

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Luan Castro de Aguiar
ESTADO CIVIL: solteiro
RG nº. 4072928 SSP/RR
CPF/MF nº. 028.674.312-47
TELEFONE: (95) 99154-5275 E-MAIL: luan-castro16@hotmail.com
ENDEREÇO: Av. Emilia S. Lavor, 1067, Caranã,
Boa Vista-RR

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 14 / 12 de 2018.

x Luan Castro de Aguiar

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Luan Castro de Aguiar
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO eletrota
RG nº. 4072928 SSP/RR
CPF/MF nº. 028.674.312-47
ENDEREÇO: Av. Emília S. Lavor, 1067, Caranã,
Boa Vista-RR

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

Boa Vista/RR, 14/12 de 2018.

X Luan Castro de Aguiar

17 JUL. 2018

17 JUL. 2018

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, fumaça, líquidos, produtos químicos, umidade excessiva e ao contato com objetos de cor. Para garantir a validade dos dados, mantenha o comprovante em um local seco e protegido de danos físicos. Se precisar manter o comprovante por mais tempo, providencie cópia do documento. Atenção: o recibo de energia elétrica é o único comprovante que o habilita a receber eventuais prêmios de loterias.

Loterias CAIXA

CÓDIGO
67421-4

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - 1ª subseção (para consumidores residenciais)
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	21/05/2018	808	490,63

INES DA SILVA TIZOLIM
AV EMILIA S LAVOR 1067 CARANA
CPF: 00044728611272
CEP: 69.313-588 - BOA VISTA

ROT: 7.001.15.03.273-000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVAh	Atual:	Anterior:
Atual: 33476		20/04/2018	21/03/2018
Anterior: 32668			22/05/2018
Constante de Multiplicação: 1,000			19/04/2018
Consumo Medido: 808			20/04/2018
Consumo Faturado: 808	FCAM		
		Dias de Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB053580	1522769	1.1.1.2	301

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
MAR/18 781	CONSUMO 808 A R\$ 0,558811 =	451,51
FEV/18 944	CORRECAO MONETARIA DA 02/18-00	0,03
JAN/18 849	CORRECAO MONETARIA IG 02/18-00	0,16
DEZ/17 919	MULTA POR ATRASO DE I 02/18-00	0,75
NOV/17 910	JUROS DE MORA PCR ATR 02/18-00	0,10
OUT/17 1029	MULTA POR ATRASO 02/18-00	10,82
SET/17 814	JUROS DE MORA DE IMPO 02/18-00	2,16
AGO/17 910	ILUMINACAO PUBLICA	25,10
JUL/17 588		
JUN/17 589		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 808 - 0,456778

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 19/04/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO E70B.74B6.5BFC.9155.2EA3.29EC.FF18.62AB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,42	Base de Cálculo:	451,51
Energia:	221,44	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	76,75
Encargos:	9,22	Valor do PIS:	0,99
Tributos:	82,43	Valor do COFINS:	4,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

22/07/18

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

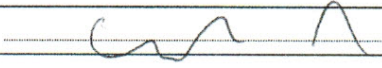
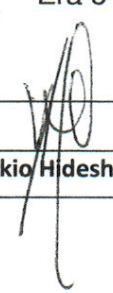
Eu Luan Castro de Aguiar, portador do RG nº 407292-8
Orgão expedidor SSP e do CPF 028.674.312-47 residente no
endereço Av. Emília da Silva Lavor nº 1067
Bairro Caraná declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

B2A 1157A-22, 31/12/18

(local, data)

Luan Castro de Aguiar

(Assinatura do declarante)

CIPTUR PMRR						RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J
						Nº	808459	
Vtr 107	SUCp Ciptur	Data 12.04.2018	S/Setor Leste	H/Transm ----	H/Ini 18:20	CH/H -	H/Fir 19:00	
Cód. Oc. 1001		Cód. Prov. 13999		Cód. Ser. Prest. -----		Km/Ini. 32609	Km/Fin 32615	
LOCAL DE OCORRÊNCIA								
Rua/Av: <u>Rua: Júlio Pinto com rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes</u> Bairro: <u>Tranquedo Neves</u> Refe.: <u>Cruzamento</u>								
PESSOAS RELACIONADAS								
1 Envolvido Nome: <u>Luan Castro de Aguiar</u> Idade: <u>21</u> E. Civil: <u>Solteiro</u>								
Endereço: <u>Av. Emília da Silva Lavor Nº1067 bairro: Caranã</u>								
Edt. R.G <u>4072928 SSP RR</u> CNH <u>06574526513</u> Profissão: <u>Eletricista</u>								
2 Envolvido Nome: <u>Valdecy de Oliveira Cena</u> Idade: <u>45</u> E. Civil: <u>Casado</u>								
Endereço: <u>Rua: Das Muzendras Nº111 bairro: Jardim Primavera</u>								
Edt. R.G <u>244270 SSP/RR</u> CNH <u>01668222123</u> Profissão: <u>Empresario</u>								
Veículos envolvidos								
<i>O item 01 conduzia a motocicleta YAMAHA/YBR 125 na cor verde de placa: NAM0264</i>								
<i>O item 02 conduzia o automóvel GM/S10 na cor Cinza de placa: JXH7187</i>								
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve conduzidos ou material apreendido.								
ASSINATURA		CARGO		LOCAL				
		<u>APC</u>		<u>4º DP</u>				
HISTORICO								
Senhor(a) Delegado(a) desta DP,								
Informo que fomos acionados via Ciops para atender uma ocorrência de acidente de transito com danos materias e vitima no endereço acima citado, no local uma equipe do SAMU realizava os primeiros socorros no srº Luan e em seguida o conduziram ao PSE para atendimento medico especializado, ao perguntar sobre o ocorrido fomos informados por populares que o srº Valdecy trafegava na rua: Julio Pinto sentido bairro→centro conduzindo seu automóvel GM/S10 quando acabou colidindo com a motocicleta YAMAHA/YBR conduzida pelo srº Luan que trafegava na rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes sentido (av. Princesa Isabel → av. Carlos Pereira de Melo.). Informo que no local não existe nenhum tipo de sinalização de transito no local e que o srº Valdecy foi orientado e liberado com seu respectivo que se encontrava em situação legal. A motocicleta ficou sob responsabilidade da srª Ines da Silva Tizolim CNH: 02451921460. Era o que tinha a relatar.								
 Yukio Hideshima Neto		41401-8 Nº		SOLDADO Posto/Graduação		CIPTUR SUOp		

17 JUL. 2018

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

LANÇADO
NO PPE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015776/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/04/2018 19:27 Data/Hora Fim: 12/04/2018 19:38
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 808459 Data: 12/04/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/04/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: R: JULIO PINTO/BELAMINIO FERNANDES MAGALHÃES

Bairro: Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: Acidente Com Lesões

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: VALDECY DE OLIVEIRA CENA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Rg 244270

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: das muzendras

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Nº: 111

Nome: LUAN CASTRO DE AGUIAR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rg 4072928 Ssp/rr

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV: emilia da silva lavor

Bairro: Caranã

Nº: 1067

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Representante: Soldado Yukio Hideshima Neto



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Glebson Souza de Assis
Data de Impressão: 12/04/2018 19:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

DOCUMENTO
ORIGINAL

17 JUL. 2018

DESPACHO
() Arquivar (fato atípico)
() Aguardar novos fatos
() Intimar o comunicante/vítima
() Intimar suspeito
() Intimar as partes para TCR
() Aguardar representação
() Ao S.I. para investigação
() Ao S.I. para apuração de fato
() Aguardar o comparecimento vitim.
() Requisitar relatório
() Intimar
() Boa Vista/RR 12/04/18
Data: 12/04/18
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

() ARQUIVAR (FATO ATÍPICO)
() AGUARDAR NOVOS FATOS
(X) AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
() INTIMAR AS PARTES PROTEGIDA
() INTIMAR AS PARTES PROTEGIDA
() AO S.I. PARA INVESTIGAÇÃO
() REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
() REMETER PARA:
5/6/18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015776/2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

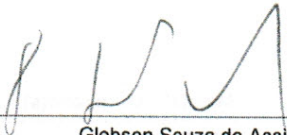
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

☒ Senhor(a) Delegado(a) desta DP,
TEXTO EXATO CONFORME ROP PM 808459

☒ Informo que fomos acionados via Ciops para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítima no endereço acima citado, no local uma equipe do SAMU realizava os primeiros socorros no srº Luan e em seguida o conduziram ao PSE para atendimento médico especializado, ao perguntar sobre o ocorrido fomos informados por populares que o srº Valdecy trafegava na rua: Julio Pinto sentido bairrocentro conduzindo seu automóvel GM/S10 quando acabou colidindo com a motocicleta YAMAHA/YBR conduzida pelo srº Luan que trafegava na rua: Berlaminio Fernandes Magalhaes sentido (av. Princesa Isabel av. Carlos Pereira de Melo.).
Informo que no local não existe nenhum tipo de sinalização de trânsito no local e que o srº Valdecy foi orientado e liberado com seu respectivo que se encontrava em situação legal. ☒ motocicleta ficou sob responsabilidade da srª Ines da Silva Tizolim CNH: 02451921460.
Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS



Glebson Souza de Assis
Responsável pelo Atendimento

"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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

17 JUL. 2018
DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Glebson Souza de Assis
Data de Impressão: 12/04/2018 19:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº
015776/2018 – 4º DISTRITO POLICIAL**

O Srº.

NOME: **LUAN CASTRO DE AGUIAR.**

RG: **4072928 SSP/RR.**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **16/04/1997.**

TELEFONE: **99154-5275**

ENDEREÇO: **AV: Emilia da Silva Lavor, Nº 1067, BAIRRO Caranã.**

CIDADE: **BOA VISTA-RR.**

O comunicante (conforme cópia anexa), compareceu nesta especializada, para
aditar/acrescentar no Boletim de Ocorrência supracitado, o seguinte:

- **PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA: KARINA TIZOLIN NOGUEIRA**
- **CHASSI: 9C26KE092060034415**
- **PLACA: NAM-0264**
- **CPF DO PROPRIETÁRIO: 934.638.982-68**

É o aditamento/acrécimo.

Boa Vista - RR, 28 de maio de 2018

**Agente de Policia Civil
Responsável pelo Atendimento**

**LUAN CASTRO DE AGUIAR
Comunicante**

17 JUL. 2018

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

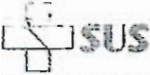
ORIGINAL

ORIGINAL

BLOCO A

Visto por: Rozalva
13/07/18

http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//50365BA6-1C1C-4E9B-B8D4-4B4EF50EF98B.html

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
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		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍFICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE		39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CUB		42 - EMPREGADO		43 - AUTÔNOMO		44 - DESEMPREGADO	
45 - APOSENTADO		46 - NÃO SECUR		47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Cód. ORÇÃO EMissor	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

DOCUMENTO

ORIGINAL 17 JUL. 2018

0308010019 - T013
V299

Recebido em 13:00

08

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Guar C. de Aguiar			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S.V.O	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manutenção	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18:00 22:00 08:00	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			18:00 22:00 08:00	
5	DIPIRONA 500MG EV 8/6H			18:00 22:00 08:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S.V	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S.V	
8	RANITIDINA 150MG EV 8/8H S/N			S.V	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO 8/8 h (S/N)			S.V	
10	SSV - 0.5G 6/6 H			Regime	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 mmHg OU PAD > 110 mmHg			Atenção	
14	CURATIVO DIÁRIO			Atenção	
15	Autossol 100ml 8/8h (S/N)			08:00 12:00 18:00 22:00	
16	Autossol 100ml 8/8h (S/N)			08:00 12:00 18:00 22:00	
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 UI EV INSAR PLANTONIST				
CONCLUSÃO MÉDICA:					

NIR
Regulado
para leito
F-02
Regulação Interna

16:40
P.A: 122 x 71
F.C: 59
Tx: 36,6°C
Amândia Lima de Araújo
Téc. Enfermagem
COREN-RR 907534

SINAIS VITAIS	FC	T
6 H		
12 H	106 x 71	37.0
18 H		
24 H		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

PA = 126 x 61
P = 42
T = 36.8°C
As 08hs realizado curativo no M.E.
23:00hs
PA = 120/80
P = 53
T = 36
00hs
PA = 130 x 70
P = 58
36

OK 12/04

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
FACIENTE		Luan Pascho de Aguiar			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
DADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SUS	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			CEfotaxime 1G EV 12/12hrs 24/12	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			24/12	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			24/12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU C/PO VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			OU	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SU	
8	CANITININA 30MG EV 8/8H S/N			SU	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SU	
10	SSV + COGG 6/6 H			SU	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 mmHg OU PAD > 110 mmHg			SU	
14	CURATIVO DIÁRIO			SU	
15	METFORMINA 500mg EV 8/8hrs (2x)			SU	
16	GENTOMICINA 20mg EV 1x ao dia			SU	
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

03hrs:
PA: 130 x 80 mm Hg
FC: 57 bpm

06h:
PA: 122 x 73 mm Hg
FC: 56 bpm

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1651/RR

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Bloco F / It. 08



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO				DIH				DN			
PACIENTE	LUAN CASTRO DE AGUIAR										
DIAGNÓSTICO											
ALERGIAS			HAS	NEGA		DM2	NEGA				
IDADE			LEITO			DATA	14/04/2018				
ITEM	PRESCRIÇÃO									HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE									SND	
2	SF0,9 500ML EV DE 12/12H									18 ^h 06	
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H									12 ^h 24 ^m	
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA									18 ^h	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H									12-18 ^h 20 ^m	
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)									SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N									SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)									SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H									rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG									SN	
14	CURATIVO DIÁRIO									curativa	
15											
16											
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA										
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA										
19											
20											
EVOLUÇÃO MÉDICA:											

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

	PA	FC	FB	T
SINAIS VITAIS				
6 H	46x63	45		36°C
12 H	40x50	60	-	36.6
18 H	41x70	62	-	36.2°C
24 H	40x64	55	-	36.5°C

10 = 4 + 4
2 = 10

Dr. MARIE BRUM
Medicine
Orthopedic & Traumatology
CRM 197147

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Maria Sílvia Isabel Moscato
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 180.741

Blueo' F

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE LUAN CASTRO DE AGUIAR					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	08	DATA	15/04/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	AVP			manhã	
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H			12h 24h	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA			18h	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)			24h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM			06h	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
11	CURATIVO DIÁRIO			M	
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA; NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x80	72	-	36.5
12 H	140/70mm	62 bpm	15 bpm	35.8°C
18 H	130x80	52	-	36.8
24 H	101x62	77	-	36.5

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Eduardo Costa de Aguiar				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA	16/04/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6H				prop
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				prop
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 qd 9h. 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU (COP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA)				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV 100MG 8/8 H				Rolme
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Leite de amamentação 12/12 horas (EV)				12/24
16	Insulina regular 400 U (EV) 8/8 hr.				12/24
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Obs: Item 16 não tem na farmácia.

SINAIS VITAIS	TAx	FC	PA
6 H	36,8°C	97	119x62
12 H	36,8°C	97	119x62
18 H	36°C	64	137x73
24 H	35,8°C	54	118x68

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Cru 1908

Doente em repouso no leito com cabeceira e MMST elevadas.
Conforme orientação médica.

Sem queixas no período, funções fisiológicas normais.
Sem intercorrências, seguindo a evolução da equipe.

Rosa Maria dos S. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 754.428

16/4/18

Às 18h:15 paciente no leito, colaborativo, fútil sinais vitais, sem queixas. Administradas medicações prescritas.
Segue aos cuidados da equipe.

Suzy
Suzy de Souza Monteiro
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 973-401-TE

LT 08 1172 08

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
HGR		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	LIVAN CASTRO DE AGUIAR		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	17/4/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SM
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SVSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		SVSP
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SVSP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SV
10	SSV + CCGG 8/8 H		Kotinc
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMMHG		SV
14	CURA VIO DIÁRIO		
16	CETRIAXONA 10 12/12 horas IV		24h
16	METHYLODA 200 500 mg IV 8/8 horas		24h
17			
18	SE NÁUSEAS CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2 UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONIST		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NIR
Regulado
para leito

3UA 117-2 os 12.50h
Regulação Interna

Paciente orientado.
Colaborativo. Sem queixas
algias. Realizado medicação
de horário e SSV. Sem mais
para o momento. Segue
as cuidados.

Rafaela Silva Barros
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 001028123 TE

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	115/73	78	36.6
12 H	100/80	76	35.6
18 H	120/80	80	36.6
24 H	110/60	58	36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

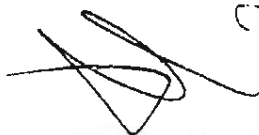
80 14

maneira de cuidar usual

81/1A/FA

(0203/1404)

VI ANÁLISE DE AMOXICILINA
CANAL 818 VI QU 02 THIAGO AMORIM DOS SANTOS



24h Placenta noturno por no leite ester - Lécido cal
at o momento apresenta queixas, Afecção SSUV +
ministração MEPM. Não foi administrado o i
(16) pq não veio de farmácia

Maria de Jesus Damas Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 917.059



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sevan Coste do Uzeira, 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 12 10 18, COM
DIAGNÓSTICO DE lesão ligamentar múltipla do joelho

NO DIA 1 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia SENDO

OPERADO PELO DR. Victor Parent E DR. Marcos Brunner

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18 10 18, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01 05 18, ÀS 14:00, COM O
DR. Brunner

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.

17 JUL. 2018

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 18 04 18

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 19980
MÉDICO

MM-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		16/04/1997	
PACIENTE		LUAN CASTRO DE AGUIAR					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PARTES MOLES EM PÉ E					
ALERGIAS		nega		HAS		nega	
IDADE		16		LEITO		117-2	
				DM		nega	
				DATA		18/04/2018	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		SF 0,9% 500ML 12/12 hr					12 24
5		DIPIRONA 1G EV 8/8 Hr S/N					SV
6		TRAMAL 100MG + 100ml SF0.9% EV DE 8/8h					14 22 06
7		TILATIL 40MG EV 1X/DIA S/N					16
8		CURATIVO DIARIO					< curativo
9		SSVV+CCGG 6/6 horas					16
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SV
11		METRONIDAZOL 400MG 2 CP 8/8HR VO					14 22 06
12		GENTAMICINA 200MG 1X DIA					16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcos Aguiar
CRM/RR 1995
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180337564 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUAN CASTRO DE AGUIAR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO LUAN CASTRO DE AGUIAR

CPF/CNPJ: 02867431247

Posição em 24-01-2019 16:21:33

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/08/2018	Exigência Documental	
26/07/2018	Aviso de Sinistro	
26/07/2018	Exigência Documental	