

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: ANTÔNIO LUCAS SOUSA CARVALHO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

RG nº. 397091-4 SSP / RR.

CPF/MF nº. 047.803.572-17

TELEFONE: (95) 99159-7611

E-MAIL: antonio.lucas.38@hotmail.com

ENDEREÇO: RUA: BELARMINO F. MAGALHAES, 536, ASA
BRANCA.

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 de JANEIRO de 2019.

* ANTÔNIO LUCAS S. CARVALHO

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: ANTONIO LUCAS SOUSA CARVALHO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO TORNEIRO MECÂNICO
RG nº. 397091-4 SSP/RR
CPF/MF nº. 047.803.572-17
ENDEREÇO: RUA: BELARMINO F. MAGALHÃES, 536, ASA
BRANCA



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 / JANEIRO de 2019.

ANTONIO LUCAS S. CARVALHO

REGISTRO GERAL 397091-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/2017
NOME ANTONIO LUCAS SOUSA CARVALHO
FILIAÇÃO ANTONIO CARVALHO DA SILVA
MARTA DE SOUSA SILVA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 18/12/1998
R.O.C. ORIGEM CERTD NASC 25942 FLS 168V LIV A-43
2 OF BOA VISTA-RR
CPF 047.803.572-17
2 VIA
AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Representante de Política Civil
Diretor de RDC
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ
Polegar Direito
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ANTONIO LUCAS S. CARVALHO



23 AGO. 2018


Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1515273

MARIA DE SOUSA SILVA DE OLIVEIRA
R. BELARMINO F MAGALHAES, 536 ,
ASA BRANCA

69312248 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 236691	MÊS 09/2018	PERÍODO DE CONSUMO 27-AUG-18 a 24-SEP-18
CONSUMO (kWh) 265	VENCIMENTO 15-OCT-18	TOTAL A PAGAR R\$ 180,23

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

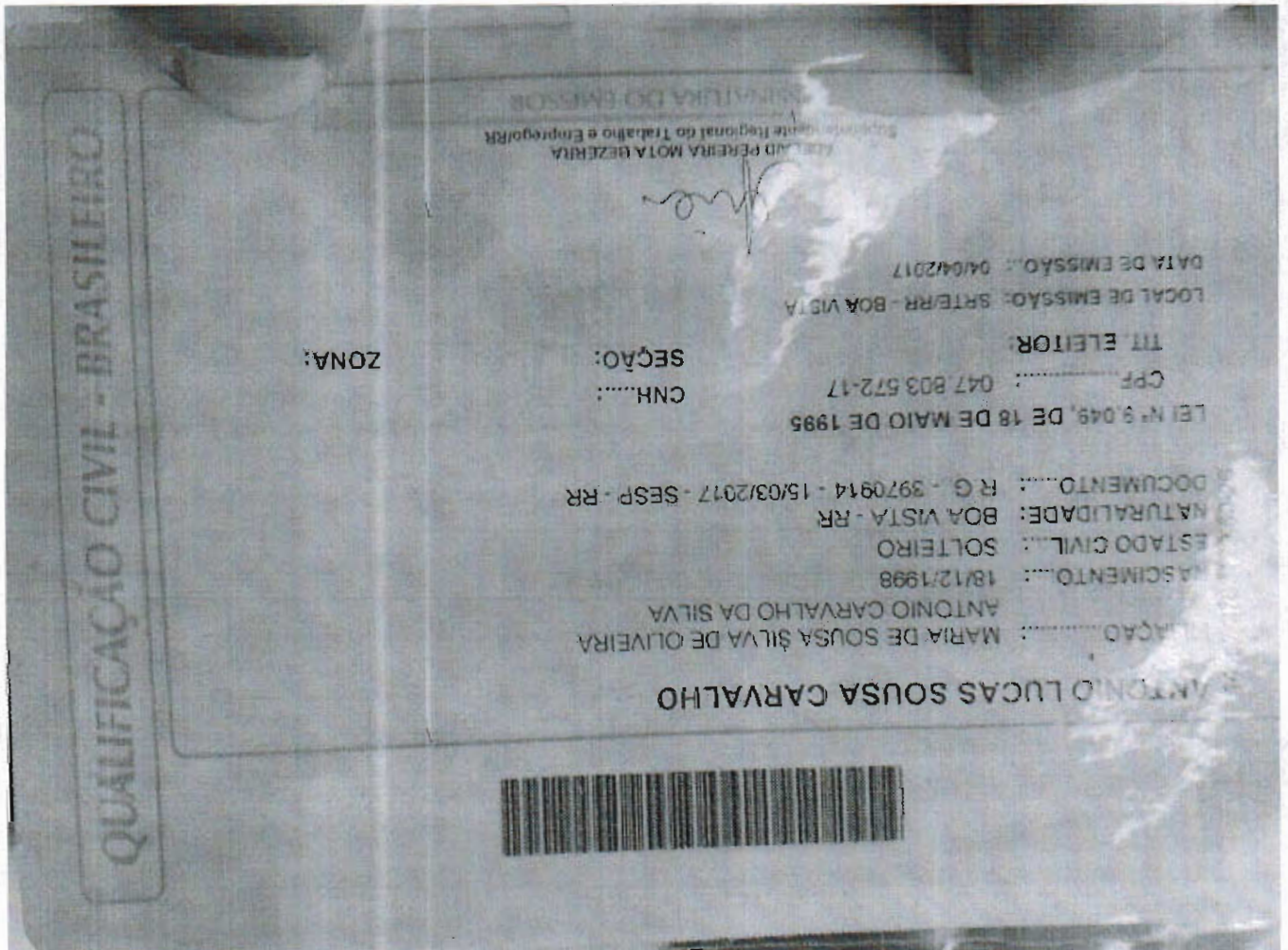

Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 236691	MÊS 09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 180,23
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000019.802300750006.000000000232.669109180051







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000717/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/01/2018 08:51 Data/Hora Fim: 05/01/2018 09:14
Origem: Polícia Judiciária Data: 05/01/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 12/10/2016 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Vicinal do Água Boa

Bairro: Zona Rural

Ponto de Referência: Próximo ao Sítio do Ex. Governador Anchieta Jr.
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO LUCAS SOUSA CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 18/12/1998
Profissão: Torneiro Mecânico Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Maria de Sousa Silva de Oliveira Nome do Pai: Antonio Carvalho da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 397091-4
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.803.572-17

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Berlamino Fernandes Guimarães Nº: 536 Complemento: Casa
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99118-3633 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 1080944793	Placa NAQ-1723
Número do Chassi 9C2KC1670FR561542	Ano/Modelo Fabricação 2015/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 START
Modelo HONDA/CG150 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Lucas Sousa Carvalho	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/01/2018 09:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

23 AGO. 2018

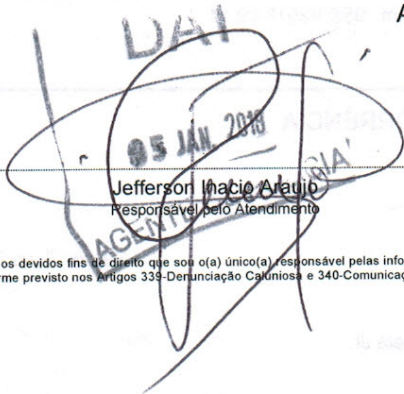
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

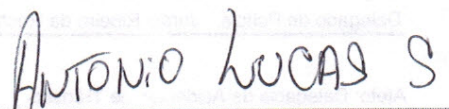
Nº: 000717/2018

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita acima, sendo a mesma de propriedade de sua Genitora MARIA DE SOUSA SILVA DE OLIVEIRA, CPF 199.671.602-68. Que trafegava sentido BR-174, vindo para a cidade. Que ao passar em uma curva perdeu o controle da motocicleta, saiu da pista e caiu, vindo a sofrer lesões corporais (ESCORIAÇÕES E FRATURA NO BRAÇO DIREITO). Que no local não teve atendimento policial. Que foi resgatado por uma equipe do SAMU e levado até o HGR. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento



Antonio Lucas Sousa Carvalho
(Comunicante / Vítima)

"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."

DOCUMENTO ORIGINAL
23 AGO. 2018

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: _____ Equipe: Equipe Intensiva / Hemodinâmica / Cardiologia / JCS / JCS
 Paciente: Antonio Lucas Souza Corvelo Idade: 17 Sexo: Masc.
 Endereço: BR-174 Vicinal do Lago Boa

Nº 18642 DATA 12/10/16 HORA: 18-10
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Alisson

MOTIVO SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO J/10-0 18-45

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encapçada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____
OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trejeito <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____		

AValiação INICIAL

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>e</u>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Otorrágia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
---	--	--	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	A.P.SAR
Início <u>18:50</u>	<u>130/80</u>	<u>87</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim								

DOCUMENTO ORIGINAL 23 AGO 2018

AValiação SECUNDÁRIA

Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Queimada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisma Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>MSP</u> <input type="checkbox"/> Amputação	

AValiação CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopate <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <u>Diploma</u>
---	---	--	--	--	---

GRAVIDADE COMPROVADA ILESO SEVERA PEQUENA MORTE MORTO INTERMEDIADA INTERMEDIADA OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros:

CONFERE COM O ORIGINAL EM 05/01/18

RCP

Iniciada as: _____ Término as: _____
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs.:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
---------	---	--

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSAS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

último de queda de moto, encontrada de decúbito dorsal, verbalizando, orientado, lucido, LOTEJ. feito imobilização do membro superior (D) com fratura, MSD e contusão e escoriações MID, feito imobilização do membro

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
Abertura da boca	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sístólica (mmHg)	01 - 09	1
	Orientado	Balbuçia	5		0	0
Resposta verbal	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3	
Resposta motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1	
Movimentos espontâneos	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	0	0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15	5
Flexão normal	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3	
Extensão a dor	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1	

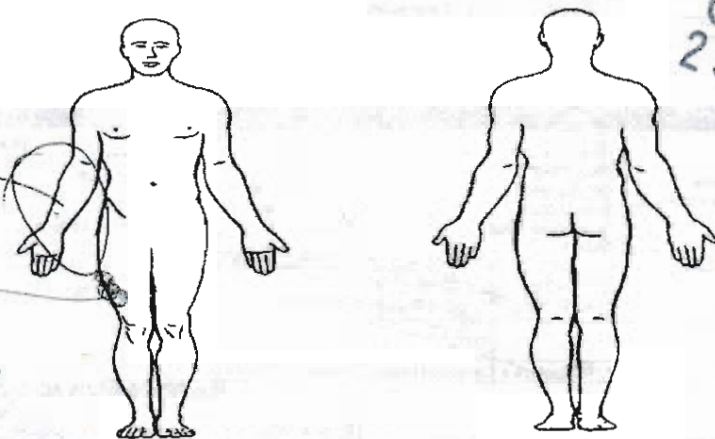
comunicado a central 192. Verificamos SSUV presencial comunicamos a central 192 que encaminha os transtornos

15

DOCUMENTO ORIGINAL
23 AGO. 2018

CONFERE COM O ORIGINAL EM 05/01/18
O acimas...

Possível fratura e contusão escoriações lateral patela



GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	06 unidades BCC	Self 24
Perda de líquido: _____	BCF: _____	01 kit de 40ml	
[] Com cartão [] Sem cartão		01 Sargre 10ml	
		01 agulha de 21x1,5 10ml	

...: Guia de Atendimento 02 ...:

BLOCO B

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

Logo: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Visto por: Roraima (N)

11/12/16

NHE-HGR

1600667242	12/10/2016 19:29:15	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-07	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO		18/12/1998	17 A 9 M 25 D				
Tipo Doc Documento Órgão Emissor		Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE			M		PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe		Pai		Contato		Ocupação	
MARIA DE SOUZA SILVA DE OLIVEIRA							
Endereço		RUA - BERLAMINO FERNANDES - 536 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Historia trauma moto; Negro vômitos, des

mais 1 convulsão.

Exame Físico

mo *urgência e epurona.*

Hipótese Diagnóstica

Axios Perivios

SADT - Exames Complementares

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

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

AUTENTICACAO

28 FFV 2018

Certifico e dou por verdadeiro
Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>B m v +, sem ruídos ventilatórios</i>		
<i>e B m f 2+, R, R, Pulve usável e bolosom</i>		
<i>molente.</i>		
<i>D. elevação IS.</i>		
<i>e IAM SS D; folho D</i>		

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Ambulatório
 Alta a Pedido
 Observação (Até 24h)
 Alta a Revella
 Internação
 Transferência para: Ortopedia
 Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico: Carlmo

Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 12/10/2016 19:32:37

2. Depuramos 207 cv (Alc...

2. Temetatom 40mg cv.

...: Guia de Atendimento 02 ...:

BLOCO B

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



1600667242 12/10/2016 19:29:15 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-07 10

Paciente **ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO** Data Nascimento **18/12/1998** Idade **17 A 9 M 25 D** CNS CPF Prontuário
 Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDAD **M** **PARDA** **BOA VISTA - RR**
 Mãe **MARIA DE SOUZA SILVA DE OLIVEIRA** Pai Contato
 Endereço **RUA - BERLAMINO FERNANDES - 536 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
 Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Prossão
 Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **WESLEN.ROCHA**

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC TOTAL**
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
 História trauma moto; Negro vômitos, des
 mais 1 convulsão.

Exame Físico **med** **slurgia e supur**

Hipótese Diagnóstica **A. Vios Ruvios**

SADT - Exames Complementares RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS.

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
 B. mvt, com ruídos adventícios
 C. Bmf 2+, R, R, Pulv estável Abdomem
 molente.
 D. elevação IS.
 E. **AMSSD**; **folho D**

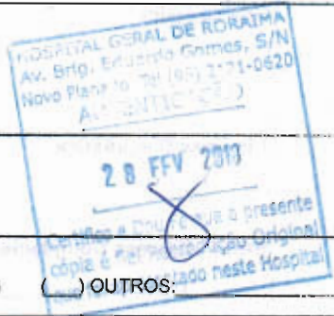
Conduta Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revella Internação
 Transferência para: **Ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta: **11**


óbito Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica **11**

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: **weslen.rocha** Data Hora: 12/10/2016 19:32:37
2. Dupurono 20mg cv **(Alergia)**
2. Terbutalcom 40mg cv.

DOCUMENTO ORIGINAL
23 ABR. 2018



 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

5 - NOME DO PACIENTE Antônio Lucas

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 151397

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 819181010141315191410161317

8 - DATA DE NASCIMENTO 18/12/1978

9 - SEXO M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Maria de Souza Silva de Almeida

11 - TELEFONE DE CONTATO 915 9114161151517

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Belarmino Fernandes, 536, Ara. Branca

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bea Rista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF RR

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Tr. náuseo, dor

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Urologia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Nid + E.F.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Tr. Beertona

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

DOCUMENTO ORIGINAL 23 AGO. 2018

HOSPITAL APARELHO HIGIENIZADO
Avenida E. Gomes, S/N
Novo Planeta Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
28 FEV 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 13/10/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 - Nº 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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____


45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/10/16

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR T068 5525
0308010019
11799

 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

5 - NOME DO PACIENTE _____

6 - N° DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO _____

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pa. Náusea, vômito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1. dor

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

Pa. e t. t.

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° DO 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 TRAJETO _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - N° DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CNAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA _____

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO _____


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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

Alergico Depressivo


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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Antônio Lucas</i>			
DIAGNÓSTICO <i>Fa. Bastian</i>			
ALERGIAS <i>Depressivo</i>	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>12-10-16</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SND</i>
2	AVP		<i>manhã</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H <i>SUSD</i>		<i>SUSD</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		<i>2x-10^o</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 8/8H <i>SUSD</i>		<i>SUSD</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>S/N</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>S/N</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		<i>S/N</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG		<i>S/N</i>
11	CURATIVO DIARIO		<i>REGIME</i>
12	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>REGIME</i>
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		

[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Empty space for medical evolution notes]

SINAIS VITAIS	PA	FC
6 H		
12 H		
18 H		
24 H	<i>153x84</i>	<i>70</i>

23 AGO. 2018

218-2 Alérgico a Dipirona

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Antonio Lucas</i>					
DIAGNÓSTICO <i>fr. Brnho</i>					
ALERGIAS <i>Dipirona</i>		HAS	DM2		
IDADE		LEITO <i>218-02</i>	DATA	<i>13-10-18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	AVP				<i>manter</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H <i>5050</i>				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H <i>5050</i>				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				<i>SN</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
11	CURATIVO DIARIO				<i>Rolna</i>
12	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rolna</i>
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:




16:30
1350x86
P. 68

NIR
 Regulado para leito
218-2
 Regulação Interna

SINAIS VITAIS					
6 H	<i>120/70</i>	<i>91</i>	<i>36.7</i>		
12 H					
18 H					
24 H	<i>130x90</i>	<i>86</i>			

paciente LOTE, verbalizando, queixas algias, segue nos cur da enfermeira.

23 AGO. 2018

 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	 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
--	--	---	--

DATA DE ADMISSÃO		DIH	12/10/2016	DN	18/12/1998
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE: **ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO**

AGNÓSTICO: **FX DE RADIO DISTAL** 5/10/16

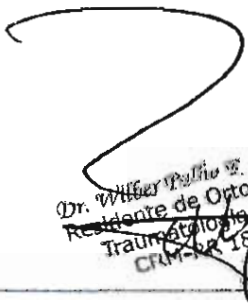
ALERGIAS	DIPIRONA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	----------	-----	------	-----	------

IDADE	17	LEITO	218-2	DATA	18/10/2016
-------	----	-------	-------	------	------------

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/D
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H	10-18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10-18
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	10
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	9h
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/D
7	PARACETAMOL 500MG 1 CP VO DE 6/6H S/N	S/D
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/D
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
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	

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



PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


 Dr. Wilber P. M. M. 25
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia HGR
 CRM-RR 1830.

6 H					
12 H	123x44	68	36°C		
18 H	125x44	60	36°C		
24 H	110x82	60	36°C		

Residente de Ortopedia e Traumatologia	IA
---	----

218-2

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL</p> 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	12/10/2016	DN	18/12/1998
PACIENTE ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO					
AGNÓSTICO FX DE RADIO DISTAL					
ALERGIAS	DIPIRONA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	17	LEITO	218-2	DATA	14/10/2016
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-> S.N.D.
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				-> 18:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				-> 18:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				-> 18:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				-> 08:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				-> S.N.
7	PARACETAMOL 500MG 1 CP VO DE 6/6H S/N				-> S.N.
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				-> S.N.
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-> S.N.
10	SSVV + CCGG 6/6 H				-> grafico
11	CURATIVO DIÁRIO				-> Rotina
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18	<i>Obs. paciente alérgico a dipirona.</i>				
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Realizado Coleta de Exames Laboratoriais de Rotina
 Em: 15/10/16
 Hora: 9:30
 Ass: Equipe Coleta

Dr. Wilton Bello
 Residente de Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 1830



	PA	FC	T
6 H			
12 H	111/62	92	
18 H	120 x 70	60	35,9°C
24 H			

Residente de Ortopedia e Traumatologia

23 AGU. 2018

- 12h Pct BEG, comunicativo, idambulando. apresenta AIP em m. S.D. Neg. Guaiac. Ambrusa Seefeldt

218-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	12/10/2016	DN	18/12/1998		
PACIENTE	ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO						
AGNÓSTICO	FX DE RADIO DISTAL						
ALERGIAS	DIPIRONA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	17	LEITO	218-2	DATA	17/10/2016		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					→ S/N/D	
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H					→ 18 ⁰⁰	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					→ 18 ⁰⁰ 24 06	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					→ S/N	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					→ 06h	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					→ S/N	
7	PARACETAMOL 500MG 1 CP VO DE 6/6H S/N					→ S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					→ S/N	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					→ S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					→ equívoco	
11	CURATIVO DIÁRIO					→ Rotina	
12							
13							
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							

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

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO




[Handwritten signature]

	PA	Fc	Tax
6 H			
12 H	140x80	56	36.5€
18 H			
24 H			

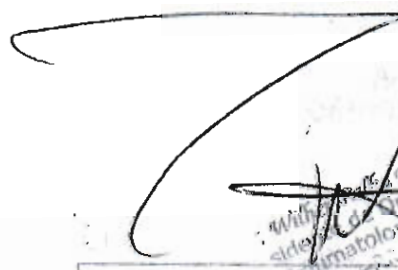
Residente de Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1870

12:00h - Paciente em repouso no leito, consciente orientado, sem queixas algias, deambulando, iguais as atividades da enfermagem.

23 AGO. 2018

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH	12/10/2016	DN	18/12/1998				
PACIENTE ANTONIO LUCAS SOUZA CARVALHO									
AGNÓSTICO FX DE RADIO DISTAL									
ALERGIAS		DIPIRONA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		17	LEITO	218-2	DATA	16/10/16			
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1		DIETA ORAL LIVRE					SND		
2		SF0,9% 500ML EV 12/12H					18-06		
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H					12-18-24-06		
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					10		
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					06		
6		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SN		
7		PARACETAMOL 500MG 1 CP VO DE 6/6H S/N					SN		
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN		
9		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN		
10		SSVV + CCGG 6/6 H					ROTINA		
11		CURATIVO DIÁRIO					M		
12									
13									
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									

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: PRE OPERATORIO
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


 Willian P. Nunes
 Ortopedia e Traumatologia
 HGR

6 H	PA	T	Pc	
12 H				
18 H	120x70	36°C	56	
24 H	120x80	36°C	69	

Residente de Ortopedia e Traumatologia
 IA

6h 110x70 35.7°C 70

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente Antonio Lucas Souza Carvalho, 17 anos,
deu entrada no Hospital Geral de Roraima, no dia 21/10/2018 com
diagnóstico Fratura de maléolo distal

No dia 1-1-, foi realizado tratamento ~~cirúrgico ortopédico de~~ sem cap-
trac de estabilização e redução, obtido por trata-
mento conservador
Recebe alta hospitalar no dia 21/10/2018 em bom estado geral, sem queixas
âgicas.

Com encaminhamento para o ambulatório de ortopedia no Hospital Coronel
Mota no dia 26/10/2018 às 9h com o
Dr. Thiago Amorim

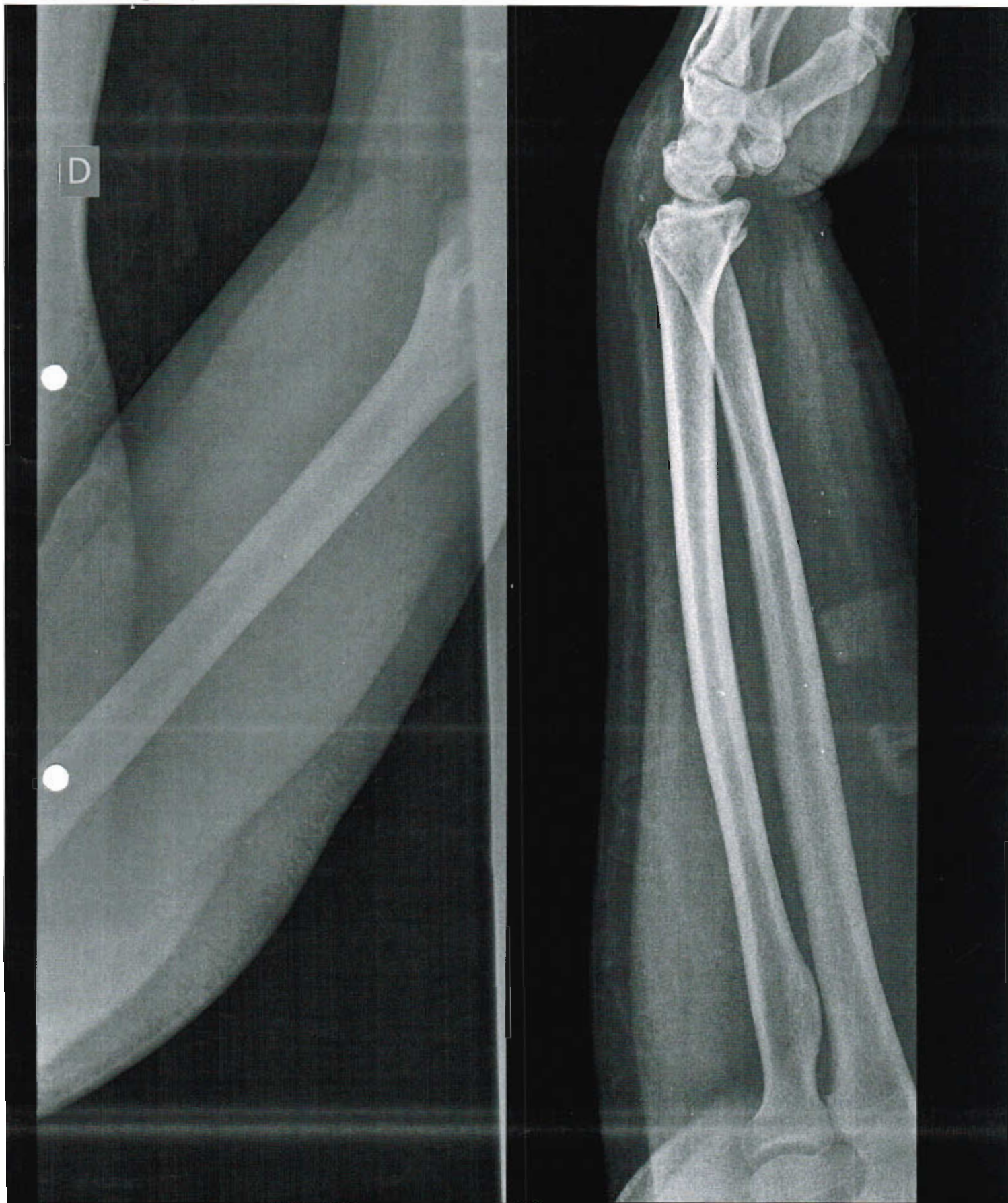
Orientações Gerais :

- 1 – Não Pisar quando realizado cirurgias de membros inferiores.
- 2 – Tomar medicação prescrita pelo médico.
- 3 – Não retirar calhas ou suturas sem indicação médica.
- 4 – Quando necessário realizar curativo em Posto de saúde.
- 5 – Não perder retorno ambulatorial.
- 6 – Agendar RX com 01(um) dia de antecedência da consulta ambulatorial e
levar anterior.

Boa Vista, 17/10/2018


Dr. Thiago Amorim
Residência Ortopedia e
Traumatologia Hosp e
CRM 18320

23 AGO. 2018



59.8 %

12/10/2016 19:59:19

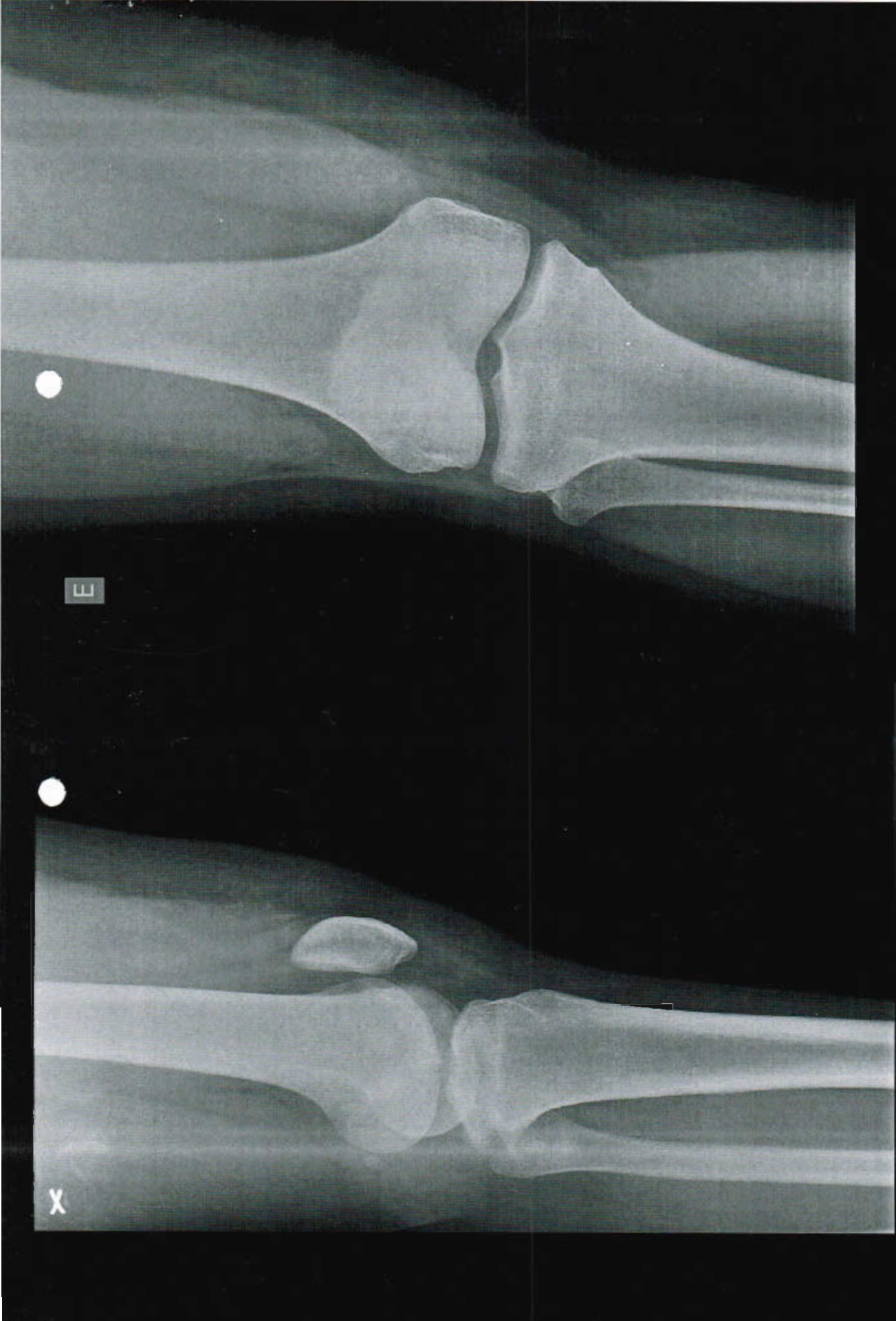
64.8 %

12/10/2016 19:59:19



ANTONIO LUCAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



12/10/2016 20:03:14

51,1 %

12/10/2016 20:03:14

45,3 %



ANTONIOO LUCAS,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



64.6 % 12/10/2016 19:59:19

64.8 % 12/10/2016 19:59:19



ANTONIO LUCAS,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para 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 3180501154 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO LUCAS SOUSA CARVALHO

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 ANTONIO LUCAS SOUSA CARVALHO

CPF/CNPJ: 04780357217

Posição em 31-01-2019 15:54:22

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
27/10/2018	Aviso de Sinistro	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT