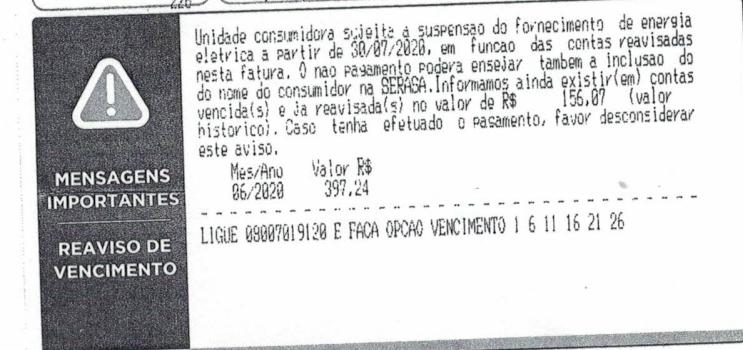
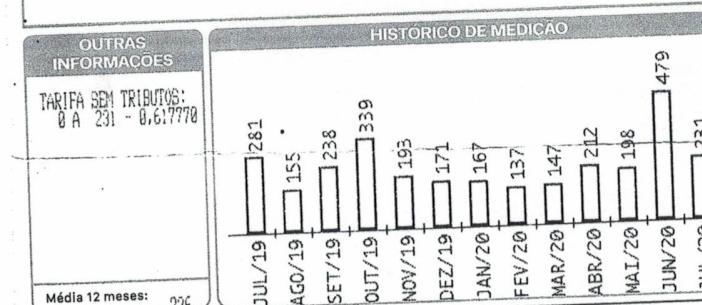
RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 00027213609300
AV GETULIO CORREIA DE PINHO 16 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-402 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA
Atual: 15/07/2020 Anterior: 13/06/2020 Próxima leitura: 15/08/2020
Emissão: 14/07/2020 Apresentação: 15/07/2020 Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.1.1.3 RESIDENCIAL TRIF TDT1918694 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO F.PONTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA:	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	710							
Leit. Anterior	479							
Constante	1.000							
Resíduo								
Medido	231							
Faturado:	231							

DESCRICAÇÃO DA CONTA								
CONSUMO	231	A R\$ 0,755234 =	174,45					
CORRECAO MONETARIA IG 05/20-00			0,57					
MULTA POR ATRASO DE I 05/20-00			1,63					
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00			0,31					
MULTA POR ATRASO 05/20-00			2,98					
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00			1,74					
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00			27,00					
ILUMINACAO PUBLICA								



RESERVADO AO FISCO 7BED. E8EB. C99E. 2AAC. 7715.57A4.7C11.F328

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	95,48
Distribuição:	41,83
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,40
Percorso:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	2,72		

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Rodrigo Petrônio da S. Filho, brasileiro
(a), Doutor, portador (a) do RG nº
349823-9, inscrito (a) no CPF sob o nº 008359.282-25, residente e
domiciliado (a) na Av Cícilio Coimbra d/R, nº 16, Bairro
Luis Correa, Boa Vista-RR, CEP 69.316-402, telefone
nº (95)99121-6757, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2020.

X Rodrigo Petrônio da Silva Filho
DECLARANTE



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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031221-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



PROCURAÇÃO

Eu, Rodrigo Petônio de Siqueira Filho, brasileiro (a), sólido, autônomo, portador (a) da cédula de identidade RG nº 349823-9, inscrito (a) no CPF sob o nº 008.359.289-25, residente e domiciliado (a) na Av Gólio Corrêa de Pinho nº 16, Bairro Smaron II. camp, CEP 69.316-402, telefone nº 99121-6757

Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos prante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2020.

Rodrigo Petônio de Siqueira Filho
OUTORGANTE.

