

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

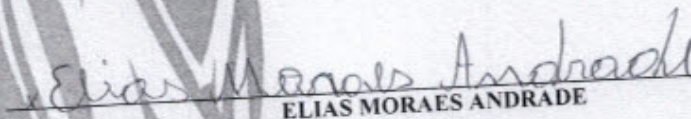
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **ELIAS MOARES ANDRADE**, Brasileiro, solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 4640934 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 037.299.972-70, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Beija Flor, nº 192 Q 292 LT 156, Bairro: São Bento CEP: 69.315-695. Tel: (95) 99114-6688 E-mail: eliasandrade1710@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 08 / 05 / 2019.


ELIAS MORAES ANDRADE



POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1475606844

NOME
ELIAS MORAES ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / CNH PASSADOURA
4640934 SSP RR

CPF
037.299.972-70

DATA NASCIMENTO
11/01/1998

FUNÇÃO
CILENE MORAES ANDRADE

PERMISSÃO
ACC
CAT. 198
A.B.

Nº REGISTRO
06628207987

VALIDADE
29/01/2021

P. HABILITAÇÃO
25/05/2016

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
09/06/2017

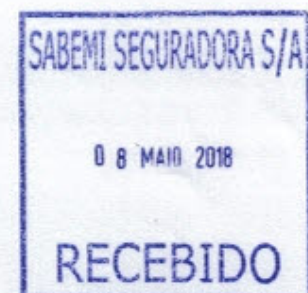
FRANCISCO FLAMMARION PORTELA
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

26584332160
RR209269677

RORAIMA

DETRAN



ADVOCACIA

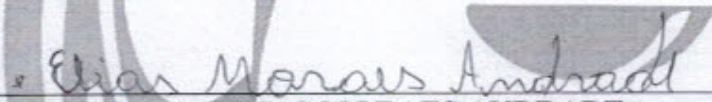
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ELIAS MOARES ANDRADE, Brasileiro, solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 4640934 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 037.299.972-70, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Beija Flor, nº 192 Q 292 LT 156, Bairro: São Bento CEP: 69.315-695.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 08 / 05 / 2019.


ELIAS MORAES ANDRADE



POLEGAR DIREITO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para consulte com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0120281-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gercarz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bóla B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 000087819

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	218	107,52

CILENE MORAES ANDRADE
R. BEIJA FLOR 192 Q 292 LT 156 SAO BENTO
CPF: 00066616387291
CEP: 69.315-695 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.20.164400

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh
Atual:		13847	
Anterior:		13629	
Constante de Multiplicação:		1,000	
Consumo Medido:		218	
Consumo Faturado:		218	FCAM

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA
Atual:		17/01/2018
Anterior:		19/12/2017
Próxima Leitura:		17/02/2018
Emissão:		16/01/2018
Aprovação:		17/01/2018

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESID. BK. RENDA	MONO	E2740008	L 1504564	1.4.1.1	203

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/17	237	CONSUMO	30 A R\$ 0,195919 = 5,87
NOV/17	238		70 A R\$ 0,335863 = 23,51
OUT/17	191		118 A R\$ 0,503801 = 59,44
SET/17	203	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	34,95
AGO/17	215	ILUMINACAO PUBLICA	18,70
JUL/17	191		
JUN/17	209		
MAI/17	201		
ABR/17	180		
MAR/17	232		

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30	- 0,15510
31 A 70	- 0,33586
71 A 118	- 0,50380
119 A 218	- 0,40529

MENSAGENS IMPORTANTES - AVERSO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800-019120 PARA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 16/01/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3DCA.F127.C72F.6777.8B10.DCEC.7F67.FAF3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,81	Base de Cálculo:	88,82
Energia:	42,88	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,09
Encargos:	1,78	Valor do PIS:	0,40
Tributos:	17,35	Valor do COFINS:	1,86

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC	FC
5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11	
0,58			2,00			0,28	

DISTRITO 11/2017 33,36

ROT: 8.001.16.20.164400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gercarz 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 000087819

FCAM

SEU CÓDIGO: 0120281-2

TOTAL A PAGAR - R\$: 107,52

MÊS FATURADO: 01/2018

VENCIMENTO: 06/02/2018

83670000001 8 07520075000 0 00000000120 6 28120118008 6



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

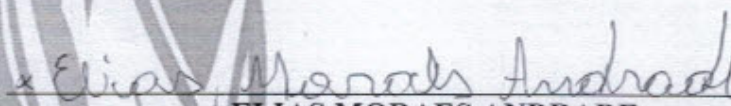
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ELIAS MOARES ANDRADE, Brasileiro, solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 4640934 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 037.299.972-70, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Beija Flor, nº 192 Q 292 LT 156, Bairro: São Bento CEP: 69.315-695.

DECLARO 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, 08 / 05 / 2019.


ELIAS MORAES ANDRADE



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Elías morais andrade, CPF nº 037.299.972-70

Residente e domiciliado à rua Buía Elor 2-292 21156, nº 192, bairro

São Bento, na cidade de Boa Vista, estado de

Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de

R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 08 de maio de 2019.

Elías Moraes Andrade
ELIAS MORAES ANDRADE



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.085 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o 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.

Dele 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.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
161.42522.14-3

NUMERO
8130977

SERIE
0040

RR

Elías moraes Andrade
ASSINATURA DO TITULAR



ELIAS MORAES ANDRADE

FILIAÇÃO.....: CILENE MORAES ANDRADE

NASCIMENTO.....: 11/01/1998 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 4840934 SESP RR 09/09/2013

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 037.299.972-70 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 30/01/2015


ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - MASCULINO

ALTERAÇÃO 1

NOME	DOCUMENTO	DATA DE NASC. DE	DOCUMENTO
ELIAS MORAES ANDRADE	8130977	11/01/1998	161.42522.14-3

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CCG/CF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESR DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CSO Nº.....
 DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FOTS Nº DA CONTA.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CCG/CF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESR DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CSO Nº.....
 DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FOTS Nº DA CONTA.....

11

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CCG/CF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESR DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CSO Nº.....
 DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FOTS Nº DA CONTA.....

14

CONTRATO DE TRABALHO

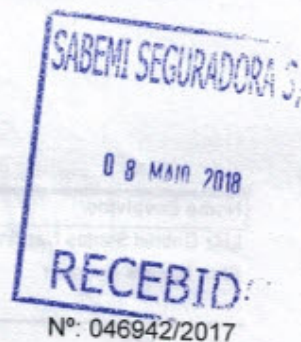
EMPREGADOR.....
 CCG/CF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESR DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CSO Nº.....
 DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FOTS Nº DA CONTA.....

15



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2017 18:48 Data/Hora Fim: 11/12/2017 19:16
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/12/2017 12:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: rua sebartião diniz com a travessa tacutu

Bairro: São Vicente

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: Acidente Com Lesões

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: LUIZ GABRIEL SANTOS NASCIMENTO (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 01/09/1998

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria dos Santos Zezuino

Nome do Pai: Domingo Luiz Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua beijo flor

Bairro: SÃO BENTO

Telefone: (95) 99153-5636 (Celular)

Nº: 67

Complemento: casa

Nome: ELIAS MORÃES ANDRADE (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 11/01/1998

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua beija flor

Bairro: SÃO BENTO

Telefone: (95) 9914-6688 (Celular)

Nº: 192

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

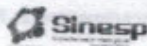
Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Wulpslander Trajano Junior
Impresso por: Jorge da Silva
Data de Impressão: 11/12/2017 19:16
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046942/2017

Nome Envolvido

Luiz Gabriel Santos Nascimento

Elias Morães Andrade

Envolvimentos

Depositário

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

compareceu neste 5ºdp LUIZ GABRIEL SANTOS NASCIMENTO, para comunicar que sofreu um acidente de trânsito e juntamente com seu amigo ELIS MORÃES ANDRADE, que um carro veio a colidir na traseira da motocicleta HONDA TITAN de cor azul e placa NUH 1030, o qual estava de carona e logo o veículo deu macha ré e evadiu-se do local, o SAMU esteve no local e prestou socorro, que seu amigo ELIAS, está internado no hospital geral. É o que tinha a relatar.

ASSINATURAS


Jorge da Silva
Responsável pelo Atendimento


Luiz Gabriel Santos Nascimento
(Comunicante / Envolvido)

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





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 046942/2017/5ºDP-BOA VISTA/ RR.**

O Sr.º

NOME: **ELIAS MORAES ANDRADE**

RG : **4640934 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **11/01/1998**

TELEFONE: **(95) 9 9114-6688**

ENDEREÇO: **RUA BEIJA FLOR, 192**

BAIRRO: **SÃO BENTO**



O comunicante **ELIAS MORAES ANDRADE**, compareceu nesta especializada para retificar no BO supracitado o seu nome e acrescentar os dados da motocicleta envolvida no acidente de trânsito no dia 10/12/2017 às 12:00.

- Onde se lê **ELIAS MORÃES ANDRADE**, leia-se **ELIAS MORAES ANDRADE**.
- **HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NUH-1030, CHASSI 9C2JC4110AR080760, RENAVAL 00254125573, de propriedade de ELIAS MORAES ANDRADE.**

Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA SELMA MELO DE ALMEIDA

Boa Vista - RR, 16 de abril de 2018.

ELIAS MORAES ANDRADE
Comunicante



10/12/2017

Bleed D

... Guia de Atendimento 02 ...

Visto por: *Rosalina*
11/12/17

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

1700878432		10/12/2017 13:12:21		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		22	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ELIAS MORAES ANDRADE		11/01/1998		19 A 10 M 30 D		700803409632686		03729997270		00009701	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		4640934		SSP/RR		09/08/2013		M		SOLTEIRO(A)	
Mãe		CILENE MORAES ANDRADE		Endereço		RUA - BEIJA FLOR - 192 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR		Naturalidade		BOA VISTA - RR	
								Contato		(95) 99114-2215	
								Ocupação		MILITAR	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Pronatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chogada		Procedimento Sol.				Registrado por:		WESLEN.ROCHA	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal											

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) *histórico de queda de peso distal*

Exame Físico *pet. frágil pelo S&U, ed. net - troco ar*

Hipótese Diagnóstica *fratura*

SADT - Exames Complementares		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
☒ RAIO-X	☐ ULTRA-SON	☐ TC	☐ SANGUE	☐ URINA	☐ ECG
PRESCRIÇÃO					
<i>1) Reparo 15</i>					
<i>2) Transferir 20g</i>					

Conduta *patopedis*

☐ Alta por Decisão Médica	☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido	☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revolta	☐ Internação
☒ Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: weslen.rocha
Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

SABEMI SEGURADORA S/A
08 MAIO 2018

RECEBIDO

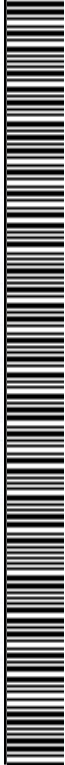
APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Atestado de incapacidade

Atestado de incapacidade

Atestado de incapacidade

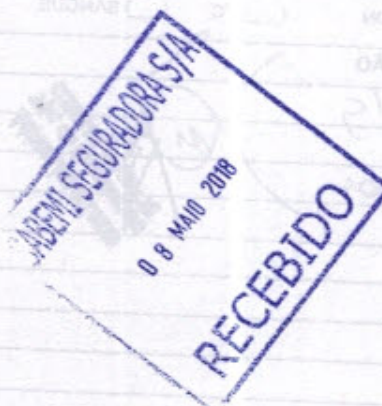
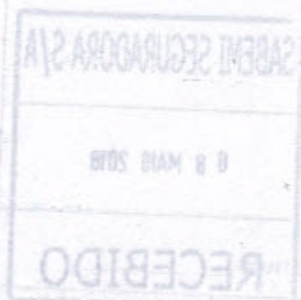


Pt. sofreu trauma. Caudex em
formado ⊕ f. trauma supra sintoma
traço espinal longo.

Col = Tala Bota.

Internação Hosp.

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RN 1759 TEOT 14272



ntas:60895845253,

15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR

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 _____ 4 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE Elías Moraes Andrade		6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7008103409163261816		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/01/98	
9 - SEXO M		11 - TELEFONE DE CONTATO 915991112215	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Cilene Moraes Andrade			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Souza Flor 192 São Bento		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO PR	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boca Visto		15 - UF PR	
		16 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Falta de fome			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fto Cirurg.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Fto Clínico + Rx			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fto Maledo lateral		21 - CID 10 PRIMÁRIO S82.8	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação Hosp		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	
26 - CLÍNICA _____		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____	
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____	
30 - Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/12/19	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - Nº DE TRABALHO _____		33 - CNPJ DA SEGURADORA _____	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____		35 - CNPJ EMPRESA _____	
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO _____		37 - CNPJ DA EMPRESA _____	
38 - SÉRIE _____		39 - CBOR _____	
40 - CNIE DA EMPRESA _____		41 - CBOR _____	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
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 10/12/19		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____	

0308010019-7068
V299

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		DIH	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO	ALERGIAS	IDADE	HAS	DM
ITEM	PRESCRIÇÃO	LEITO	DATA	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				
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
6 H	101x72	69	36,8
12 H	101x72	69	36,8
18 H	101x72	69	36,8
24 H	101x72	69	36,8

Ant. Marleide Paiva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 305.058

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Elias Moraes Almeida			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			10°	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12/13/24/06	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10° 28	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			(14) 12/06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Medina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN	
14	CURATIVO DIARIO			realizar	
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					

VOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

24:00 Item ① no TCM no Farmácia
06:00 Item ② no TCM no Farmácia

24:00 T: 36,8
PD: 114x69
P: 75

Ren M. A. Ribeiro
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 62817 - TEC

CRISTIANO B. LIMA
Téc. Enfermagem
Coren - RR 573.861



SINAIS VITAIS			
6 H	36.6	68	119x77
12 H	37.2	90	101x61
18 H	37.2	84	113x64
24 H			

Obs: não tem Ranitidina e
na Farmácia C.D.F.F.

Rosemiriam Zabel Moscati
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 180.74

Dayane S. Tosin
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 917.047

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

(OK)

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

HGR

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
Hospital Geral do Paraná

PREScrição Médica

DATA DE ADMISSÃO _____ **DIH** _____ **DN** _____

PACIENTE Lucas Moraes Arantes
DIAGNÓSTICO FRATURA Torácico (E)
ALERGIAS _____
IDADE 19 anos **HAS** _____ **NEGA** _____ **DM2** _____ **NEGA** _____
ITEM _____ **LEITO** _____ **DATA** 12/12/17

PREScrição

		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	5:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10:00
4	TILATIL 20mg 12/12hs	18:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	10:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	5:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	5:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	5:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	NTR (14:00)
10	SSV + CCGG 6/6 H	5:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	Relina
14	CURATIVO DIARIO	Atonca
15		Relina
16		Relina
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

RECEBIDO

SINAIS VITAIS

	F.C.	P.A.
6 H		
12 H	37,2	71
18 H		110 X 70
24 H		

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Dayane S. Tosin
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 917.047 TE

PA: 120x80
Tem: 36,4
FR: 17

8:00
PA: 120x78
FC: 74

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18287/R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/- Identificador: PJ8W3 NRJNE Y8YKJ BX29D

(OK) 404-10k

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**
CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Elios Muniz de Andrade	
DIAGNÓSTICO	Fx Lx TMT		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	13/12/17
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		12:18-24:06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		10:28
4	TILATIL 20mg 12/12hs		SN
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		12:22-06
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		SN
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		Rotina
10	SSV + CCGG 6/6 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		M
14	CURATIVO DIÁRIO		AT
15	Do bloco ATENÇÃO		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:
Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS	Tax	FC	PA	TE
6 H	36.6°	75	120 x 70	
12 H	37.2	69	145/69	
18 H	36.9	65	130/80	
24 H	36.4°C	70	123 x 65 mmHg	

Dayane S. Tosin
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 917.047

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Maria Wandertéia Maia
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 473110

404-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ELIAS MORAES DE ANDRADE				
DIAGNÓSTICO	FX LX TNZ				
ALERGIAS	NEGA				
IDADE	19	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO				DATA
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SNP
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				monda
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSP
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10:25
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12:25
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				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Relina
14	CURATIVO DIARIO				Azencia
15					Relina
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

NIR
Regulado
para leito
BIB 404-1 às 11:40h
Regulação Interna

SINAIS VITAIS				
6 H	125x65	60	36,5°C	16
12 H	36,4	61	105x66	
18 H	38,8	70	100x60	
24 H	103x62	60	36,5°C	16

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Isaac Rabelo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1215

14.25
P.A.: 128x64
F.C.: 68
T.X.: 36,4°C

Amanda Lima de Ara
Téc. Enfermagem
COREN-RR 9075

404-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/12/2017	DN	11/01/1998
PACIENTE ELIAS MORAES ANDRADE					
AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO (SUPRA SINDESMAL LONGA)					
ALERGIAS					
IDADE	19 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-1	DATA	15/12/2017		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				SUS
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMADOL 100MG, 20GOTAS 8/8 HORAS SE DOR INENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
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.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T. PRÉV
6 H	48x65	58	20	36.3
12 H	106x61	60	21	35.5
18 H	100x62	63	20	36
24 H				

Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
Residente de Ortopedia e Traumatologia

09 MAIO 2018

RECEBIDO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 511
Novo Fátima - Tel: (95) 217-1111

07 MAR 2019

Certifico e dou a presente cópia e fidel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

12:00 Afundado SSVV, segue aos cuidados.

- Soc. Juvenília 1248245

→

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/12/2017	DN	11/01/1998		
PACIENTE ELIAS MORAES ANDRADE							
AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO (SUPRA SINDESMAL LONGA)							
ALERGIAS							
IDADE	19 ANOS	HAS	SIM	DM2			
LEITO	404-1	DATA	16/12/2017				
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SN IS
2	SF 0,9% 500ML EV 24/24h						SUSP
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						SUP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						09:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN						
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS						SK
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						Rotina
10	SSVV + CCGG 6/6 H						M
11	CURATIVO DIÁRIO						
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS						SUSP
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.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	110x70	70	—	35°C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
12 H	100x70	70	—	36°C	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	100x70	61	—	36°C	
24 H	98x52	62	—	36,3°C	

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		10/12/2017		DN 11/01/1998	
PACIENTE		ELIAS MORAES ANDRADE					
AGNÓSTICO		FRATURA DE TORNOZELO (SUPRA SINDESMAL LONGA)					
ALERGIAS		HAS		SIM		DM2	
IDADE		19 ANOS		LEITO		404-1	
				DATA		17/12/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				SND	
2		SF0,9% 500ML EV 24/24h				SUSP	
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUP	
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				CONT	
6		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN	
7		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H 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					
10		SSVV + CCGG 6/6 H				Rohma	
11		CURATIVO DIÁRIO				M	
13		CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP	
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.

SOLICITADO :

CONDUTA : ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO



SINAIS V	PA	FC	FR		DrMARCELO MARQUES CRM 1918
6 H	ausente	do leito			Residência de Ortopedia e Traumatologia
12 H	127/69	65	20	36,1 C	
18 H	125/80	70	20	36,1 C	
24 H	ausente	do leito			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA		HGR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	04/12/2017	DN	11/01/1996
PACIENTE MARICA YANOMAMI					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE RADIO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	21 ANOS	HAS	DM2		
LEITO	412-2	DATA	18/12/2017		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO			
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h	SUSP			
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	SUSP			
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	SUSP			
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SUSP			
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H	SUSP			
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS	SUSP			
9	CAPTOPRIL 25 mg VQ SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SUSP			
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SUSP			
11	CURATIVO DIÁRIO	SUSP			
1	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS D8	SUSP			
14	GENTAMICINA 240NG EV. 1X/DIA D8	SUSP			
15		SUSP			
16		SUSP			
17		SUSP			
18		SUSP			
19		SUSP			
20		SUSP			
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

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

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

412
2

APB



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/12/2017	DN	11/01/1998
PACIENTE ELIAS MORAES ANDRADE					
AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO (SUPRA SINDESMAL LONGA)					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	19 ANOS	LEITO	404-1	DATA	18/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SND
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H S/N				SND
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SND
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
11	CURATIVO DIÁRIO				curativo
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
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.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

DrMARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SEMI SEGURADORA S/A

03 MAR 2018

RECEBIDO

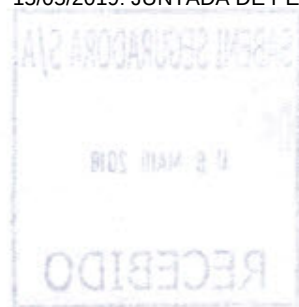
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto, Tel (95) 3121-0620
AUTENTICAÇÃO
03 MAR 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospi

CONFERE COM O ORIGINAL		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192		SABEMI SEGURADORA S/A 08 MAIO 2018 RECEBIDO					
FICHA DE ATENDIMENTO									
UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: <u>VERA Cruz / CASARIN</u>									
Paciente: <u>ELIAS MORAIS ANDRADE</u> Idade: <u>19</u> Sexo: <u>M</u>									
Nacionalidade: _____ Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia _____									
Endereço: <u>AV SEBASTIÃO DINIZ 12 / TACUTO - SÃO VICENTE</u>									
Ponto de referência: _____									
CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>19953</u>		DATA <u>10/12/17</u>		ACIONAMENTO: <u>12:29</u>				
	Médico (a) Regulador (a): <u>ALINA</u>				HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): _____				
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS								
	MECANISMO DE TRAUMA								
	AUTOMÓVEL		MOTO/BICICLETA		VIOLÊNCIA				
	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Acidente com moto X <u>carro</u>		☐ Agressão Física				
	☐ Atropelamento		☐ Queda de moto		☐ Espantamento				
	☐ Capotamento		☐ Com capacete		☐ FAF				
	☐ Colisão X		☐ Sem capacete		☐ Tentativa de suicídio				
	☐ Motorista		☐ Condutor		☐ Violência Doméstica				
	☐ Passageiro Dianteiro		☐ passageiro		☐ Violência Sexual				
	☐ Passageiro Traseiro								
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO INICIAL								
	Vias Aéreas		Ventilação		Circulação				
	☐ Apneia		☐ Abolida		☐ Arritmico				
	☐ Bradipnéia		☐ Ferida Aspirativa		☐ Ausente				
	☐ Dispneia		☐ Hipertimpanismo		☐ Bradicardia				
	☒ Eupneico		☐ M.V. Ausente		☐ Enchimento capilar > 2s				
	☐ Obstruída		☐ M.V. Diminuído		☐ Taquicardia				
	☐ Resp. Ruidosa		☐ Maciez						
	☐ Taquipnéia								
	SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	
Início	:	<u>70</u>		<u>98</u>	°C				
Fim	:				°C				
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					Tórax		Abdome	
	Pele		Cabeça		Face	Pescoço			
	☐ Cianótica		☐ Afundamento		☐ Contusão	☐ Desvio da traqueia	☐ Escoriações	☐ Distendido	
	☒ Corada		☐ Contusão		☐ Escoriações	☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Lacerações	☐ Doloroso	
	☐ Fria		☐ Escoriação		☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua	
	☐ Palida		☐ Fer. Penetrante		☐ Ferimento	☐ Lacerações	☐ Temponamento	☐ Escoriações	
	☐ Quente		☐ Hematoma		☐ Laceração		☐ Tórax instável	☐ Evisceração	
	☐ Úmida		☐ Laceração					☐ Lacerações	
	☐ Seca								
	Pelve		Coluna Dorsal		Membros				
☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Contusão		☒ Fratura <u>TORNOZELO</u>			
☐ Escoriações		☐ Hematoma		☒ Escoriações <u>MU 11</u>		☐ Amputação			
☐ Dor		☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa		☐ Lacerações		☐ Esmagamento			
☐ Instabilidade		☐ Deformidade		☐ Luxações		☐ Avulsão			
AVALIAÇÃO CARDÍACA					AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		
☐ Ritmo Sinusal					☐ Cardiovascular		☐ Alergias		
☐ Taquicardia					☐ Metabólica		☐ Cardiopatia		
☐ Bradicardia					☐ Neurológica		☐ Diabetes		
☐ Flutter					☐ Psiquiátrica		☐ HAS		
					☐ Respiratória		☐ Obstétrica		
					☐ Pediátrica		☐ Sequela AVC		
GRAVIDADE COMPROVADA					[] ILESO ☒ PEQUENA [] MÉDIA [] ÓBITO [] INDETERMINADA				
INCIDENTE	☐ Cancelamento		☐ Recusa de Atendimento		☐ Polícia Militar		☐ Guarda Municipal		
	☐ Não se encontrava no local		☐ Recusa de hospitalização		☐ SMTRAN		☐ Bombeiro		
☒ Frote		☐ Bombeiro no local		☐ PRF		☐ DETRAN			
RCP	☐ Iniciada as: _____		☐ RCP com sucesso		☐ RCP Não realizado				
	☐ Término as: _____		☐ RCP sem sucesso		OBS: _____				
DESTINO	☐ Atendido no local		☒ Grande Trauma		☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS		☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR		
	☐ Pronto Atendimento - PAAR		☐ Hosp. Coronel Mota - HCM		☐ Hosp. Santo Antônio - HC SA		☐ Hosp. Lotte Iris - HLI		
				☐ HMINSN		☐ Outros			

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

antas:60895845253,

15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR



CONFIRME COM O ORIGINAL

EM BRANCO

Rodrigues Pereira Martins
Assessoria Administrativa
Mat. 44560179 SAMU-RR

CONFIRME COM O ORIGINAL



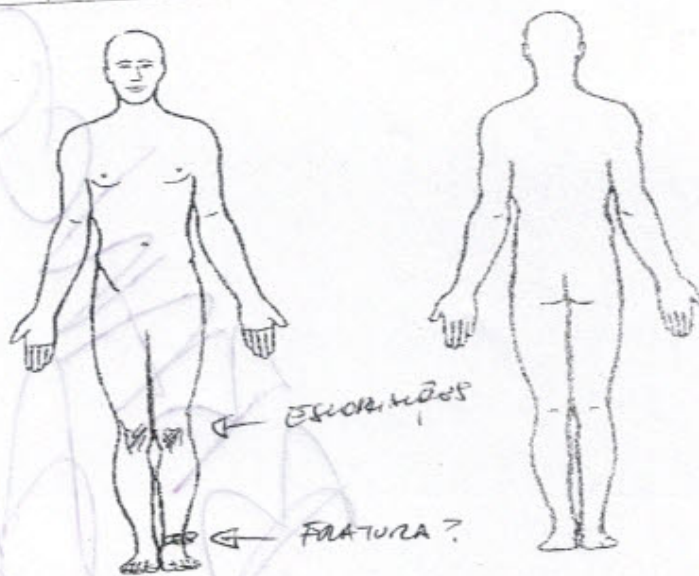
CIÉPA ENTPE TERMO DENT CE RECUSA E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

GESTANTE	
G p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
) Com cartão Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO
03 ATENDIM., 01 COLAR, 01 PRANCHA
LUVAS, SFSY.

Abrevis Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	2 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	5 pontos
	Localiza dor	2 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decoricação)	3 pontos
Resposta Verbal (V):	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sens incomprensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de colisão moto/carro; LOTE, SSV estáveis, apresenta enor
ção leve em mma e possível fratura de tornozelo @. Imobilizada
com colar cervical, mandíbula rígida, MIE com tala e renovação
GT/HGR conforme regulagem médica.

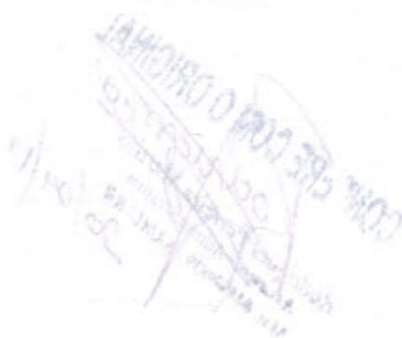
CONFERE COM O ORIGINAL
Rodrigo Pereira Martins
Assessor Técnico SAMU-RR
Mat. 44400199
20/04/19

SABEMI SEGURADORA S/A
08 MAIO 2018
RECEBIDO

Assinatura e carimbo do profissional
Vera Cruz G. Bezerra
Téc. Enfermagem/SAMU
COREN/RR 629.714

SEM BRANCO

Rodriguez Pereira Martins
Assessor Administrativo
Mat. 815590 - SAMURR





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ELIAS NORBERTO ANDRADE, 19 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 27 / 12 / 17, COM
DIAGNÓSTICO DE FRACTURA WEXLER TORNADO ESQUERDO

NO DIA 28 / 12 / 17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO FRACTURA WEXLER TORNADO ESQUERDO SENDO

OPERADO PELO DR. PATRICK RIBEIRO E DR. JONATHAN

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 11 / 01 / 18, ÀS 13:00 horas, COM
DR. PATRICK RIBEIRO

FO. LIMP, SECA, SEM SINAIS DE INFLAMAÇÃO

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. PELLO

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

BOA VISTA, 31 / 12 / 17

MÉDICO

antas:60895845253,

15/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR	
PACIENTE: <u>DR. JOSE CARLOS DA SILVA</u>	
DEPARTAMENTO: <u>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</u>	
DIAGNÓSTICO: <u>FRATURA de fêmur</u>	
NO DIA: <u>15/05/2019</u>	
OPERADO: <u>Sim</u>	
RECIBE A: <u>DR. JOSE CARLOS DA SILVA</u>	
BOM ESTADO: <u>Sim</u>	
COM ENFERMAGEM: <u>Sim</u>	
CORONEL: <u>Sim</u>	
DR. <u>JOSE CARLOS DA SILVA</u>	
FOTO: <u>Sim</u>	
ORIENTAÇÃO: <u>Sim</u>	
1- NÃO	
2- NÃO	
3- NÃO	
4- NÃO	
5- NÃO	
6- NÃO	
7- NÃO	
8- NÃO	
9- NÃO	
10- NÃO	
11- NÃO	
12- NÃO	
13- NÃO	
14- NÃO	
15- NÃO	
16- NÃO	
17- NÃO	
18- NÃO	
19- NÃO	
20- NÃO	
21- NÃO	
22- NÃO	
23- NÃO	
24- NÃO	
25- NÃO	
26- NÃO	
27- NÃO	
28- NÃO	
29- NÃO	
30- NÃO	
31- NÃO	
32- NÃO	
33- NÃO	
34- NÃO	
35- NÃO	
36- NÃO	
37- NÃO	
38- NÃO	
39- NÃO	
40- NÃO	
41- NÃO	
42- NÃO	
43- NÃO	
44- NÃO	
45- NÃO	
46- NÃO	
47- NÃO	
48- NÃO	
49- NÃO	
50- NÃO	
51- NÃO	
52- NÃO	
53- NÃO	
54- NÃO	
55- NÃO	
56- NÃO	
57- NÃO	
58- NÃO	
59- NÃO	
60- NÃO	
61- NÃO	
62- NÃO	
63- NÃO	
64- NÃO	
65- NÃO	
66- NÃO	
67- NÃO	
68- NÃO	
69- NÃO	
70- NÃO	
71- NÃO	
72- NÃO	
73- NÃO	
74- NÃO	
75- NÃO	
76- NÃO	
77- NÃO	
78- NÃO	
79- NÃO	
80- NÃO	
81- NÃO	
82- NÃO	
83- NÃO	
84- NÃO	
85- NÃO	
86- NÃO	
87- NÃO	
88- NÃO	
89- NÃO	
90- NÃO	
91- NÃO	
92- NÃO	
93- NÃO	
94- NÃO	
95- NÃO	
96- NÃO	
97- NÃO	
98- NÃO	
99- NÃO	
100- NÃO	

RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. JOSE CARLOS DA SILVA

Dr. JOSE CARLOS DA SILVA

Medico

RECEBIDO

08 MAI 2019

SECRETARIA DE SAÚDE

