


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
3ª Vara Cível
Processo 0817774-03.2019.8.23.0010
Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 10/06/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 10/06/2019 **Tipo Distribuição:** Redistribuição por Prevenção

Parte(s) do Processo
Tipo: Promovente

Nome: Adenilton Mariano da Silva

Data de Nascimento: 20/05/1998 **RG:** 4956788 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 039.179.412-44

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1832NRR MARLON TAVARES DANTAS

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

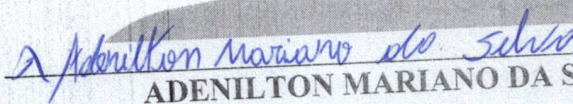
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **ADENILTON MARIANO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, Autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 495678-8 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 039.179.412-44, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Padre R Silvestre nº 770, Bairro: Centro, CEP: 69.340-000, Tel: (95) 99122-7973, E-mail: adeniltonmariano@outlook.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 judícia**”, 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, 17 de abril de 2018.


ADENILTON MARIANO DA SILVA



POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 495678-8

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2015

NOME ADENYTON MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO ADENYTON DINIZ DA SILVA

ANTÔNIA SUELI DA SILVA MARIANO

NATURALIDADE MUCAJÁ - RR

DOC. ORIGEM CERTO NASC 4942 FLS 43 V LIV A 5

MUCAJÁ - RR

DATA DE NASCIMENTO 20/05/1998

039.179.412-44

Hênio Staulo Lima Andrade
Diretor do I/O

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1 VIA

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

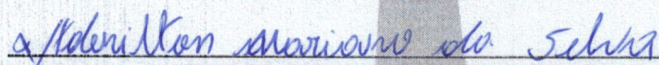
ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ADENILTON MARIANO DA SILVA, brasileiro, solteiro, Autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 495678-8 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 039.179.412-44, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Padre R Silvestre nº 770, Bairro: Centro, CEP: 69.340-000, Tel: (95) 99122-7973, E-mail: adeniltonmariano@outlook.com.

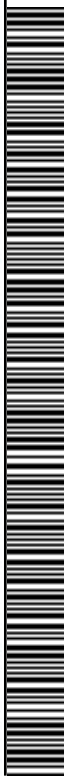
Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 17 de abril de 2018.


ADENILTON MARIANO DA SILVA



POLEGAR DIREITO



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **0142938-8**

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

Nº da Nota Fiscal **000476262**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh): 340
TOTAL A PAGAR (R\$): 201,89

CONTA MÊS
VENCIMENTO
MARCO/2018
11/04/2018

PEDRO SILVA ROSA
AV PADRE R SILVESTRE 770 3 CENTRO
CPF: 00091136245200
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

ROT: 214.035.14.07.188030

DADOS DA LEITURA		kWh*		kVAsh	
Atual:	2833				
Anterior:	2493				
Constante de Multiplicação:	1,000				
Consumo Medido:	340				
Consumo Faturado:	340				

FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	23/03/2018
Anterior:	23/02/2018
Próxima Leitura:	24/04/2018
Emissão:	22/03/2018
Apresentação:	23/03/2018
Dias de Consumo:	28

Forma de Faturamento: **NORMAL** Fator de Potência:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste
RESIDENCIAL	BI	TDB1613865	

Código Fat. **1.1.1.2** Média 12 meses **249**

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	
FEV/18	311
JAN/18	384
DEZ/17	112
NOV/17	59
OUT/17	86
SET/17	331
AGO/17	348
JUL/17	223
JUN/17	315
MAI/17	324

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 340 - 0,456770

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 340 A R\$ 0,570386 = 193,93
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,96

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 22/03/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 18D5.1E84.F3D7.652F.8AB8.0BCF.F6F4.07F3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	58,25
Energia:	93,18
Transmissão:	0,00
Encargos:	3,88
Tributos:	38,62

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	193,93
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	32,96
Valor do PIS:	1,07
Valor do COFINS:	4,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE*								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta							01/2018	EUSD: 0,00

ROT: 214.035.14.07.188030

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO **0142938-8**
MÊS FATURADO **03/2018**
Nº da Nota Fiscal: **000476262** FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$
201,89
VENCIMENTO
11/04/2018

ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ADENILTON MARIANO DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 495678-8 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 039.179.412-44, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Padre R Silvestre nº 770, Bairro: Centro, CEP: 69.340-000, Tel: (95) 99122-7973, E-mail: adeniltonmariano@outlook.com.

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, 17 de Abril de 2018.

Adenilton Mariano da Silva
ADENILTON MARIANO DA SILVA



POLEGAR DIREITO

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Adenilton mariano da Silva, CPF nº 039.179.412-44

Residente e domiciliado à rua Av. Padre R. Silvestre, nº 770, bairro

Centro, na cidade de Boa Vista,
estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo
atividade de mecânico recebendo uma renda mensal
em média de R\$ 937,00, 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.

DATA 17 / 04 / 2018

Adenilton mariano da Silva
ADENILTON MARIANO DA SILVA



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 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.

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.

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: **212.01889.59-8**

NUMERO: **4426454** SERIE: **0040** RF: **RF**

Adenilton Mariano da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

FOTOGRAFIA DO TITULAR

FOTOGRAFIA DO EMPREGADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADENILTON MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO: **ADENILTON DA SILVA**

NASCIMENTO: **20/05/1995**

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

NATURALIDADE: **BAHIA VISTA**

MUNICÍPIO: **MUCAMAL, BR**

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1998

CPF: **038.17.941.29-1**

TIT. ELEITOR: **---**

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: **SRT/RR - 19/03/2014**

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

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

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO

B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - RESCISÃO VOLUNTÁRIA



CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR..... CGC/CNPJ/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO.....UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO N°.....	EMPREGADOR..... CGC/CNPJ/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO.....UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO N°.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO N°.....FIS. / FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO N°.....FIS. / FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....
COM. DISPENSA CD N°..... FGTS N° DA CONTA.....	COM. DISPENSA CD N°..... FGTS N° DA CONTA.....
12	13

CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR..... CGC/CNPJ/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO.....UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO N°.....	EMPREGADOR..... CGC/CNPJ/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO.....UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO N°.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO N°.....FIS. / FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO N°.....FIS. / FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... ASS. DO EMPREGADOR OU ATO DO C. TESTEMUNHA.....
COM. DISPENSA CD N°..... FGTS N° DA CONTA.....	COM. DISPENSA CD N°..... FGTS N° DA CONTA.....
14	15



CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR CGC/CNPJ/CEI ENDEREÇO MUNICÍPIO ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO N°	EMPREGADOR CGC/CNPJ/CEI ENDEREÇO MUNICÍPIO ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N° FLS / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA	DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N° FLS / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA		
DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA	DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA		
COM DISPENSA CD N° FLTS N° DA CONTA	COM DISPENSA CD N° FLTS N° DA CONTA		
12	13		

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR CGC/CNPJ/CEI ENDEREÇO MUNICÍPIO ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO N°	EMPREGADOR CGC/CNPJ/CEI ENDEREÇO MUNICÍPIO ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N° FLS / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA	DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N° FLS / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA		
DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA	DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOO C/TESTEMUNHA		
COM DISPENSA CD N° FLTS N° DA CONTA	COM DISPENSA CD N° FLTS N° DA CONTA		
14	15		



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1368 **/2016 - Boa Vista-RR, em**
11/05/2016.

COMUNICANTE: ANTONIA SUELI DA SILVA MARIANO

RG: 154502

O. EXP.: SSP-RR

CPF.: 662.074.362-53

ENDEREÇO: AV. DEUSDETE SOARES MEDRADA

Nº: 138

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: MUCAJAI

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE: QUIXERAMOBIM

ESTADO: CE

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL **TELEFONE:** (95) 99172-1993 / 99127-5231 **Nº REG. CNH:** NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSE ALMEIDA DUARTE MARIANO

NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18:00 do dia 10/04/2016, na AV: Deusdete Soares Medrada, Bairro Centro, Município: Mucajai-RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que seu Filho o menor ADENILTON MARIANO DA SILVA portador da cédula de identidade RG Nº: 495678-8 e inscrito no CPF Nº: 039.179.412-44 estava pilotando a motocicleta YAMAHA / T115 CRYPTON ED placa: NAO - 1193 CHASSI: 9C8KE1550C0005806 de propriedade da Srª MARIA APARECIDA DA SILVA pela avenida acima citada quando o carro CHEVROLET - S10 DE COR PRATA e PLACA NÃO IDENTIFICA invadiu a preferencial onde o comunicante não tendo como desviar colidiu na lateral esquerda do referido veículo que logo após o fato foi socorrido e levado ao Hospital Jose Guedes Catão por terceiros e logo após transferido ao PSE - HGR pela equipe do SAMU, é o que tem a relatar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Antônia Sueli da Silva Mariano

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."

**DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

18.05.16

DAT

Antônia Sueli da Silva Mariano
Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

• RG E CPF

• CNH

• CRLV

• PRONTUARIO MEDICO

• ROP/PM OU BAT/PRF

• FICHA DO SAMU OU RESGATE

• COMPROVANTE DE ENDEREÇO

18 MAIO 2016

AGENTE DE POLICIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
AMAZONIA: Patrimônio dos brasileiros
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU/192/ESTADUAL

FICHA DE ATENDIMENTO

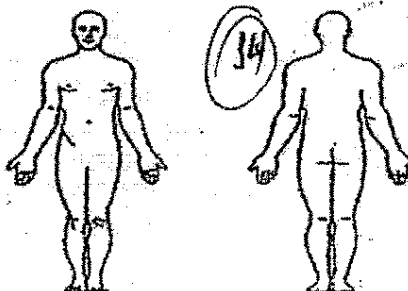
Identificação	UNIDADE: <u>SAMU</u>	MUNICÍPIO: <u>Macapá</u>	EQUIPE: <u>TCC - Wilton e M. J. J. J.</u>
	PACIENTE: <u>ADENILTON MARIANO DA SILVA</u>		IDADE: <u>73</u> SEXO: <u>Masculino</u>
chamada	ENDEREÇO: <u>Nº 6466</u>		DATA: <u>10/04/16</u>
	MÉDICO REGULADOR DR: <u>Anelke</u>	HORÁRIO: <u>18:27</u>	
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ OUTRO			
Avaliação no local da ocorrência (No cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA		
	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA
	☒ CAPOTAMENTO ☒ ATROPELAMENTO ☒ COLISÃO <u>com moto</u> ☐ MOTORISTA ☐ PASSAGEIRO BANCO DIANTEIRO ☐ PASSAGEIRO BANCO TRASEIRO	☐ USO DO CINTO ☐ VÍTIMA PROJETADA ☐ VÍTIMA ENCARCERADA ☐ AIR BAG	☒ ACIDENTE COM MOTO ☐ CONDUTOR ☐ CARONA ☒ COM CAPACETE ☐ SEM CAPACETE
	☐ VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ FAF ☐ ESPACAMENTO ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL ☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS		
OUTROS			☐ AC. DE TRABALHO ☐ LOCAL ☐ TRAJETO ☐ QUEDA ALTURA APROX. ☐ ACC. DOMÉSTICO ☐ QUEIMADURA AGENTE ☐ AGRESSÃO P/ ANIMAL ☐ OUTROS
AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉRIAS		VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO
☒ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ RESP. RUIDOSA ☐ OBSTRUÍDO ☐ APNEIA ☐ OUTROS		☐ M.V. DIMINUÍDO ☐ M.V. AUSENTE ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACÍCEZ ☐ FERIDA ASPIRATIVA ☐ OUTRO	☐ BRADICÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ ARRÍTMICO ☐ ENCHIMENTO ☐ CAPILAR ACIMA DE 2º ☐ AUSENTE ☐ OUTROS
☒ AVDN <u>(AV)</u> ☐ MIÓSE ☐ MIDRIASE ☐ ANISOCARIA ☐ OTORRÉIA ☐ OTORRAGIA		☐ RINORRAGIA ☐ APARENTEMENTE ☐ ALCOOLIZADO ☐ DNV ☐ OUTROS	
SINAIS VITAIS E ESCORES			
HORA	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R bpm
INÍCIO			
FIM	<u>130x80</u>		<u>20</u>
SAR 82% T. AXIL C			
<u>36</u>			
GLUCEMIA TRUQA APGAR			
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA			
PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO
☐ CORAÇÃO ☐ QUENTE ☐ FALSA ☐ FRIA ☐ HUMIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AFIANDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE ☐ OUTROS	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ FERIMENTO OCULAR ☐ OUTROS	☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUEIA ☐ EDEMA SUB-CUTANEO ☐ OUTROS
TÓRAX		ABDOMEN	
☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RES. PARADOXAL ☐ ITAMPONAMENTO ☐ OUTROS		☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO ☐ OUTROS	
PELVE		COLUNA DORSAL	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIZADOR		☐ CONTUSÃO ☐ HEMATOMA ☐ DOR	
MEMBROS		TEMPERATURA	
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÕES ☐ LUXAÇÕES		☒ 36.2º Esquerdo	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA	
☐ RITMO SINUSAL ☐ TAQUICARDIA ☐ BRAQUICARDIA ☐ FLUTER ☐ FIBRILAÇÃO ATRIAL ☐ FIBRILAÇÃO VENTRICULAR ☐ ASSISTÓLIA		☐ RESPIRATORIA ☐ NEUROLÓGICA ☐ PSIQUIATRIA ☐ METABÓLICA ☐ CARDIOVASCULAR ☐ ABORTO	
HISTÓRIAS PEGRESSA		HISTÓRIAS PEGRESSA	
☐ DIABETES ☐ CARDIOPATIA ☐ HAS ☐ MEDICAÇÕES		☐ DERMATOLÓGICAS ☐ OUTROS	
GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☐ PEQUENO ☐ MÉDIA ☐ SEVERA ☐ MORTE ☐ INDETERMINADO ☐ OUTRO			

Dr. José G. de Souza
MÉDICO
CRM 192

ASSINATURA E CARIMBO (UNIDADE DE DESTINO)

INCIDENTE	☐ CANCELAMENTO ☐ RECUSA DE ATENDIMENTO ☐ NÃO SE ENCONTRAVA NO LOCAL ☐ RECUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ☐ TROTE ☐ BOMBEIRO NO LOCAL ☐ OUTROS: _____		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ GUARDA MUNICIPAL ☐ SMITRAN ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS: _____		
	RCT ☐ INÍCIO DO AS _____ ☐ TÉRMINO DO AS _____ ☐ RCT COM SUCESSO ☐ RCT SEM SUCESSO OBSERVAÇÃO: _____		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA _____ _____ _____		
DESTINO	☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☒ TRAUMA (HCR) ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ CORONEL NETA ☐ COSME E SILVA		☐ FICSA ☐ ALTERNIDADE (HAID) ☐ UML DE SAÚDE DO MUNICÍPIO ☐ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: _____		
	DESCRIÇÃO: NOME DO RECEPTOR: FUNÇÃO DO RECEPTOR: ASSINATURA DO RECEPTOR: DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/ESTADUAL NESTA OPORTUNIDADE. ASSINATURA DO PACIENTE: REGISTRO CENAL: _____				
TÉCNICA INSTITUÍDA PELO MÉDICO REGULARADOR	REPOSIÇÃO VOLUMÉICA	VOLUME	DOSE	VIA	HORÁRIO
	Ringer Lactato Solução Histoquímica 0.9% Solução Glucosada 5% Concentrados Outros: _____	500	62	EV	
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO			
IC POR SEMANA: _____		MOVIMENTOS FETAIS: _____			
PERDA DE LÍQUIDO: _____		BCF: _____			
☐ COM CARTÃO		☐ SEM CARTÃO			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
ABERTURA OCULAR	ADULTO	MEIORES DE 12 ANOS	ESCALA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA A (mmHg)	10-24	25-35	36-45
	ABRE ESPONTANEAMENTE	ABRE ESPONTANEAMENTE	4		1	2	3
MELHOR RESPOSTA VERBAL	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	3	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (mmHg)	46-55	56-65	66-75
	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	2		76-85	86-95	96-105
MELHOR RESPOSTA MOTORA	NÃO ABRE OS OLHOS	NÃO ABRE OS OLHOS	1	ESCALA DE GLASGOW	14-15	16-17	18-20
	ORIENTADO	ORIENTADO	5		21-24	25-28	29-32
	CONFUSO	CONFUSO	4		33-36	37-40	41-44
	INCONTINÊNCIA DE URINA	INCONTINÊNCIA DE URINA	3		45-48	49-52	53-56
	INCONTINÊNCIA DE FEZES	INCONTINÊNCIA DE FEZES	2		57-60	61-64	65-68
	MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS	MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS	6		69-72	73-76	77-80
	LOCALIZA A DOR	LOCALIZA A DOR	5		81-84	85-88	89-92
	RETIRA A DOR	RETIRA A DOR	4		93-96	97-100	101-104
	FLEXÃO NORMAL	FLEXÃO NORMAL	3		105-108	109-112	113-116
	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO ANORMAL	2		117-120	121-124	125-128
	EXTENSÃO A DOR	EXTENSÃO A DOR	1		129-132	133-136	137-140
	EXTENSÃO ANORMAL	EXTENSÃO ANORMAL	1		141-144	145-148	149-152



OBSERVAÇÃO: Paciente vítima de acidente com moto sem capacete, hematomas parietais, confusão mental. Fratura em pé (E).

Dr. Natália Serafim
CRM-RR-12345
PSIQUIATRA

HJGC-Hospital Jose Guedes Catao

NATALIA SERAFIM

27

REGISTRO Nº
16.008587

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE ADENILTON MARIANO DA SILVA	CNS NATURALIDADE BOA VISTA	DATA NASCIMENTO 20/05/1998	IDADE 17a	DOCUMENTO Ignora
TELEFONE 91471825	SEXO 1 ☒ MASC 3 ☐ FEM	1 ☐ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☒ OUTROS		
PATRI PAI	MÃE ANTONIA SUELI DA SILVA MARIANO			
ENDEREÇO AV DEUSDESTE MEDRADA, 138	BAIRRO SAGRADA FAMILIA	CIDADE MUCAJAI	U.F. RR	
EMERGENCIA I 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS	MOTIVO DO ATENDIMENTO DATA DO ATENDIMENTO 10/04/2016 HORA 18:47			
SADI - EXAMES COMPLEMENTARES 1 ☐ RAO X 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TOMOGRAFIA 4 ☐ LINGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ FCO ☐ OUTROS				

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Pavut vtrc de acidente em moto
na esquadra, amputado braço

DATA/HORA/CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS
Intal amputado e fratura parietal
a E (ABC 00) GCS = 13
CÓDIGO ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA
amputado a fratura de p e
cd = (número) em relação a TRAUMA (Nº 12)
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DATA HORA

PREScrição O Drono 1g A + Troca ra 1g A.	FARMACIA PA = 190 x 100
--	-----------------------------------

OBSERVAÇÃO: (ATE 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA:
PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO
DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 2 ☐ INE 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
DATA E HORA DO ÓBITO:

Guia 16008587 registrada por MOTA

CONFERE COM ORIGINAL

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69 340-000
Mucajaí - RR

... Guia de Atendimento 02 ...

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



FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07		30
1600573530	10/04/2018 20:01:17	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Paciente		20/05/1998	17 A 10 M 21 D	898004001460221		00076433
ADENILTON MARIANO DA SILVA	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
Documento	SSP RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR
IDENTIDADE 4956788						Contato
Mãe						(95) 99172-1993
ANTONIA SUELI DA SILVA MARIANO						Ocupação
Endereço	AVENIDA - DEUSDETE MEDRADA - 138 - CENTRO - MUCAJAI - 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					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL		JOANA			
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)

último acidente de moto c/ fraturas de

Exame Físico

Boa, brn, n.p.p., t.p.p.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de

Jean E. Gadelha

Mat. 40001351

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG SAME/HGR ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Para X-ray 30 7
Difusão 18 7

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto, Tel (95) 3361-0000
AUTENTICACAO

12 MAR 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado nesta data

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
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 Médico



1600573530

Impresso por: joana
Data Hora: 10/04/2016 20:04:22

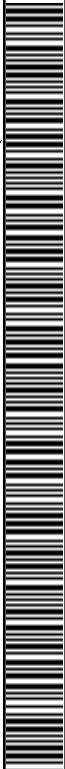
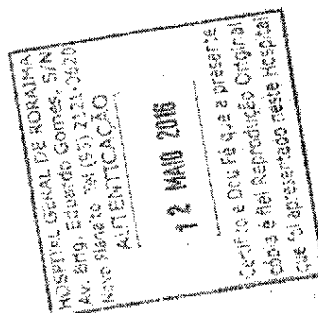
11. 25

Fuente de Trabajo (C) en Absorcion de
Pines + leños de P. CD. Alunos + profesor
CP: la T. en el

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635

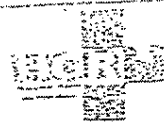
no ec

Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatología
CRM-RR 1635



SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
26 - DOCUMENTO					
28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 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 ATÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CHES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CHES	
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
6 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				10 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
23 - CLÍNICA					
24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
25 - DOCUMENTO					
26 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
29 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
30 - CNPJ DA SEGURADORA					
31 - CNPJ DA EMPRESA					
32 - CNPJ DA EMPRESA					
33 - CNPJ DA EMPRESA					
34 - CNPJ DA EMPRESA					
35 - CNPJ DA EMPRESA					
36 - CNPJ DA EMPRESA					
37 - CNPJ DA EMPRESA					
38 - CNPJ DA EMPRESA					
39 - CNPJ DA EMPRESA					
40 - CNPJ DA EMPRESA					
41 - CNPJ DA EMPRESA					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNPJ DA EMPRESA					
44 - CNPJ DA EMPRESA					
45 - CNPJ DA EMPRESA					
46 - CNPJ DA EMPRESA					
47 - CNPJ DA EMPRESA					
48 - CNPJ DA EMPRESA					
49 - CNPJ DA EMPRESA					
50 - CNPJ DA EMPRESA					
51 - CNPJ DA EMPRESA					
52 - CNPJ DA EMPRESA					
53 - CNPJ DA EMPRESA					
54 - CNPJ DA EMPRESA					
55 - CNPJ DA EMPRESA					
56 - CNPJ DA EMPRESA					
57 - CNPJ DA EMPRESA					
58 - CNPJ DA EMPRESA					
59 - CNPJ DA EMPRESA					
60 - CNPJ DA EMPRESA					
61 - CNPJ DA EMPRESA					
62 - CNPJ DA EMPRESA					
63 - CNPJ DA EMPRESA					
64 - CNPJ DA EMPRESA					
65 - CNPJ DA EMPRESA					
66 - CNPJ DA EMPRESA					
67 - CNPJ DA EMPRESA					
68 - CNPJ DA EMPRESA					
69 - CNPJ DA EMPRESA					
70 - CNPJ DA EMPRESA					
71 - CNPJ DA EMPRESA					
72 - CNPJ DA EMPRESA					
73 - CNPJ DA EMPRESA					
74 - CNPJ DA EMPRESA					
75 - CNPJ DA EMPRESA					
76 - CNPJ DA EMPRESA					
77 - CNPJ DA EMPRESA					
78 - CNPJ DA EMPRESA					
79 - CNPJ DA EMPRESA					
80 - CNPJ DA EMPRESA					
81 - CNPJ DA EMPRESA					
82 - CNPJ DA EMPRESA					
83 - CNPJ DA EMPRESA					
84 - CNPJ DA EMPRESA					
85 - CNPJ DA EMPRESA					
86 - CNPJ DA EMPRESA					
87 - CNPJ DA EMPRESA					
88 - CNPJ DA EMPRESA					
89 - CNPJ DA EMPRESA					
90 - CNPJ DA EMPRESA					
91 - CNPJ DA EMPRESA					
92 - CNPJ DA EMPRESA					
93 - CNPJ DA EMPRESA					
94 - CNPJ DA EMPRESA					
95 - CNPJ DA EMPRESA					
96 - CNPJ DA EMPRESA					
97 - CNPJ DA EMPRESA					
98 - CNPJ DA EMPRESA					
99 - CNPJ DA EMPRESA					
100 - CNPJ DA EMPRESA					



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Marcelo de F. Silva 17 AN
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10, 04, 2016
DIAGNÓSTICO DE fratura de tornozelo esquerdo

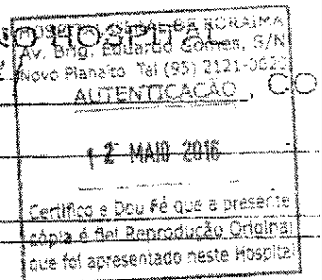
NO DIA 12, 04, 2016 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO D
Plataforma fixa do tornozelo esquerdo

OPERADO PELO DR. Alfonso E DR. Guilherme

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14, 04, 2016 AS 13:30
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA 13
ORDENEL MOTA NO DIA 26 de 2016

DR. Alfonso



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

Dr. Wilber Dantas
Assistente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton Moura de Silva LEITO: 2206
DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 13/04/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <i>sem KPA</i>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h <i>SUSA</i>	(12-18-24-06)																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	18-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>Sr</i>	18-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th>S/N</th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Ruyardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 13 MAIO 2016 ROTINA Certifico e Deito que a presente Cópia foi Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital	S/N	GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
S/N	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	<i>Cefazolin 1g EV 8/8h</i>																														
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	130 x 70 mmHg	75	—	36,8
18:00	111 x 86	98	19	35,1
24:00	134 x 86	85	—	36,0
06:00	142 x 92	64	—	36,0

Dr. Ruyardo Gomes
CRM 1615

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton Miranda da Silva

LEITO: 220-6

DIAGNÓSTICO: _____

DATA: 13/04/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <u>2^a RPA</u>	SND 12 - 24																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 18 - 24 - 06																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h <u>SUSA</u>	10 - 22																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	06																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	S/N																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	12 - 18 - 24 - 06																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	14 - 22 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <u>S</u>	SN																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																													
10	Glicemia capilar (____). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA -</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA -	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA -	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Sny. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0622 AUTENTICAÇÃO																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA 7-2 MAIO 2016																													
13.	<u>Clonazepam 1g EV 8/8h</u>	Certifico e Dou Fé que a presente cópia e fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital																													
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

Dr. Ademilton Miranda da Silva
Res. de Ortopedia e Traumatologia
Data: 13/04/16

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	F. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ademilton M. de Silva LEITO: 270-6
 DIAGNÓSTICO: fr. do tornozelo E DATA: 12/04/2010

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	CRIS 12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	CRIS 12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	CRIS 10-24																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	CRIS S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SND																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	SND																													
<table><tr><th>GLICEMIA -</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA -	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td>87</td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td>90</td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00	87		24:00			06:00	90	
GLICEMIA -	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00	87																														
24:00																															
06:00	90																														
11	Curativo diário 1x ao dia	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO M ROTA 12/04/2010																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13																															
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:

Marlon Tavares Dantas
 Residente de Ortopedia e Traumatologia HGR
 CRM 1830

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	140 x 80	80	-	36,3°C
18:00	140 x 80	80	20	36,7°C
24:00	128 x 79	81	20	36,8°C
06:00	124 x 75	84	20	36,7°C



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRUR

NOME DO PACIENTE	APT° CU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA
ALDO ALVES DA SILVA	22-1	0007493	15/05/19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
HERNIA P. FEM. E TENDÃO LL (C)	INÍCIO 09:15 FIM 10:55

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA
DR. ALBERTO	DR. ADRIANO
1° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
DR. ALBERTO	
2° AUXILIAR	CIRCULANTE
	DR. ALBERTO

Q	TIPO DE ANESTESIA	MATERIAIS	VALOR	QUANTID	MEDICAMENTOS	VALOR
1	TOPICAL	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
		CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500ml
		CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
		CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
		CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
		CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			XILOCAÍNA %cc	
		CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLAXEDIL	
		FIOS DE SEDA N°			ELUOTHANE	
		FIOS DE ALGODÃO N°			PENTRANE	
		MONONYLON COM AGULHA			ENTRANE	
		MONONYLON SEM AGULHA			ÉTER	
		UNIDADES DE GAZE			ATROPINA	
		PARES DE LUVAS N°			PROSTGMINÉ	
		EQUIPOS PARA SORO			THIONEMBUTA	
		ROLOS DE ESPARADRAPO			MARCAÍNA	
		DRENOS N°			INOVAL	
		SONDAS N°			GLICOSE %	
		AGULHAS			ÁGUA OXIGENADA	
		COMPRESSAS			MERTHIOLATE	
		LÂMINAS PARA BISTURI			MERCÚRIO CROMO	
		SOMA			SOMA	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 579
Novo Planalto Tel (95) 3321-3620
AUTENTICAÇÃO
12 MAIO 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA	
FIM DE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO



PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	PRO	PRO
			Avallar preparo operatório		
			Orientar paciente sobre a que durante e sua permanência no C.C.		
			Encaminhar paciente a sala de cirurgia		
			Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente		
			Mantiver paciente coberto sem camisa		
			Instalar monitores e oximetria de pulso		
			Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica		
			Seguir rotina de instalação de cuidados com a pele e infecção		
			Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/2 hora		
			Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PC		
			Comunicar Enfermagem se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres		
			Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PFC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 3h, 5h/50 min 2h, 1/2 hora em diante.		
			Anotar e comunicar a enfermagem alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, saturação alterações no nível de consciência).		
			Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.		
			Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.		
			Realizar controle da dor, proporcionar relaxamento e conforto ao paciente no leito.		
			Mantiver curativos e drenos com vistas a prevenção de infecção.		
			Mantiver grades dos leitos elevadas.		
			Preparar paciente para alta do C.C.		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (93) 2121-3683
AUTENTICAÇÃO
12 MAIO 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
de foi apresentada neste Hospital



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adriano José da Silva
Cirurgião Responsável: Dr. Adriano José da Silva

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)
☒ PACIENTE CONFIRMOU
• Identidade
• Sítio Cirúrgico
• Procedimento
• Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica
☐ Não se Aplica

☒ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 10/06/19
Assinatura e Carimbo: Adriano José da Silva Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Adriano José da Silva
PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
• Identificação do paciente
• Sítio cirúrgico
• Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações:

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☐ Sim
☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☐ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

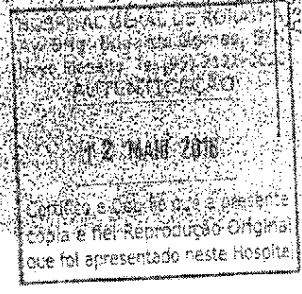
SAÍDA (Sala Pós-Operatória)
OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE



Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

OSTEO DE FÊMUR ESQUERDA

Data: 23/04/16

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: ANDRÉ MARIANO DA SILVA

Bloco: TS Enfermaria 216 Leito: 06

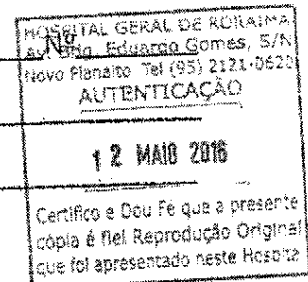
Caixa: Tipos de materiais

Circulante: Deleite Sala _____

Conferencia Expurgo - CME: _____

Material Utilizado:

Placa superior de 8 furos
Parafusos Corticais 3x 121 1414
16
18
Parafusos Corticais 4x 5 601



Médico Responsável

Dr. Rodrigo A. Melo
Residência de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

SINISTRO 3160585686 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADENILTON MARIANO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADENILTON MARIANO DA SILVA

CPF/CNPJ: 03917941244

Posição em 17-03-2017 12:33:01

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/03/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

