

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC RENDA

9007 - CENTRO ESPIRITA BENEFICENTE UNIAO DO VEGETAL
NOVO AMANHECER, 0 69301-081 BOA VISTA / RR
CNPJ: 02.328.668/0001-98

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALA

Código Nome do funcionário C.C: Referente ao mês de Maio/2
4 **CELSO RAMOS DA SILVA** CBO : 5141-20 1 Zelador (a)
Admissão 14/11/2016 CPF 748.783.872-20 PIS 126.28764.66.2 CTPS 00813060 00002-0

CÓDIGO	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONT
5	Salário Mensalista			
9501	Salário Família	30,00	1.084,00	
9101	I.N.S.S.	3,00	95,13	
		8,00		
		Totais	1.179,13	86

Salário base	Base INSS	Base FGTS	SALÁRIO LÍQUIDO	R\$
1.084,00	1.084,00	1.084,00	Valor FGTS 86,72 Base IRRF 997,28	1.092

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.
/ / Assinatura do funcionário: *Celso Ramos da Silva*

Sistema de folha SCI VISUAL Practice - AC WANDERLEY

99173 4385
99130-0335 (expos)

Rua Cuba, 175, Curume.



14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC RENDA

8007 - CENTRO ESPRITA BENEFICENTE UNIAO DO VEGETAL				RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO	
NOVO AMANHECER, 0 68301-081 BOA VISTA / RR				Referente ao mês de Maio/2018	
CNPJ: 02.328.668/0001-98					
Código	Nome do funcionário			C.C.	
4	CELSON RAMOS DA SILVA				
Admissão 14/1/2016				CBO : 5141-20	1 Zelador (a)
CÓDIGO	DESCRIÇÕES	CPF 748.783.872-20	PIS 126,28764,66.2	CTPS 00813060 00002-0	
5	Salário Mensalista				
9501	Salário Família				
9101	L.N.S.S.				
			REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
			30,00	1.084,00	
			3,00	95,13	
			8,00		86,72
Totais			1.179,13		86,72
Salário base	Base INSS	Base FGTS	SALÁRIO LÍQUIDO		
1.084,00	1.084,00	1.084,00			
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.			Valor FGTS	Base IRRF	R\$ 1.092,41
/	/	Assinatura do funcionário:	86,72	997,28	
Sistema de folha SCI VISUAL Praticce - AC WANDERLEI					

SINISTRO 3180157671 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CELSO RAMOS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CELSO RAMOS DA SILVA

CPF/CNPJ: 74878387220

Posição em 01-05-2018 19:44:06

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

99130- 0335



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



BOLETIM DE Ocorrência Nº 103/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 19/03/2018

COMUNICANTE: CELSO RAMOS DA SILVA

RG: 196.687 EXP.: SSP/RR

CPF: 748.783.872-20

ENDEREÇO: RUA JOÃO PADEIRO

Nº 1.511

BAIRRO: BURITIS

CIDADE: BOA VISTA

UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: ZELADOR

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1983 IDADE: 25 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99130-0335 Nº REG. CNH: 02686055959

NOME DO PAI: NÃO INFORMADO

NOME DA MÃE: CLEONILDES RAMOS DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 14:30 do dia 17.12.2017, NA AV. PRINCESA ISABEL - CAIMBÉ

O comunicante **CELSO RAMOS DA SILVA**, habilitado, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia o veículo HONDA/CG 125 FAN ES, PLACA NAR-2399, CHASSI 9C2JC4120BR750489, RENAVAM 00348501293, ANO/MOD 2011/2011, de cor PRETA, de propriedade de LURENE ROSAS DA COSTA, trafegava pela Rua Marreta e ao adentrar a Av. Princesa Isabel foi colidido por um veículo PICAP STRADA de cor VERMELHA; QUE o comunicante foi levado por terceiros ao Hospital Cosme e Silva e depois ao HGR; QUE o comunicante teve LESÕES CORPORAIS; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANOS MATERIAIS

Celso Ramos da Silva
CELSO RAMOS DA SILVA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

19 MAR 2018

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO**

Maria Selma...
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000211
Agente de Polícia Civil

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

17/12/2017

GUIA DE ATENDIMENTO 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		HORARIO: 17-19	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
CELSON RAMOS DA SILVA	08/03/1983	34 A 9 M 9 D	70500308757559	74878387270	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IGNORADO	196687			M	PARDAS
Mãe		Pai		Contato	
CLEONILDES RAMOS DA SILVA				(95) 99130-0325	
Endereço				Ocupação	
RUA - JOAO PADEIRO - 1511 - BURITIS - BOA VISTA - RR				NÃO INFORMADA	
Class. do 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
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:	
SUTURA	DEMANDA ESPONTANEA			LUCINEIDE LIMA	
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL 15 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:20 h)	Algia Ø. Paciente vítima de acidente de moto com lesão no tornozelo esquerdo e trauma.				
Exame Físico	Exame Físico				
Hipótese Diagnóstica	Escolion. / Trauma Ø.				
SACI - Exames Complementares	☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS.				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
① Analgésico 10 mg Ø					
② Sintoma 1 g Ø					
Condução	☒ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revolução ☐ Transferência para:				
Abito	Anexo do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico				
Impresso por: lucineide.lima	Data: Hora: 17/12/2017 15:03:07				

CONFERE COM ORIGINAL

Em 13/03/18

Ass: 

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

EM BRANCO



elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

VERDE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PABX 1001
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1700881607	17/12/2017 16:40:17	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19
Paciente CELSO RAMOS DA SILVA		Data Nascimento 08/03/1983	Idade 34 A 5 M 5 D	CNS 70030368757/955	CPI 7487838/220
Tipo Doc IGNORADO	Documento 196687	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil PARD
Mãe CLEONILDES RAMOS DA SILVA		Pai N	Raça/Cor PARD	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA - JOAO PADEIRO - 1511 - BURITIS - BOA VISTA - RR		Contato (95) 99130-0325		Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco VERDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Solter	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: LIZA MARIE		
Queixa Principal DOR MIE POS TRAUMA		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengu			

Anamnese de Enfermagem

CSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente proveniente do Cosme e Silva com história de fratura por trauma.

Exame Físico

BEG, LOTE, AAA, eufônico

Pé esquerdo enfaixado. Rx com fratura

Hipótese Diagnóstica

Fratura MIE

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ LCG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
NOVO HAMBURG - RR 69200-000
FONE: (95) 331-0620

08 MAR. 2019

Confirmação e observação presente
no prontuário do Original
no atendimento neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolução
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observatório (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: cleber.lobato
Data Hora: 17/12/2017 16:43:21

Dr. Anderson
Médico
CRM-RR 1076



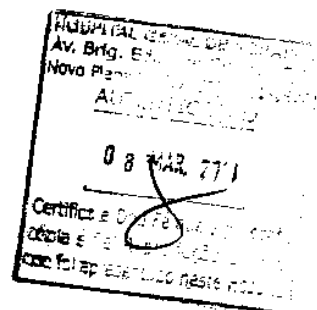
Re vítima de acidente de moto
e trauma contuso em tornozelo (E).

As lesões tornozelo superficiais sem
comunicação e 100% fraturado.

Do: fratura Simples (E)

Cl: Interação Hospitalar.

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 14272



elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
HGR					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
HGR					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				162649	
Celso Ramos da Silva				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				U	
710510103101817517151519				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				08/03/83	
Eleonides Ramos da Silva				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				Nº DO TELEFONE	
Rua 908 Padua 1511, Curitiba					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista				15 - UF	
				16 - CEP	
				R IR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Fratura amoleo bar de tornax b... há 35 dias					
18 - JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO					
To Cirurg.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
To Clínico + Rx					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Frax amoleo bar (F)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Ustossintese de frax amoleo bar (F)					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BICHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/01/18 O.S. _____

Celso Baroni da
Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

frat. simoleolar (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

MO DE INTERVENÇÃO:

Osteossíntese de frat. simoleolar

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Jonathas

1º AUXILIAR:

Patrick

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

Dr. Jonathas C. ANESTESIA:
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1754 TEOT 14272

ANESTESISTAS:

Eveline

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- (1) Dele em DTH sob cur. feia
- (2) Antissepsia + asepsia
- (3) Incisão oblíqua medial/nr tornozelo
- (4) Dissecção 2/3 profundidade
- (5) Identificando extensa fibrose de consolidação parcial da fratura.
- (6) Curetagem
- (7) Fixação cl. oz parafusos esponjosos.
- (8) Observando consolidação parcial fratura
- (9) Fechado 7/8 fixação cl. parafuso simetral

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

(10) controle radiológico / pinos articular fechada

(11) Sutura p/ clavícula

(12) Curativo

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 17259 TEOT 14272

NOME: Celso Ramos da Silva **Enf.** D **Labor** 410-1 **Serv.** ext
Sexo: M **Corr.** **Idade:** 34 **Peso:** **Alt.** **Classe:** **Data:** 23.01.18 **Hora:** **Pront.**

Diagn. Prê-OP: **Fant. Lva TNZ(E)**
Outr. Proposta: Osteossintese

Anest. Anl: **Sangue Tipo:** **Leuc** 7.14 **Hc** 399% **Hb** 14.8
Alargia: **Hm** 4.34 **lc** **lb** **p. lipo**
Alcool: **r. Coag** **Pq** 243.00 **Ureia** 19.3.
DROGAS: (Corticóides, fenotiazínicos, hipnotizantes, narcóticos, hipnóticos,
digitálicos, anticoagulantes, diuréticos, antidiabéticos, sulfas,
cardiopressores, MAOI, ... etc)
Estado Mental: Consciente **Boca:** MPI
Pescopo: boca inchada **Veias:** acinzentadas
RX: **Ap. gen. Ur:** diversa OK
Fases: **AP Resp:** Espirais
Hepatograma: **AP Cir:** **AP Ofr:** **AP Ofr:**
Outros: TAP 14.5" JTPN 40.2" RN 1.06 **S. Odlog - Ar:** **S. Nerv:** **S. Endoc:**
Paracet. Clínico: APTO **Est Fís (ASA):** I **AN. Proposta:** Dr. R. P. Q.
PA: 130/90 **Púls:** 72 **Temperatura:** 36°C **NS:**

Medicação Pré - Op.	DOSE	VIA	HORA

Dr. Haroldo C. Ribeiro
Audiologista
CRM/RP-1478

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

4. ENFERMARIA

Date: 23/01/18

Дата 22.30.

Data 1 1

Hord

A. infermaria

Alcove 9

Marcelle Marques
Res. Anestesiologia
CRM/RR 1876

Assignments

Signature

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FORMULÁRIO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Celso Ramos da Silva			23/01/18

CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO	
Ovariotomia - Ret. Torso - Selo E		INICIO	FIM
		21:05	21:55
		TEMPO TOTAL	

EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	Dr. Jonathan	ANESTESISTA:	Dr. Evilyn
3 AUXILIAR	Dr. Patrick	RES. ANESTESIA:	Dr. Carlos R.
2 AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Dr. M. O.
		CIRCULANTE	Dr. Jonathan

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Regional	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		L	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL®	
L	LUVA ESTERIL 8.0		L	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDANº 1/2	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Eletrodos	
	SERINGA 03ML			CERA PROSSO Newline-Res.	
L	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM Agulha e fio	
L	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Agulha 21 Regional Nº 27		100ml	OUTROS: Laxidina.	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	ST. FORTI + ENICA		
ENCARREGADO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



GOVERNO DO PARÁ
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA ORTOPÉDIA

Tipo Cirurgia:

ORTOPÉDIA - TORNADO - E

Data: 23/01/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Carlos Ramos da Silva

Idade 34

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Piquinhos Sanguinatos

Nº _____

Circulante: 1 Sala _____

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Para Furo Esponjoso Nº 50 L

" Cortical Nº 40 U

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

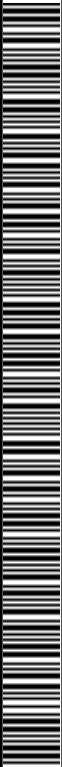
2ª Via - CME

Médico Responsável

[Assinatura manuscrita]
Liliâne Raquel de Melo Cerveira
Ortopedista - TORNADO - E

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: DOCS ACIDENTE

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Colpo Bumbas Jari Salazar					
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM			
IDADE		LEITO		DATA			
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas					
5		DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS					
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS					
7		SSVV+CCGG 6/6 horas					
8		CURATIVO DIARIO					
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
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 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
		PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							



REGISTROS DE ENFERMAGEM

☐ Risco de queda ☐ Risco de Lesão Por Pressão ☐ Alergias _____

RESOLUÇÃO COFEN Nº 311/2007 - Art. 25 - Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	22/01/2018	DN	08/03/1983
PACIENTE	CELSO RAMOS DA SILVA			
AGNÓSTICO	FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	34 ANOS	LEITO	110-2	DATA 23/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5ND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h			SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H S/N			SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS			SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rolima
11	CURATIVO DIÁRIO			curativo
1				
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

OBS: PACIENTE APRESENTANDO FRATURA ANTIGA EM PUNHO E.

PACIENTE SE RECUSOU A REALIZAR A TOMOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS+ RISCO CIRURGICO

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR
6 H			
12 H	123 x 83	58	-
18 H	116/64	64	-
24 H			

Dr. MARCELO MARQUES

CRM: 1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h. + febre SSVV, pele nas unhas queixas, p/que ado. curados.

Juciane P. de Aguiar
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 1245 TE

Silvana Teixeira Farias
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 639.114-TE

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	22/01/2018	DN	08/03/1983	
PACIENTE	CELSO RAMOS DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	34 ANOS	LEITO	410-2	DATA	24/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H S/N				SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
1	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS				24.06.12
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

OBS: PACIENTE APRESENTANDO FRATURA ANTIGA EM PUNHO E, PACIENTE SE RECUSOU A REALIZAR A TOMOGRAFIA DA MAO ESQUERDA

CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS+ RISCO CIRURGICO

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA					SEM PREVISÃO	
SINAIS V	PA	FC	FR			
6 H	140x90	65	18	36.1	Dr; MARCELO MARQUES CRM:1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
12 H	170x100	72	20	36.5		
18 H	130x80	80	20	36.5		
24 H	150x80	67	20	37.0		

3as 19h Adm medicacao
 e Gerido Sinais vitais
 sem qum xas.

Assinatura de Marcelo Marques
 Técnico de Enfermagem
 SOB. RR. 761.366.75



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	22/01/2018	DN	08/03/1983
PACIENTE	CELSO RAMOS DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	34 ANOS	LEITO	410-2	DATA	25/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H S/N				SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
1	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS				24 06
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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

OBS: PACIENTE APRESENTANDO FRATURA ANTIGA EM PUNHO E. PACIENTE SE RECUSOU A REALIZAR A TOMOGRAFIA DA MAO ESQUERDA

CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS+ RISCO CIRURGICO

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	-
6 H				
12 H	110x70	-	-	36°C
18 H				
24 H				

Dr. MARCELO MARQUES
CRM:1918
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Marcelo: Roraima Liliane Raquel de Melo Cerveira
+SSVV. 5.2.1
Alexandre
639587



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, ____/____/____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ____/____/____, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____/____/____, ÀS _____, COM O
DR. _____

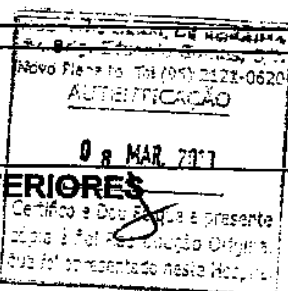
ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, ____/____/____

MÉDICO





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE CELSONO RAUO DA SILVA, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE TORNVELO ESQUERDO

NO DIA 23/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE FRATURA TORNVELO ESQUERDO SENDO

OPERADO PELO DR. JONATHAN E DR. PATRICK

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/01/18, AS 12:00 hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/02/2018, AS 7:30 hrs, COM O
DR. JONATHAN

FOI LIPÁ, CERO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ALBERTO

BOA VISTA, 28/01/18

[Assinatura]
MÉDICO

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego, ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIALPIS/PASEP
126.28764.66-2NOME
0813060**002-0****RR***Celso Ramos da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



BRASIL - 2006

QUALIFICAÇÃO CIVIL**BRASILEIRO**NOME: **CELSON RAMOS DA SILVA**LOC. DE NASC.: **BOA VISTA - RR**FILIAÇÃO: **CLEONILDES RAMOS DA SILVA**DOC. APRESENTADO: **R.G. 196.887 SESP RR**ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

LEI Nº 489, DE 18 DE MAIO DE 1966

RG: **196.887**T. ELEITOR: **3024862658**CPF: **748.783.872-20**CNPJ: **02686055959**ZONA: **003**SEÇÃO: **0045**LOCAL DA EMISSÃO: **DR/RR**
EMISSÃO: **03/10/2006***Roberto*

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

1 - CARIMBO 2 - C. DO ÓRGÃO 3 - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE 4 - C. DATA DE NASCIMENTO
5 - RP 6 - ZONA 7 - ADOÇÃO 8 - F. ALCANÇAR VIGÊNCIA

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SPU-CODIGO
0043893-6

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 851 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.251.479/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 888/13

Nº da Nota Fiscal: 000008683

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONSUMO DEZENBRO/2017 16/01/2018 1471 609,11

CENTRO ESPIRITA BENEFICIENTE UNIAO DO VEGETAL
LT MONTE CRISTO S/N AMANHA MONTE CRISTO
CNPJ: 02328668000198
CEP: 69.301-970 - BOA VISTA
ROT: 9.001.40.27.009000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	86147	Atual:	06/12/2017
Anterior:	84576	Anterior:	06/11/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/01/2018
Consumo Medido:	1471	Emissão:	06/12/2017
Consumo Faturado:	1471 FCM	Apresentação:	06/12/2017

DADOS DE UNIDADE CONSUMIDORA

Categoria	Ligação	Numero Medidor	Posição	Código Fat.	Abadia 12 meses
RURAL	81	2820125	Q.1423161	4.1.2.2	1170

CONSUMO ANTERIORES

Mês/Ano	Consumo	Valor
NOV/17	1293	
OUT/17	1136	
SET/17	1147	
AGO/17	1477	
JUL/17	1148	
JUN/17	964	
MAI/17	1162	
ABR/17	1164	
MAR/17	1645	
FEV/17	679	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 1471 - 0,319740

CONSUMO 1471 A R\$ 0,396710 = 583,56
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 2,64
MULTA POR ATRASO (2X) 16,23
JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 6,68

RESERVAÇÃO FISCO 245E.0C25.E108.13B5.815C.EF08.D193.8CCF

DISTRIBUIÇÃO DE CUSTOS		IMPOSTOS E TRIBUTOS	
Distribuição:	176,39	Base de Cálculo:	583,56
Energia:	282,21	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	99,20
Energos:	11,75	Valor do PIS:	2,41
Tributos:	113,21	Valor do COFINS:	11,60

INDICADORES DE CONTINUIDADE

10,87 21,74 43,49 8,04 16,09 32,18 5,88

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA 01	COD. RENAVAM 00348501293
R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017	
NOME LURENE ROSEAS DA COSTA	
CPF / CNRU 716.510.802-59	PLACA NAR2399
PLACA ANT / UF	CHASSI 9C2JC4120BR750489
ESPECÍFICO TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES	ANO FAB 2011 ANO MOD. 2011
CAP / POT / OIL 2P/0124CC/	CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE PRETA	VENQ / COTAS 1**PAGO*
COTA ÚNICA 1*****	VENQ. COTA ÚNICA 1**PAGO*
FAIXA LVA PARCELAMENTO / COTAS 2**PAGO*	PARCELAMENTO / COTAS 2**PAGO*
QUITADO **	3**PAGO*
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7	PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
IDE (R\$)	DATA DE PAGAMENTO 07/08/2017
OBSERVAÇÕES	
AL.FID. BANCO HONDA SA * PROIB SAIR DA	
AMAZ OCID L 00348501293	
Assinado digitalmente por Liliâne Raquel de Melo Cerveira	
BOA VISTA-RR	DETRAN-RR
05/09/2017	DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
RR Nº 012322460763 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTA É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
716- DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodetransito.com.br	
SAO DPVAT 0800 022 1204	
MA 01	716.510.802-59
EXERCÍCIO 2017	DATA EMISSÃO 05/09/2017
PLACA NAR2399	PLACA
RENAVAM 00348501293	MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES
ANO FAB 2011	ANO MOD. 2011
CHASSI 9C2JC4120BR750489	CHASSI
PREMIO TARIFÁRIO R\$81.25	PREMIO TOTAL (R\$) R\$90.33
IDE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33
QUITADO **	PARCELAMENTO / COTAS 2**PAGO*
VENQ / COTAS 1**PAGO*	VENQ. COTA ÚNICA 1**PAGO*
FAIXA LVA PARCELAMENTO / COTAS 2**PAGO*	PARCELAMENTO / COTAS 2**PAGO*
QUITADO **	3**PAGO*
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7	PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
IDE (R\$)	DATA DE PAGAMENTO 07/08/2017
OBSERVAÇÕES	
AL.FID. BANCO HONDA SA * PROIB SAIR DA	
AMAZ OCID L 00348501293	
Assinado digitalmente por Liliâne Raquel de Melo Cerveira	
BOA VISTA-RR	DETRAN-RR
05/09/2017	DATA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

CELSO RAMOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, zelador, portador da Cédula de Identidade nº 196.687 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 748.783.872-20, residente e domiciliado na LT Monte Cristo, s/nº, Bairro: Monte Cristo, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 26 de Janeiro de 2018.

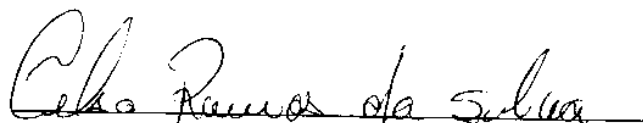

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

CELSON RAMOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, zelador, portador da Cédula de Identidade nº 196.687 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 748.783.872-20, residente e domiciliado na LT Monte Cristo, s/nº, Bairro: Monte Cristo, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 26 de Janeiro de 2018.


DECLARANTE



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CPF: 085.538.402-63

Processo Judicial

Pelo presente instrumento particular de um lado Rui Barbosa de Melo, residente na Rua Antônio Augusto Martins, nº 347, Bairro São Francisco, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima na qualidade de Contratado. Do outro lado fica a pessoa abaixo qualificada na qualidade de Contratante.

CLÁUSULA – I fica o Contratante ciente da responsabilidade de repassar a porcentagem de 30% (TRINTA por cento) do valor total da indenização recebida por meio de ação judicial promovida pelo Contratado em seu favor. Bem como taxa extra para serviços e custas com processo judicial.

CLÁUSULA – II fica esta com a responsabilidade de requerer por meio de ação judicial o valor total ou diferença que por hora o Contratante tenha direito podendo promover qualquer tipo de ação referente ao seguro (DPVAT), sem qualquer tipo de autorização prévia.

CLÁUSULA – III o Contratado se reserva no direito de acionar judicialmente a qualquer momento o Contratante se assim se fizer necessário. Em caso de não pagamento dos valores previstos em contrato. Com o intuito de garantir e assegurar seus direitos contratuais. Em caso de desistência deste contrato ficam mantidas todas as suas cláusulas sendo indispensáveis seu cumprimento, ficando todas as despesas oriundas da referida ação por conta do Contratante, bem como honorários, e valores cobrados acrescido de multas e juros. Fica eleito o Fórum da comarca de Boa Vista-RR, para dirimir qualquer assunto relacionado a este não sendo utilizado nenhum outro por mais privilegiado que seja.

Eu: CELSO RAMOS DA SILVA

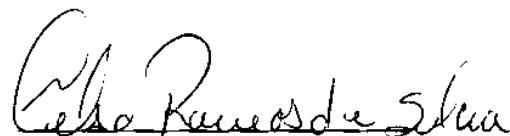
RG Nº: 196.687 SSP/RR

CPF: 748.783.872-20

Residente à LT Monte Cristo, s/nº, Bairro: Monte Cristo, na cidade de Boa Vista- RR, na qualidade de contratante declaro que li, concordo e autorizo todo o trâmite deste até a finalização total dos valores que por ora tenho direito.

Telefone para contato: (95)99130-0335

CONTRATADO


CONTRATANTE

TESTEMUNHA

RG:
CPF:

TESTEMUNHA

RG:
CPF:

BOA VISTA-RR, 26 DE JANEIRO DE 2018

elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

CELSON RAMOS DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

31/03/2018 14:10:2

24/11/2018 11:15:43

12.4 %



elo Cerveira,

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE



57,5 %

CELSON RAMOS DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

12/12/2018 12:02:25

57,5 %

12/12/2018 12:02:25

DR. DORILENE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Celso Ramos da Silva

CPF da Vítima

749.783.872-20

Data do Acidente

17/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 20 de março de 2018

Local e Data

Celso Ramos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Stine
611
infirmary
JREN-RR 17270

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: DOCS ACIDENTE

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE							
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS			HAS		DM		
IDADE			LEITO		DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas						
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS						
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					16	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						
8	CURATIVO DIARIO						
9	Cefalotina 4g (EV) 8/8h					14	
10	Tratati 20mg (EV) 12/12h					12	
11							
12							
13							
14							
15							
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 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
PA		FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	152x87	65	16	36,5°C			
12 H							
18 H							
24 H	143x89	55	16	36,3°C			

14/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAT. DE RORAIMA
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

REGISTROS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ CEN. _____

☐ Risco de queda

☐ Risco de Lesão Por Pressão

☐ **Alergias**

HORA	DATA	CONT. DO RELATÓRIO
	24/01/18	As 03:05 horas, cliente referindo parte dos seus HII's, total da cirurgia, e, mesmo após a administração da medicação de item (5), por administração da medicação de item (6), conforme a prescrição médica.
	24/01/18 - 06:00 horas	cliente referiu dor e administração da medicação de item (5), conforme a prescrição médica.

Edmilson Fernandes Sousa
COREN RR 887.808 - TE

Edmilson Fernandes Sousa
COREN/RN-667.808 - TE

RESOLUÇÃO DO COFEN Nº 343/2017 - Art. 5º É obrigatório o USO DO CARIMBO do profissional de enfermagem nos seguintes casos: III - em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN 311/2007 (CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM)

RESPONSABILIDADES E DEVERES - Art. 25 - Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

PROIBIÇÕES - Art. 35 - Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

