



PROCURAÇÃO "AD JUDITIA"

Outorgante: ELIENE PEREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, desempregada, portadora da carteira de identidade RG Nº 507167-4 SSP/RR e inscrita no CPF sob o Nº 702.805.512-40, residente e domiciliada nesta Cidade, na RUA C, Nº 760, NO BAIRRO SUCLANBIA, CEP. 69.373-000, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, ESTADO DE RORAIMA.

Outorgado: RENATA SOUZA DA ROCHA, brasileiro, solteira, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1589, ANA KAROLINE LEITÃO VALE, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1669 e MAYCON QUARESMA LEITÃO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob Nº 1974, com escritório localizado no endereço Rua Santa Clara, Nº 593, Bairro: Centenário, CEP. 69.312-635, Boa Vista – RR, Telefones: (95) 99119-0429, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o (a) 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 juditia", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber e dar quitação.

Boa Vista - RR, 28 de abril de 2019.



Eliene Pereira da Silva

RUA SANTA CLARA, 593, CENTENÁRIO - BOA VISTA-RR
(95) 9119-0429 | (95) 9113-3533 | (95) 9115-0318



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: : ELIENE PEREIRA DA SILVA, brasileira,
SOLTEIRA, DESEMPREGADA
, portadora da carteira de identidade RG Nº 507167-4 SSP/RR e inscrita no CPF sob
o Nº 702.805.512-40, residente e domiciliada nesta Cidade, na RUA C, Nº 760,
NO BAIRRO SUGLAMBIA, CEP. 69.373-000, NO MUNICÍPIO DE
BOA VISTA, ESTADO DE RORAIMA.

Declaro, para os devidos fins e a quem interessar que sou pobre no
conceito legal, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas
processuais, com isto necessitando do abrigo da lei 1.060/50 e Art. 98 do Novo
Código de Processo Civil.

Boa Vista - RR, 28 de abril de 2019.

Eliene Pereira da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polgar Direto



Eliene Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 507167-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/2016

NOME ELIENE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

ELIZETE PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE TUCURUI - PA DATA DE NASCIMENTO 28/06/1983

DCC. ORIGEM CERTO NASC 3682 FLS 139 LIV A-71

ITAITUBA-PA

CPF 702.805.512-40

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Policial da Polícia Civil
Diretor do ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.1

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 702.805.512-40

Nome ELIENE PEREIRA DA SILVA

Nascimento 28/06/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 80BD.E569.95A5.7329

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:47:35 do dia 11/12/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR





CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-619

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

698709

Abril/2019

Dados do Cliente:

ANTONIO IVANILSON SALES MELO

Endereço para entrega:

RUA C, NUM. 760 - SUELÂNDIA RORAIMA, NOBOLIS
RR 69373-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
014.009.008.0300.000	3	1325	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0

LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201903	13-0
201902	13-0
201901	13-0
201812	13-0
201811	13-0
201810	13-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.

AMOSTRAS					
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

DESCRICAO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

10 M3 23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2019

0,47

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

VENCIMENTO:

20/05/2019

TOTAL A PAGAR

24,30

AVISO: EM 03/03/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
698709	04/2019	20/05/2019	24,30



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 78.372

Série

000392/88

ASSINATURA DO PORTADOR
Helene Ferreira da Silva



12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Nº

Rua

Est.

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Nº

Município

Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

PM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP										RR	
Data:		Unidade:	Localidade:	VTR:	KMI:	KMF:	Horainicial:	HoraFinal:	Cod Ocor:	CodProv:	Cód ServPrest:		
24/12/2018		3ª CIPM	RORAINÓPOLIS	FT 03	15.630	15.643	02:00	04:00	1001-1003	13999			
LOCAL DA OCORRÊNCIA													
End:		BR 174 FRENTE A A PEIXADA DO ARAÚJO N:		S/N		Bairro:		PARK AMAZÂNIA		Referência:			
PESSOAS RELACIONADAS													
Envolvido	Nome: ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA					Idade:	26	Estado Civil	CASADO				
1	Endereço	RUA HILDEMAR P. DE FIGUEIREDO			Nr:	S/N	Bairro:	CAMPOLÂNDIA	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF: RR		
	Profissão:	ELETRICISTA		RG:		SSP:	CPF:	CNH:		Cat:			
Envolvido	Nome: ANTONIO IVANILSON SALES MELO					Idade:	45	Estado Civil	SOLTEIRO				
2	Endereço	RUA C			Nr:	S/N	Bairro:	SUELÂNDIA	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF: RR		
	Profissão:	AUTÔNOMO		RG:		SSP:	CPF:	CNH:		Cat:			
Envolvido	Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA					Idade:	35	Estado Civil	SOLTEIRA				
3	Endereço:	RUA C			Nr:	S/N	Bairro:	SUELÂNDIA	Cidade:	RORAINÓPOLIS	UF: RR		
	Profissão:	AUTÔNOMO		RG:		SSP:	CPF:	CNH:		Cat:			
4	Nome:					Idade:		Estado Civil:					
	Endereço:				Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:		
	Profissão:			RG:		SSP:	CPF:	CNH:		Cat:			
5	Nome:					Idade:		Estado Civil:					
	Endereço:				Nr:		Bairro:		Cidade:		UF:		
	Profissão:			RG:		SSP:	CPF:	CNH:		Cat:			
ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:													
Confere Com o Original Data: 13/05/2019 h: 11:04 Ass:  Péricles Dias de Araújo CAP QOCPM MAT. 047001028													
HISTÓRICO:													
Senhor Delegado de Polícia Civil de Rorainópolis, recebemos uma ligação de uma vítima através do telefone 190, informando que tinha acontecido um acidente de trânsito no endereço e horário supracitados. Logo após recebemos a ligação, fomos imediatamente até o local e constatamos a veracidade do fato, chegamos ao local encontramos as 03 vítimas citadas nos campos (01), (02) e (03) deste ROP caída do chão e duas motocicletas, sendo que tinha duas vítimas caídas no meio do asfalto, uma delas, já estava sendo socorrida pelo RESGATE do Corpo de Bombeiros e 3ª vítima estava caída fora estrada, logo em seguida chegou uma Viatura do SAMU que ajudou na remoção das vítimas para o Pronto Socorro do Hospital local. Nenhuma das vítimas repassaram informações do acidente, pelo estado que elas se encontravam, mas populares presente no local do acidente, nos informaram que as duas motocicletas envolvidas trafegavam em sentidos opostos. Sendo que a vítima citada no campo 01 (um) deste ROP pilotava em sua motocicleta Honda CG 150 fan de cor azul, Placa NAY 4554-Rorainópolis, sentido Auto Posto Santa Julia/Rorainópolis e colidiu de forma frontal, com a vítima citada no campo 02 (dois) deste ROP, que pilotava sua motocicleta, Honda titan 125 de cor preta Placa NAO 2250, e levava na garupa da sua motocicleta a vítima citada no campo 03 (três) deste ROP. Todas as três vítimas caíram com o impacto da batida, ficando todas gravemente feridas. O Senhor ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA, teve fraturas expostas na perna esquerda e no pé esquerdo, o senhor ANTONIO IVANILSON SALES MELO, teve fraturas expostas no braço esquerdo, perna esquerda e 03 (três) dedos do pé esquerdo e a senhora ELIENE PEREIRA DA SILVA, teve fraturas expostas na Perna direita. As motocicletas envolvidas no acidente foram entregues as famílias das vítimas, não foram removidas por falta de meios. Diante do acontecido, faço a entrega deste Relatório a esta delegacia de Polícia Civil para conhecimento e providências legais legais.													
RELATOR													
Posto/Grad:	Nome Completo:			Matrícula:			Lotação:			Assinatura:			
ST QPC PM	RIVELINO GUEDELHA PINHEIRO			47000048			3ª CIPMFron						
RECEBIMENTO													
Data:	Hora:			Matrícula:			Assinatura:						
25/07/2019	14:00			47000048			AK						



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

528683
INVOLVIDO - MAYCON

BOLETIM DE Ocorrência: **1000/19** DATA: 18/06/2019 HORA: 16:05hs
ATENDENTE: WENDEL FERBNADES SOARES DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 24/12/2018 HORA: 02:00hs
LOCAL: BR-174, EM FRENTE A PEIXADA DO ARAUJO PARQUE ANMAZONAS RORAINÓPOLIS

DADOS DO INFRATOR

NOME: ELIENE PEREIRA DA SILVA RG: 507167-4 SSP/RR CPF: 702.805.512-40
DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1983 IDADE: 35 ANOS SEXO: FEMININO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: UF:
PAI: MÃE: ELIZETE PEREIRA DA SILVA
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
ENDEREÇO: RUA-"C" S/Nº SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS
REFERÊNCIA: POR TRÁS DO SUPER LIMA EM FRENTE A IGREJA VIDA ABUNDANTE
TELEFONE: 95 99144-6695

CÓDIGO	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1001/1003	TRÂNSITO	ACI.TRA.LES.COR.DAN.MAT

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que após a confraternização de natal resolveu ir com seu companheiro ANTONIO IVANILSON SALES MELO ao posto de combustível Santa Julia na BR-174, para continuar a confraternizar que deslocaram para o local em uma motocicleta HONDA/CG TITAN 125 ES COR PRETA Chassis: 9C2JC30204R006590 RENAVAL-00812705920 em nome de EDILSON DA SILVA SOUSA, conduzida por seu companheiro ANTONIO IVANILSO que tinha a comunicante como garupa que acabou colidindo frontalmente com uma motocicleta HONDA/CG 150 AZUL PLACA NAY-4554, conduzida por ISMAEL FERREIRA DE OLIVEIRA, que todos sofreram lesão corporal grave e foram encaminhados ao PSE pelo Resgate Rua Corpo de Bombeiros Militar, que os veículos foram entregues a familiares, que a policia militar e4steve no local e elaborou o ROP PM nº2018719, registrasse para fins de seguro DPVAT.

E o que tem a relatar,

WENDEL FERBNADES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

Elíene Pereira da Silva
ELIENE PEREIRA DA SILVA
COMUNICANTE

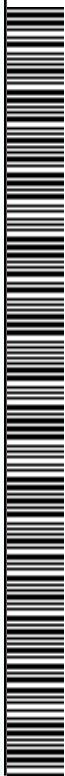
GENTE SEGURADORA S/A

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s)
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Policia Civil
Testemunhas: _____
() Comunicante renuncia ao exercicio do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____/____/____, horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência

12/2018		... Guia de Atendimento 17 ...		Raquel L. Sarrazar Téc. Enfermagem ORIGEM RR 001.058.491-TE NHE IUVB 27-12-1	
 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1801050718 24/12/2018 16:30:31		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 28	
Paciente ELIENE PEREIRA DA SILVA		Data Nascimento 28/06/1983		Idade 35 A 5 M 26 D	
Tipo Doc Documento		Sexo F		CNS 700406405865542	
Órgão Emissor PAAR / PSFE		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARDA		CPF 70280551240	
Mãe ELIZETE PEREIRA DA SILVA		Raça/Cor PARDA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - RORAINOPOLINS - SN - - BOA VISTA - RR		Pai NI		Contato	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Validade	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedência	
Queixa Principal		Profissional do Atend.		Temp. Peso Pressão	
		Procedimento Sol.		Registrado por: ANTONIA.SOARES	
		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Paciente oriunda de Rorainópolis, vítima de acidente automobilístico, atendida pela equipe de ortopedia</i>		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 JUL 2019		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 JUN 2019	
Exame Físico <i>BEG, LOTE, CHAAE, FX 6 MIE</i>		GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR		GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR	
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO <i>1004 Paciente com múltipla fratura na perna E quando curado, afirma acidente de trânsito, e se encontra na UTI, por parte ortopedica contata com o medico da UTI para receber lequeis, porém a mesma, preferiu não ir a UTI.</i>		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>ortoped</i>		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		Gilcélia Berente Psicóloga CRP 20704999	
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. (BRS) IML Anatomia Patológica NOVO PIS - 2º ANDAR AUTENTICAÇÃO			
Assinatura do Paciente ou Responsável 10 JUL 2019		Carimbo e Assinatura do Médico <i>Silvia</i> Certifico e sou responsável por esta cópia e fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 24/12/2018 16:36:06		GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR		1801050718	



Elaine Pereira da Silva

BLOCO A

Alta: (Evasão) 15.01.19.

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE **HGR**

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE **Elaine Pereira da Silva**

6 - PARTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) **700406405865542**

7 - DATA DE NASCIMENTO **28/06/83**

8 - SEXO **F**

9 - N° DO PRONTUÁRIO **170280**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - COG. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Intusura - luxação unipolar de joelhos (E) + Intusura + luxação de tornozelo (E) + Intusura Exposta ao 2º PDD

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumoramento Cirúrgico

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

RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO **Int. Exp. Joelhos + TNE + 2º PDD (E)**

21 - CID 10 PRINCIPAL **Z23.0**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **Cirurgia**

23 - CLÍNICA **Chirurgia**

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

25 - DOCUMENTO _____

26 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE **Johnwick**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO **26/12/18**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - ACIDENTE DE TRABALHO _____

31 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____

32 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____

34 - CNPJ DA SEGURADORA _____

35 - CNPJ EMPRESA _____

36 - CNAE DA EMPRESA _____

37 - CBOR _____

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

39 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____

40 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR **0308010019**

41 - DOCUMENTO _____

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

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

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

104-2 Eliene Pereira (OK 104.2

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima				DIH	DN
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	Eliene Pereira da Silva				
DIAGNÓSTICO	ELIENE				
ALERGIAS			HAS	DM2	
IDADE			LEITO	DATA	14/12/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO + SF 0.9% 500ml (C) 12/12h. 18				06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h (Simples)				22
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				24
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6h				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) 2/30				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				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15	Clindamicina 600mg (C) 8/8h.				22
16	Clindamicina 600mg (C) 12/12h.				24
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Do leucoc.



SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	122/80	62	36.2
12 H			
18 H			
24 H	111 x 73		36.4

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

As 21:30
PA: 148 x 88
FC: 104
10mlerex: 200ml

Edinei Almeida Tomin
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 879.380

HOSPITAL GERAL DE ROAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel. (05) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
05 MAR. 2019
Certifico e Declaro que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado nesta Hospita

104-2

HORÁRIO
08h
09h
10h
11h
12h
13h
14h
15h
16h
17h
18h
19h
20h
21h
22h
23h
24h

Antecipado
as 16:00hs.

~~12h~~
~~4hrs~~

~~12h~~
~~2hrs~~
~~06h~~
antecipado
4hrs

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

CONDOTA : MANTIDA

6h. PA = 112/74
P. 97.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

#	H	PA	FC	FR	
12	H	120x85	85	17	35.5°C
18	H				
24	H	120x65	121	20	36°C

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

24 H	120 x 65	121	20	36°C	
------	----------	-----	----	------	--

Tarde - Paciente queixoso de dor epigástrica e bastante espasmos musculares (perna E) tipo choque.

$$Ad. m. c.p.m + 80V/S$$

Obm. Tweeds longol

MONTE MONTENEGRO
Avenida de Entre
CORENIA 100

AMAZONIA PATRIMÔNIO DO BRASIL		PEDIDO DE PARECER	
UNIDADE:			
NOME:	Cirurgia Plástica da Sina		
IDADE:	REGISTRO:		
BLOCO:	ENFERMARIA:	104	LEITO: 2
UTI:	EMERGÊNCIA:		
DE:	Paciente		
PARA:	Cirurgia Plástica		

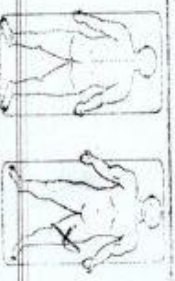
Dados Clínicos:

Paciente com fratura / luxação de joelho
(E). Sujeito a tratamento cirúrgico
cirúrgico (fixador externo) com Placa no pé.
Solicito avaliação e consulta.
26/12/18
Data
Gerente
Dr. Fernando Augusto
Médico

Pelo cirurgião

Caso Dr. Fernando, por favor seja claro.
na sua solicitação, ~~que~~ que está des-
crito acima é um pedido de avaliação
e conduta (de quem?), ~~uma~~ ^{uma} única ~~uma~~ descrição
citada sobre o caso da paciente é fratura/lux-
ação de joelho e colocação de fixador externo.
e não é da minha competência avaliar
fratura, luxação ou fixador externo.
Data Médico

Paciente apresenta pulso amplo em todo o M.E.
com boa perfusão.
Obs: Caso haja alguma dúvida vascular
comunicado diário clínico 26/12/2018 / ABM →

		Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1		Versão: 08		Elaborada: 02/2013		Atualizada: 12/2018	
Paciente: <i>Elaine Priscila da Silva</i>				Data: <i>26/12/18</i>				Leito: <i>104.2</i>			
Localização				Região: <i>coxa e</i>				Região: <i>mao e</i>			
Etiologia		☐ LPP I, II, III, IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <i>Tracção</i> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		☐ LPP I, II, III, IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <i>Tracção</i> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		☐ LPP I, II, III, IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <i>Tracção</i> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		☐ LPP I, II, III, IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <i>Tracção</i> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:			
Aparência do Leito		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros			
Pele Perilesional		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <i>edemato</i>		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <i>edemato</i>		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <i>edemato</i>		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <i>edemato</i>			
Tipo de Exsudato		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <i>Agc</i>		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <i>Agc</i>		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <i>Agc</i>			
Troca		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:		<i>Cláudia da S. Leite</i> <i>Auxiliar de Enfermagem</i> <i>COFEN 49.709</i>		<i>Maria de Fátima N. Viana</i> <i>Auxiliar de Enfermagem</i> <i>COFEN 49.709</i>		<i>Deiane Moreira</i> <i>Auxiliar de Enfermagem</i> <i>COFEN 453.554</i>					
Observações:											

104-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	ELIENE PEREIRA DA SILVA			
AGNÓSTICO	FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	104-2	DATA	27/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N			
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H			
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			
15	Queimar 40 y ev ou vo 1x/12h.			
16	Retirar SVD.			
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:				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				
# SOLICITADO:				
# CONDUTA: MANTIDA				
SINAIS VITAIS				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6H	PA	FC	FR	
12 H	114 x 72	91		36,6
18 H	110 x 70	108	-	36,1
24 H	111 x 70	108		36,6
Dr. Fernando Rezende CRM-RF 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia				

06/11/2018
 As 12:00h Paciente no Leito, Afecção SSVU, feito Troca de Acesso com Jec
 20, segue com SVD, Desprezado ml de diurese no período, segue med
 c.p.m, Aos cuidados da Equipe de enfermagem.
 18b Paciente medicado CPM e vacinado SSVU

Rosilene Garcia P. Mendes
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.032-16

Carla Regina dos Santos Pereira
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.032-16



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Paciente: nº 1

Versão: 0

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Elaine Pereira da Silva*
Leito: *104-2*

Data: *27 / 12 / 18*

Localização		Região: <i>DAE</i>		Região: _____
Etiologia	☐ LPP ☐ III ☐ IV ☐ ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____			
Aparência do Leito	☐ Necrose: <i>Amarrela/Negra</i> ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____			
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <i>AGE</i>			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Selma Paula F. da Silva</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 394.531 <i>Rosimere P. Nunes</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 78.67			
Observações:				

104-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia						HGR Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																																													
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																																																					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN																																																																
PACIENTE ELIENE PEREIRA DA SILVA																																																																					
AGNÓSTICO FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ																																																																					
ALERGIAS			HAS		DM2																																																																
IDADE			LEITO		DATA			28/12/2018																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>PRESCRIÇÃO</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DIETA ORAL LIVRE</td> <td>S/N</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>SF 0,9% 500ML EV S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H</td> <td>12:18. 24:00</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA</td> <td>24:00</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>SSVV + CCGG 6/6 H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>CURATIVO DIÁRIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H</td> <td>12:18. 24:00</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	2	SF 0,9% 500ML EV S/N		4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12:18. 24:00	9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	24:00	10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		11	SSVV + CCGG 6/6 H		12	CURATIVO DIÁRIO		13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	12:18. 24:00	14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		15			16			17			18			19			20								
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																																																																			
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N																																																																			
2	SF 0,9% 500ML EV S/N																																																																				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N																																																																				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																																																																				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12:18. 24:00																																																																			
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	24:00																																																																			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																																																																				
11	SSVV + CCGG 6/6 H																																																																				
12	CURATIVO DIÁRIO																																																																				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	12:18. 24:00																																																																			
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H																																																																				
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																																																																					
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																																																					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA CGH R 10060 R 96 Jan 3613.16																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">SINAIS VITAIS</td> </tr> <tr> <td colspan="10"># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO</td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>112 x 70</td> <td>107</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td>36.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>116 x 65</td> <td>99</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td>35.7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>102 x 60</td> <td>112</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>36.4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										SINAIS VITAIS										# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO										6 H	PA	FC	FR							12 H	112 x 70	107	-			36.1				18 H	116 x 65	99	-			35.7				24 H	102 x 60	112				36.4			
SINAIS VITAIS																																																																					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																																																																					
6 H	PA	FC	FR																																																																		
12 H	112 x 70	107	-			36.1																																																															
18 H	116 x 65	99	-			35.7																																																															
24 H	102 x 60	112				36.4																																																															

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 181.380-TEC.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190422796 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIENE PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ELIENE PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 70280551240

Posição em 22-07-2019 10:36:31

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

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/07/2019	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50

