

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. RONALDO DA SILVA LIMA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 243115 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 817.376.532-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Babaçu, nº 903, Bairro: Das Palmeiras, CEP: 69.390-000. Tel: (9155) 99110-4942/ E-mail: Ronaldodasilvalima@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, 21 de agosto de 2018.



RONALDO DA SILVA LIMA



POLEGAR DIREITO

ADVOGACIA

PROCURAÇÃO

Eu, **MARLON TAVARES DANTAS**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua [illegible], nº [illegible], bairro [illegible], cidade de [illegible], Estado de [illegible], inscrita no CPF nº [illegible], por meio desta procuração, constituo e outorgo poderes ao Sr. **[illegible]**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua [illegible], nº [illegible], bairro [illegible], cidade de [illegible], Estado de [illegible], inscrita no CPF nº [illegible], para que represente a parte interessada em todas as instâncias processuais, inclusive para a assinatura de petições, atos processuais, procurações, poderes, e demais atos necessários ao regular andamento do processo em curso, bem como para a assinatura de qualquer documento que seja necessário para a consecução dos fins acima mencionados, tudo em nome da parte interessada, sob as penas da lei.

Outorga em [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible].

Assinado digitalmente por **MARLON TAVARES DANTAS** em [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible].

Em [illegible] de [illegible] de [illegible] de [illegible].

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTS), documento obrigatório para 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 obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários devidos, ainda, sua habilitação ao sistema de emprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo contido neste documento tem o estado de conservação, espelhança, qualificação e as atividades profissionais do trabalhador.

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

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
 FUND. DE AMPARO AO TRABALHADOR

A CARTEIRA CONTEM 50 PÁGINAS, NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL


PIS/PASEP
127.10833.03-6

NÚMERO	SÉRIE	UF
2641683	001-0	RR

RONALDO DA SILVA LIMA
 ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

NOME RONALDO DA SILVA LIMA	RG 4479804880	CPF 817.378.532-49	ZONA 03	DATA 03/08/2004	ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR <i>Ronaldo</i>
ENDEREÇO BOA VISTA	CEP 54700-000	NATURALIZADO POR SETRABESSINERR			
FILIAÇÃO NADIR DA SILVA LIMA	DOCUMENTO RG 243115 SESP RR	ESTADO CIVIL SOLTEIRO	LOCAL DA EMISSÃO 01/08/2004		
DATA DE NASC. 03/08/1976	CNH 117	DATA DA EMISSÃO 01/08/2004			

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

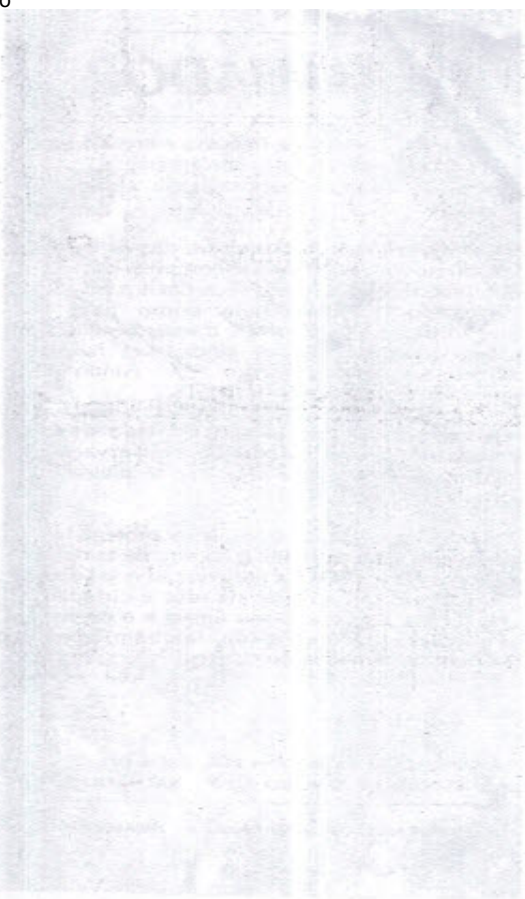
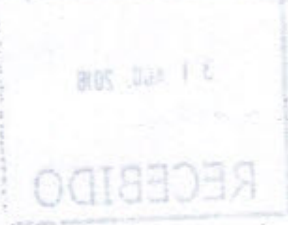
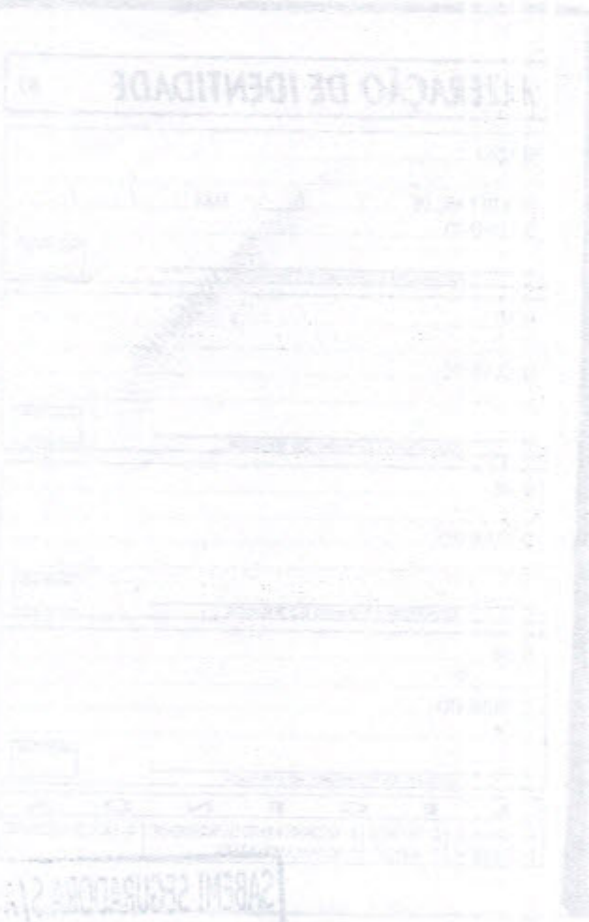
03

FILIAÇÃO	MOTIVO
DATA DE NASC. DE / / PARA / /	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	MOTIVO
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	MOTIVO
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

SABEMI SEGURADORA S/A
 31 AÇO. 2018
RECEBIDO



ADVOCACIA

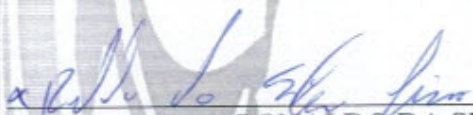
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RONALDO DA SILVA LIMA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 243115 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 817.376.532-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Babaçu, nº 903, Bairro: Das Palmeiras, CEP: 69.390-000. Tel: (9155) 99110-4942.

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, 21 de agosto de 2018.



RONALDO DA SILVA LIMA



POLEGAR DIREITO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

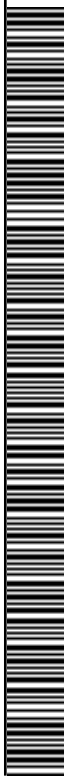
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARLON TAVARES DANTAS, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em RUA JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA, Nº 100, JARDIM SÃO CARLOS, SÃO CARLOS, MG, CEP: 13506-900, venho por meio desta declarar que a residência mencionada é a verdadeira e atual residência, e que não possui nenhuma outra residência em qualquer local, com ou sem o nome de aluguel, e que não possui nenhuma outra residência em qualquer local, com ou sem o nome de aluguel, e que não possui nenhuma outra residência em qualquer local, com ou sem o nome de aluguel.

Em 09 de agosto de 2019.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trf.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSJE BG935 JF5LS XE9VA



25/02/2019

Via de Pagamento para o mês/ano: 01/2019 referente a UG: 5491177



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2259695

MARIA APARECIDA VITAL COSTA

R. BABACU, 909,
DAS PALMEIRAS

69390000 CANTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 5491177	MÊS 01/2019	PERÍODO DE CONSUMO 27-DEC-18 a 29-JAN-19
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 11-FEB-19	TOTAL A PAGAR R\$ 23,90

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 5491177	MÊS 01/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 23,90
-------------------------	----------------	----------------------------

836100000006.239000750004.000000005496.117701190052



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSJE BG935 JF5LS XE9VA



COMPANHIA DE ENERGIA DE SÃO PAULO

COMPANHIA DE ENERGIA

AV. DA GLÓRIA, 110 - BARRA D'ÁGUA, 01106-900 - SÃO PAULO, SP

AGUAMENTO DE CONTAS DE ENERGIA

PERÍODO DE CONSUMO	MES	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27-DEZ-18 a 26-JAN-19	015079	11-FEB-19	R\$ 23,90
TOTAL A PAGAR			
R\$ 23,90			

OBSERVAÇÃO:

Este documento é válido para fins de comprovação de pagamento de contas de energia elétrica.

COMPANHIA DE ENERGIA

AV. DA GLÓRIA, 110 - BARRA D'ÁGUA, 01106-900 - SÃO PAULO, SP

AGUAMENTO DE CONTAS DE ENERGIA

PERÍODO DE CONSUMO	MES	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27-DEZ-18 a 26-JAN-19	015079	11-FEB-19	R\$ 23,90
TOTAL A PAGAR			
R\$ 23,90			

Este documento é válido para fins de comprovação de pagamento de contas de energia elétrica.



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

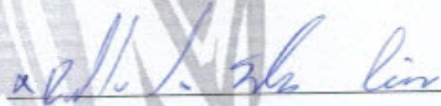
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RONALDO DA SILVA LIMA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 243115 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 817.376.532-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Babaçu, nº 903, Bairro: Das Palmeiras, CEP: 69.390-000. Tel: (9155) 99110-4942/ E-mail: Ronaldodasilvalima@gmail.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, 21 de agosto de 2018.



RONALDO DA SILVA LIMA



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Ronaldo da Silva Lima, CPF nº 817.376.532-49

Residente e domiciliado à rua Babaçu, nº 903, bairro das Palmeiras, na cidade de Caratá, 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.

DATA ___/___/___

Boa Vista-RR, 21 de agosto de 2018.

Ronaldo da Silva Lima
RONALDO DA SILVA LIMA



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

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

Não deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante o Juízo do Trabalho, bem como para a concessão 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, validade e conduta, a qualificação e as atividades profissionais do empregador.

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

CONFECCIONADA COM REG. RESOL. DO
FUND. DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 FOLHAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICA DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

REGISTRO Nº **127.10833.03-6**

NÚMERO **2641683** SÉRIE **001-0** CLASSE **RR**

RENALDO DA SILVA LIMA
ASSINATURA DO TITULAR




IDENTIFICAÇÃO CIVIL

02

RENALDO DA SILVA LIMA

DATA DE NASCIMENTO: **17/08/1985** RR

BOA VISTA

NADIR DA SILVA LIMA

RG: **243115** CPF: **817.376.532-49**

LEITOR: **003287002690** SÉRIE: **117**

LOCAL DA EMISSÃO: **LIMA**

DATA DE EMISSÃO: **01/08/2004**

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR: *Renaldo*

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO:

DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____ MOTIVO: _____

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____ MOTIVO: _____

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____ MOTIVO: _____

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____ MOTIVO: _____

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



04 DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH: _____

DIABETE: SIM NÃO

HEMOFILIA: SIM NÃO

ALERGIAS: SIM NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993): SIM NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
_____	_____	_____	____/____/____
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
_____	_____	_____	____/____/____
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
_____	_____	_____	____/____/____
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
_____	_____	_____	____/____/____
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS 05

NOME DO TITULAR: _____

REGISTRADO EM: ____/____/____ SOB. Nº: _____ LIVRO Nº: _____

FLS. _____ PROC. Nº: _____

PROFISSÃO: _____

FUNÇÃO: _____

LEGISLAÇÃO: _____

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____

REGISTRADO EM: ____/____/____ SOB. Nº: _____ LIVRO Nº: _____

FLS. _____ PROC. Nº: _____

PROFISSÃO: _____

FUNÇÃO: _____

LEGISLAÇÃO: _____

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____

REGISTRADO EM: ____/____/____ SOB. Nº: _____ LIVRO Nº: _____

FLS. _____ PROC. Nº: _____

PROFISSÃO: _____

FUNÇÃO: _____

LEGISLAÇÃO: _____

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____

06 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____

COOP/CP/CEI: _____

ENDEREÇO: Rua Pacarama, 304 - São Vicente - CEP 69303-360

MUNICÍPIO: Boa Vista - RR UF: RR

ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____

CARGO: SERVIÇOS GERAIS CBO Nº: 99225

DATA DE ADMISSÃO: 06 DE SETEMBRO DE 2005

REGISTRO Nº: 510 FLS. / FICHA: 510

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 2.000,00 (DOIS MIL E VINTE REAIS) P/ MÊS

Assinatura: _____

1ª: Consuelo de A. Nobrega

DATA DE SAÍDA: 14 DE SETEMBRO DE 2005

Assinatura: _____

1ª: Consuelo de A. Nobrega

COM. DISPENSA CD Nº: _____

FGTS Nº DA CONTA: _____

CONTRATO DE TRABALHO 07

EMPREGADOR: _____

COOP/CP/CEI: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____

CARGO: _____ CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE 19____

REGISTRO Nº: _____ FLS. / FICHA: _____

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____

Assinatura: _____

1ª: _____ 2ª: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE 19____

Assinatura: _____

1ª: _____ 2ª: _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____

FGTS Nº DA CONTA: _____





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030811/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2017 09:06 Data/Hora Fim: 28/08/2017 09:27
Origem: Polícia Judiciária Data: 28/08/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/07/2017 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Felinto Barbosa Monteiro

Bairro: Senador Hélio Campos

Complemento: Antiga S-24

Ponto de Referência: Em frente ao Lava Jato do Glôo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Monção Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1978
Profissão: Serraneiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Adelaide Pereira da Silva

Nome do Pai: Francisco Lionel da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. Grão Mestre Ademar Viana

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99137-2449 (Celular)

Nº: 493

Complemento: Casa

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam: 0501169416	Placa NUJ3549
Número de Chassi: 9C2JC4120DR601577	Ano/Modelo Fabricação: 2013/2012
Cor: PRETA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES
Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ronaldo Pereira da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local acima descritos, quando conduzia sua motocicleta no sentido Avenida General Ataíde Teive - N-21, onde colidiu em um cachorro, vindo a cair. Que em decorrência da colisão, caiu e sofreu lesões corporais (ESCORIAÇÕES E FRATURAS NA PERNA DIREITA). Que foi socorrido por uma equipe do SAMU. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento
Delegacia de Acidentes de Trânsito - Boa Vista - RR
Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha
Impressão: 09/08/2019 09:28
Data de Impressão: 09/08/2019 09:28
Protocolo: Não Disponível

Ronaldo Pereira da Silva
Vítima



Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha
Impressão: 09/08/2019 09:28
Data de Impressão: 09/08/2019 09:28
Protocolo: Não Disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030811/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 28/08/2017 09:06 Data/Hora Fim: 28/08/2017 09:27
Origem: Polícia Judiciária Data: 28/08/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/07/2017 17:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Felinto Barbosa Monteiro

Bairro: Senador Hélio Campos

Complemento: Antiga S-24

Ponto de Referência: Em frente ao Lava Jato do Gildo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Moção Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1978
Profissão: Serralheiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Adelaide Pereira da Silva Nome do Pai: Francisco Lionel da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R.: Grão Mestre Ademir Viana

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99137-2449 (Celular)

Nº: 493

Complemento: Casa

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0501189416 Placa NUJ3549
Número do Chassi 9C2JC4120DR501577 Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
Cor PRETA UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Modelo HONDA/CG 125 FAN ES Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ronaldo Pereira da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local acima descritos, quando conduzia sua motocicleta no sentido Avenida General Ataíde Teive - N-21, onde colidiu em um cachorro, vindo a cair. Que em decorrência da colisão, caiu e sofreu lesões corporais (ESCORIAÇÕES E FRATURAS NA PERNA DIREITA). Que foi socorrido por uma equipe do SAMU. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento
Delegacia de Polícia Civil
Boa Vista - RR
Telefone: 042003008

Ronaldo Pereira da Silva
Vítima

Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha
Impressão: 011 Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 09/08/2019 09:29
Protocolo: 030811-000000000000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030811/2017

Ronaldo Pereira da Silva

Ronaldo Pereira da Silva
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (física) responsável pelas informações acima apresentadas e sinto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crimeosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



1109

UNIDADE DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA

Equip. Tec. Geraldo / Coord. Jones

Unidade: Ronaldo Pereira da Silva Idade: 39 Sexo: M

Paciente: AV. S. 24. e N-15

Endereço: AV. S. 24. e N-15

NO 10647 DATA 05/07/2017 HORA 19-17:02/10-17:15h

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Anderson 19-17:44/10-18:00h

SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítila <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão		MOTO: <u>X Animal</u> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão		VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> PAF Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:		OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:																														
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>S/A</u>		Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hiperinflação <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Fezida Aspirativa <u>S/A</u>		Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2° <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <u>S/A</u>		Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Mioses <input checked="" type="checkbox"/> Mídrises <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorria <input type="checkbox"/> Otorria <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mmHg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Aux °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Trauma</th> <th>APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início <u>17:35</u></td> <td><u>140/100</u></td> <td><u>76</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>13</u></td> <td><u>-</u></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	Início <u>17:35</u>	<u>140/100</u>	<u>76</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13</u>	<u>-</u>	Fim																
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR																												
Início <u>17:35</u>	<u>140/100</u>	<u>76</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13</u>	<u>-</u>																												
Fim																																				
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundamento Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante <u>S/A</u>		Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <u>S/A</u>		Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Devido à traqueia <input type="checkbox"/> Edema Sub-Cutâneo <u>S/A</u>		Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <u>S/A</u>		Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração <u>S/A</u>																										
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <u>S/A</u>		Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <u>S/A</u>		Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input type="checkbox"/> Fratura <u>MTV</u> <input type="checkbox"/> Amputação																														
Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atricular <input type="checkbox"/> Assístolia		Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u>		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso <u>neg</u>		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <u>neg</u>																										
<input type="checkbox"/> ILESO SEVERA <input type="checkbox"/> PEQUENA MORTE <input type="checkbox"/> MÉDIA INDETERMINADA <input type="checkbox"/> OUTRO																																				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) Assinado digitalmente por <u>BRASILEIRO</u> em <u>05/07/2017</u> às <u>17:02</u>		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input type="checkbox"/> Canceiamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:																																
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA Iniciada as: <u>17:35</u> Término as: <u>18:00</u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:																																				

AVALIAÇÃO DO LOCAL DO OCORRIMENTO (no Estado do acidente)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8RN E8ZZN XLAMQ CNU7D



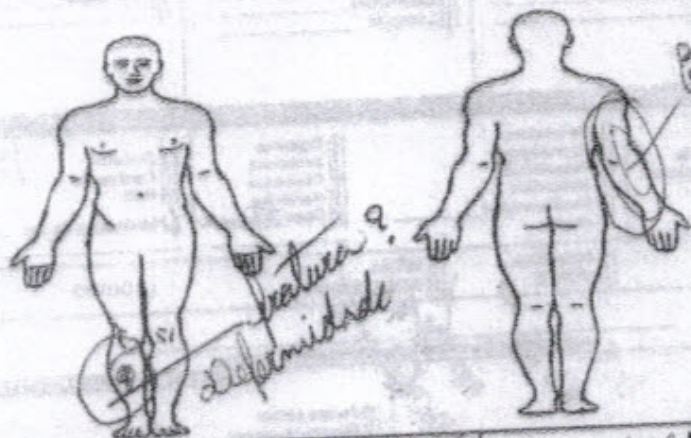
	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	Cosme e Silva HCSA Maternidade Outros
--	---	--

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

5050 masculino, 39 anos, Coluna com trauma xanimpli. Encontrado em decúbito lateral @ LOTE, 55LV dentro de normalidade, apresenta Esqueleto em membro S.D. e deformidade em membro inferior D. Fratura inferiormente a regulacao que implicar condut@ no Trauma do HGR. Sem intercorrências

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escore			
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 30	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 30	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 08	1
					0	0
Membros Inferiores	Orientado	Balbuçia	5	Pressão Sistólica (mmHg)	> 90	4
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		50 - 69	2
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		01 - 49	1
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0
Membros Superiores	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	5	Escala de Glasgow	14 a 16	5
	Localiza e dor	Retra e dor	4		11 a 13	4
	Flexão normal	Flexão normal	3		8 a 10	3
	Flexão anormal	Flexão anormal	2		5 a 7	2
	Extensão e dor	Extensão e dor	1		3 a 4	1
	Nenhuma					
ESCALA DE GLASGOW			15	ESCORE DO TRAUMA		17

Obs. Vítima sem o capaci no momento da abordagem o mesmo infernal que Sacar no momento do acidente



CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 18/10/17
 [Signature]

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO 4 pares de luvas .05 Adesiva 15cm 1 prancha rígida, 1ed block e 2 cintas 1 collar cervical, 3 talas
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

06:00 / 2017

::: Guia de Atendimento 02 :::

BLOCO A

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



Alta 11.07.17

1700800972	05/07/2017 18:04:30	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	58
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
RONALDO PEREIRA DA SILVA		13/02/1978	39 A 4 M 20 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	135489	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	ADELAIDE PEREIRA		Pal	Naturalidade		BOA VISTA - RR
Endereço	RUA - S-25 - 493 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR			Contato		(95) 99137-2449
			CNS: 702009833131183	Ocupação		SERRALHEIRO
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			ELLEN.VIVIANE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h) *Vítima de acidente de trânsito - motocicleta, após do um pouco e queda D. Ao exame: Respiratório no 1/3 inferior da perna D*

Hipótese Diagnóstica *Politrauma*

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>- Curativo</i>		
<i>- Drenagem de 20 ml</i>		
<i>- Antibiótico 700 mg</i>		
<i>- 100 mg</i>		

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Ambulatório

Alta a Pedido
 Observação (Até 24h)

Alta a Revelia
 Internação

Transferência para:
 Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

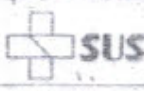
Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Carimbo e Assinatura do Médico _____

Impresso por: ellen.viviane
Data Hora: 05/07/2017 18:05:16

Dr. CALANDRINI
05 JUL 2017





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJV3Y H4ZMC RBF4L TE5G3

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO				
9 - SEXO							
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - UF	16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
bruto reboto ardente do abd, e fatos de T. de d. d. d.				18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
40 - VINCILO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR			
42 - VINCILO COM A PREVIDÊNCIA		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

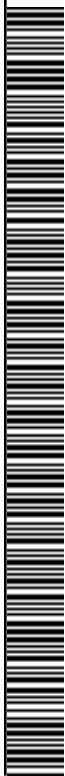
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJV3Y H4ZMC RBF4L TE5G3






49-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	Ronaldo Pereira Silva						
DIAGNÓSTICO	Fx. tibia						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO		19:06	DM2	DATA	06/07/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						20
2	SF0.9% 500ML EV DE 8/8HS						10:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						15:00
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H						
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA						10
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N						10
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN						10
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						10
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H						10
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						10
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						10
13	CURATIVO DIARIO						10
14	SSVV + CCGG 6/6 H						10
15	Do blow.						10
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Depoimento sobre o blow. visita ad 8h. 15:30 P.A.: 110x70mmHg.							
						MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	
6 H	DEXTRO deficit						
12 H							
18 H							
24 H	deficit						

Dr. Leonardo Roberto
 Residência em Ortopedia e
 Traumatologia
 11/11/17



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
*DATA DE ADMISSÃO		05/07/2017	DIH	DN	13/02/1978
PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX DE TIBIA					
ALERGIAS					
IDADE		39	HAS	DM2	
LEITO		119-3	DATA	08/07/2017	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNB
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h				7h 22
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				08 1
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO				
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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

6 H				Dr. Marcus Brunner CRM/RR 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H				
18 H				
24 H				





ESTADO DE RORAIMA
 "AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

119-3

Ronaldo Pereira Silva

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

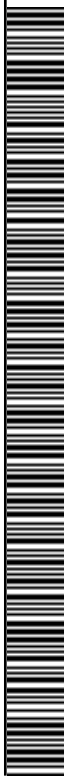
DATA HORA	EVOLUÇÃO
--------------	----------




10-07-12	<p>Diagnóstico - D. SUSTENSO!</p> <p>1) Riel geral lin após RPA SND</p> <p>2) AUP</p> <p>3) Lab. Leucócitos 1g EV 6/6 h 12.48.24.14</p> <p>4) Dipiro 1g EV 6/6 h 12.18.20.06</p> <p>5) Transf. 10g + SFO. 97.10.10.8/85</p> <p>6) Plát 10g EV 8/8 h 15h</p> <p>7) SSUVT + CCG</p>
----------	---

Adro Di Giovanni
 Médico de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM RR 1615

2400 ml/s
 PA = 130 x 70
 FC = 84
 T = 36,6 C

ASSINATURA: _____



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		05/07/2017	DIH		DN	13/02/1978	
PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA							
AGNÓSTICO FX DE TIBIA							
ALERGIAS							
IDADE	39	HAS		DM2			
		LEITO	119-3	DATA	10/07/2017		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h						
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					SUSP	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

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

 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

6 H					Dr. Marcus Brunner CRM/RR 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H					
18 H					
24 H					



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: Hospital Geral de Ilheus

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

4 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: _____

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 158695

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7102101091831311131111813

8 - DATA DE NASCIMENTO: 13/02/78

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Adelaide Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 91591131214149

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO): Rua S-25 n: 493 - Senador Helio Lamounier

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____

15 - UF: RJ

16 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
 Dor de cintura de caráter opressivo, constante, em região lombar direita, irradiando para membros inferiores.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
 Procedimento cirúrgico ortopédico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 Ex. físico + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Intervertebral de L5/S1

21 - CID 10 PRINCIPAL: S52.1

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

26 - CLÍNICA: _____

27 - CRATER DA INTERNAÇÃO: _____

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr. Marlon Tavares Dantas

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: SIM NÃO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: SIM NÃO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍTO: SIM NÃO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - Nº DO BILHETE: _____

38 - SÉRIE: _____

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNAE DA EMPRESA: _____

41 - CSOR: _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO RESERVA DE FUNDO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: _____

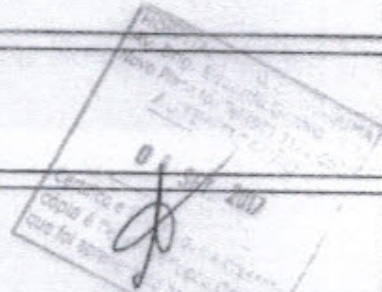
45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/04/08

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 5822

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: _____



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi - Identificador: PJV3Y H4ZMC RBF4L TE5G3



BOLETIM OPERATÓRIO

Ronaldo Lima do S. L.

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30, 1, 18 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura fechada da tíbia e fíbula da perna esquerda.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução e fixação com placa e parafusos.

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura fechada da tíbia e fíbula da perna esquerda.

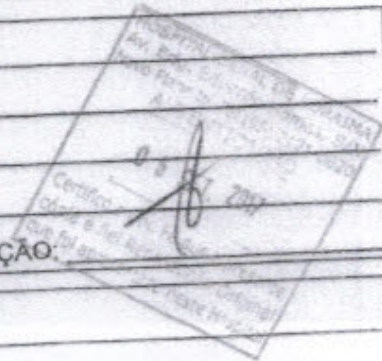
CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

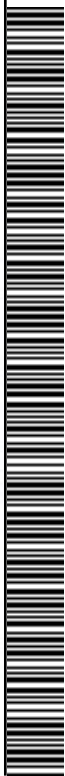


RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH, sob raquiomanutenção
- 2) Manobra de elevação da perna esquerda + antiseptico
- 3) P/ PVP e alav. for.
- 4) Incisão em região antero lateral para D.
- 5) Identificação do foco de fratura.
- 6) Redução da fratura + fix. interna com placa de PVP.
- 7) 8 furos + 6 parafusos corticais
- 8) Limpeza com SF0,9%
- 9) Fecho made por plano.
- 10) A SRPA.

Dr. Dalsom Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1176

Rogério Leonardo de Paula Dias
Médico - Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1205





GOVERNO DO ESTADO DE BORÁIMA
"Acordada Paz e Trabalho aos Boroienses"

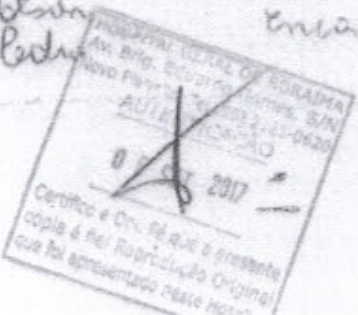
FICHA DE ANESTESIA

Ronaldo Pereira de Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº									
10:00		31/07/19									
11:00											
13:00											
AGENTES	20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02										
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	S								
	E	500	500	500							
DA	°C	240									
X	36	320									
VALSO	36	200									
A	34	180									
ANES	32	160									
X	30	140									
OP	120										
C	100										
TEMP	80										
ASPIR.	60										
A	40										
RESP	20										
O											
Espont											
Assist											
Conte											

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 0,5% 15mg	Reação anestésica lamber	- manutenção E CO, PAM, FC, SpO ₂ - drenagem expiratória, manual, 15ml - Rinsos de manobra - Requiere a do oxigênio e cateter de 18g e lamber o / cilindro 70, colocadas de compress, esteris, 10ml suboculmidea, entre L3-4, 10ml pontos, de 10, 10ml, com aquele de 10ml 10-26, com infusão de bupivacaína 0,5% 15mg + midazolam 0,2% 80mcg.
B	midazolam 0,2% 80mcg	midazolam, simples,	
C	Epifenadina 1mg	hipertônica	
D	Epifenadina 1mg		
E		utilização espontânea, com apoio de O ₂ na cabeça nasal	
G	SUCROSE	LÍQUIDOS	
NECO		Cânula - Nasal / Oro Faríngea	
SANGRE		Naso / Distal - Cego	
		Bal - Tamp - Cabeça do Tubo	
		Sub Mucosa	
	SFO, 3% 1500ml	Dificuldade Tensão	Não
TOTA		TEMPO DE ANESTESIA	1h e 20min
OPERAÇÃO	Osteosintese de tíbio D		Lufage - Espaço - Espaço Seco Espaço - Espaço - Espaço Espaço - Espaço - Espaço
ANESTESIA	Dr Michel	CÓDIGO	CRUÍCIO
	Dr R3 Roneli		Dr Ruperine
	Dr R3 Marcelle		Dr R3 Pedro
			PERDA SANGUÍNEA
			Controlado

encaminhado a SRPA





ESTADO DE RORAIMA
 "AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

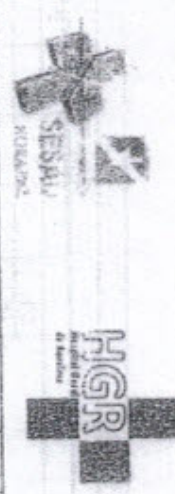
DATA HORA	EVOLUÇÃO
	Leito: 119-3 Hospital Geral de Roraima
	Paciente: Ronaldo Pereira
	Idade: 39 anos / Anestesia: Raquianestesia
	Anestesta: Dr. Michel / Residente: Dr. Danielle
	Cirurgião: Dalton
	Aux. Cirurgião: Rogério / R3: Pedro / R2: Raissa
	Circulante: Viviane e Rafaela
	Cirurgia: Ovariotomia unilateral início: 10:27 Fim: 11:12
	Material de Consumo
	<input checked="" type="checkbox"/> PET canalicos 3und
	<input type="checkbox"/> PET gaze
	<input type="checkbox"/> Luvas 7.0
	<input type="checkbox"/> Luvas 8.0
	<input type="checkbox"/> Jominio Burtini m: 24
	<input type="checkbox"/> VICRYL m: 2.0
	<input type="checkbox"/> NYLON m: 2.0
+100ml	Alcool
+100ml	TOPICO
	<input type="checkbox"/> 7 Seringa 10ml
	<input type="checkbox"/> 1 Seringa 20ml
	<input type="checkbox"/> 1 Seringa 5ml
	<input type="checkbox"/> 1 Espuma mucosa gelatin
	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiologico 500ml

Stamp: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas em 09/08/2019
 Assinatura: *[Handwritten Signature]*

Enfermeira
 Dilene
 Galvão

ASSINATURA: _____





**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA(S)	PRE			TRANS			PÓS					
						PRE	TRANS	PÓS	PRE	TRANS	PÓS	PRE	TRANS	PÓS			
Assistência relacionada (a) procedimentos terapêuticos (b) procedimentos pós-operatórios	X			Aviatar preparo o operatório													
Assistência relacionada (a) intervenção cirúrgica (b) intervenção de cateter ou sonda			X	Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no CC.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade			X	Encaminhar paciente a sala de cirurgia													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade			X	Cuidar para que não esteja frios na recepção do paciente													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade			X	Manter paciente coberto sem camisa													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Instalar monitorias e oximetria de pulso													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Seguir rotina e a instalação de cateterizados com bisturi elétrico													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/3 hora													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Controlar diurese frequentes nas primeiras horas de PCI													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Comunicar em 15 e 30 minutos de sangramentos pós-incisões e cateteres													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/30 min, 30/30 min, 1h, 2h, 3h, 4h, 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, 10h, 11h, 12h, 13h, 14h, 15h, 16h, 17h, 18h, 19h, 20h, 21h, 22h, 23h, 24h.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Anotar e comunicar a enfermeira alterações de padrão respiratório: frequência, amplitude, esforço, ruídos, saturação de oxigênio no nível de consciência.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Observar as condições da pele em região da placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Manter curativos oclusivos com gases com drenos.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Manter grades dos leitos elevadas.													
Assistência relacionada (a) estado pós-operatório (b) mobilidade		X		Preparar paciente para alta do CC.													

*Pré-operatório na sala de cirurgia
 Al. Orlan no bloco de cirurgia*



CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



NOME: Renata de Fátima

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA		
Entrada na Sala Cirúrgica	Início da Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais	SPC2	
09:30	10:27	10:00	11:12	<u>Tubo D</u>	<u>Respiratória</u>	T 36.5° P 80 bpm PA 130/70		
Chegada: <u>39</u> () Emergência () U.T.I.1 () Internação () U.T.I.2 () Outros: <u>Admissão</u> Cirurgia Proposta: <u>Admissão</u>		Início da Anestesia: <u>Respiratória</u> Anticógeno: <u>D.O</u> Nome: <u>Urelo</u> Dose: <u>200</u> CH: <u>Plasma</u> Plaquetas: <u>15</u> Antídoto Patológico: <u>Não</u>		Local: <u>Respiratória</u> Local: <u>Respiratória</u> Local: <u>Respiratória</u>		Sinais Vitais: T 36.5° C P 80 bpm SAT 98% R Irregular FC 44 bpm PA 130/70 mmHg		
3. Informações: () Jejum () Pré-anestésico () Jóias () Intracath () Banho () Sengue () Alegria () Cardiopata () Exames () Alérgico () Outros:		N° de compressas oferecidas: <u>15</u> N° de compressas recolhidas: <u>15</u> Sinais Vitais: T 36.5° C P 80 bpm SAT 98% R Irregular FC 44 bpm PA 130/70 mmHg		1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros:		Balanço Hídrico Entradas: HV, CH, SNG, Dreno, Diálise, SNG, Outros Saídas: SNG, Diálise, SNG, Outros		
2. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros:		Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:		Legenda: 1. Eletrodo 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Veloclise 8. Dreno 9. SNG 10. Fila de Smarch 11. Outros:		Destino: () SRPA () UTI () Outros: Instrumento elaborado pelo: <u>Infermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado por Infermeiros HGR-PAAR-PSE-RR/2015</u>		





1419100094271

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

Osteossintese de Tibia Direita

Data: 10/07/2019 : Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Ronaldo Pereira Idade 39

Bloco: A Enfermaria 119 Leito: 3

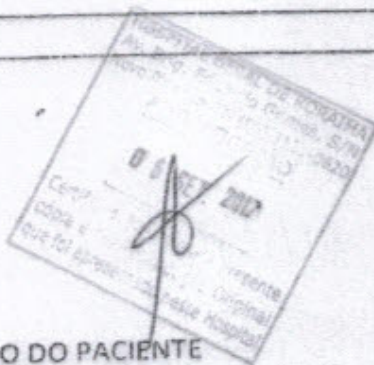
Caixa: Grandes fragmentos Nº _____

Circulante: Urandi - Raphael Sala 05

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa DP 8 furos
Pino fusão corticais 281



Rogério Leonardo de Paulo Dias
Médico - Ortopedia e
Traumatologia
CRM/R-1223

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



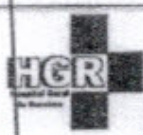
alta

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	05/07/2017	DIH		DN	13/02/1978
PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX DE TIBIA					
ALERGIAS					
IDADE	39	HAS		DM2	
		LEITO	119-3	DATA	11/07/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5m</i>
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h				<i>(2) 2M</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				<i>06</i>
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>(2)</i>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>2000</i>
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	ALTA HOSPITALAR				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

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

6 H					Dr. Marcus Brunner CRM/RR 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H					
18 H					
24 H					





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Denilson Denilson de Silva ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 1 / 1 / 39, COM
DIAGNÓSTICO DE 05 07 17

NO DIA 1 / 1 / 10 07 14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fx ossos no pé direito.

OPERADO PELO DR. OSTEOPED. DR. Fx TIRBIA (D) E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1 / 1 / 11 07 17, AS 12:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1 / 1 / 27 07 17, AS _____, COM O
DR. DR. SOUZA DR. SOUZA

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 1 / 1 / 11 07 17

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19117/R
MÉDICO





ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Benilde Pereira
Cirurgião Responsável Dr. Dalton I. de Aguiar

Anestesista Dr. Michel

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 30/07/19 Assinatura e Carimbo
Hora: 15:30

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

SÁIDA (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) NOVA A.P.C.

- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Marlon Tavares Dantas
Gerente de Enfermagem C. A. H. A.
Assinatura e Carimbo

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Ronicleide F. F. F.



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA		Sinais Vitais														
Entrada	Início Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Realizada Cirurgia	Local	1h	15'	30'	45'	2h	3h	1h	2h	3h	4h	5h	Y	P	FA	SPCL	
01/03/17	09:30	10:27	10:00	11:12	11:12	Respiratória																
Reg: <u>39</u> Chegada: <u>10:00</u> Emergência () U.T.I.1 Internação () U.T.I.2 Outros: <u>Outros</u> Cirurgia Proposta: <u>Respiratória</u> Outras: <u>Respiratória</u>		Anestesia: <u>Respiratória</u> Antibiótico: <u>D.O</u> Terapia: <u>Hemoderivados</u> Nome: <u>Clot. F. 500</u> Dose: <u>300</u> CH: <u>CH</u> Plasma: <u>Plasma</u> Plaquetas: <u>Plaquetas</u> Antígeno Patológico: <u>Não</u> N° de compressas oferecidas: <u>15</u> N° de compressas recolhidas: <u>15</u> Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C P <u>70</u> bpm SAT <u>98</u> % R <u>18</u> / <u>18</u> / <u>18</u> rpm FC <u>84</u> bpm PA <u>130x70</u> mmHg				Realizada Cirurgia: <u>Respiratória</u> Local: <u>Respiratória</u>		Balanço Hídrico Entradas: HV <u>0</u> CH <u>0</u> SNG <u>0</u> Saídas: Dreno <u>0</u> SNG <u>0</u> Outros <u>0</u>														
1. Informações: () Jejum () Pré-anestésico () Jôias () Intracath () Banho () Sangue () Alegria () Cardiopatia () Exames () Alérgico () Outros: <u>Outros</u>		Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros: <u>Outros</u>				Legendas: 1. Eletrodo 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cavetoro 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG 10. F. Alca de Smarch 11. Outros: <u>Outros</u>		Entradas: EV <u>0</u> HV <u>0</u> CH <u>0</u> SNG <u>0</u> Saídas: Dreno <u>0</u> SNG <u>0</u> Outros <u>0</u>														




		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE	
E ORTOPEDIA		E ORTOPEDIA		E ORTOPEDIA	
PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO	
DATA	ADM	DI	DN		
09/07/2017			13/02/1978		
PACIENTE: ALMEIDA DA SILVA					
AGNOSTICADA DE TUBERCULOSE					
ALERGIAS: -					
IDENTIFICADOR	HAS	DM2	DATA	HORÁRIO	
LEITO 143			09/07/2017		
PRESCRIÇÃO					
1	DO ALGOS / S 20H			SUSP	
2				SUSP	
3				SUSP	
4				SUSP	
5				SUSP	
6				SUSP	
7				SUSP	
8				SUSP	
9				SUSP	
10				SUSP	
11				SUSP	
12				SUSP	
13				SUSP	
14				SUSP	
15				SUSP	
16				SUSP	
17				SUSP	
18				SUSP	
19				SUSP	
20				SUSP	
# ENCONTRO PACIENTE: -					
# EXAME FÍSICO: -					
# HIPERTENSÃO: -					
# SO: -					
# CO: -					
# PR: -					
# PR: -					

Assinado digitalmente por
 Dr. Marcus Brunner
 CRM/RR 1917
 Residência de Ortopedia e Traumatologia

140.98 .92 - 360

Dr. Marcus Brunner
 CRM/RR 1917
 Residência de Ortopedia e Traumatologia



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia				 		
		PRESCRIÇÃO MÉDICA						
		DATA DE ADMISSÃO	05/07/2017	DIH			DN	13/02/1978
		PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA AGNÓSTICO FX DE TIBIA ALERGIAS IDADE 39 HAS DM2 LEITO 119-3 DATA 07/07/2017						
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				SN			
2	SF0,9% 500ML EV 12/12h				18:00			
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP			
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				50			
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN							
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROCID			
11	CURATIVO DIÁRIO							
12								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

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

6 H					Dr. Marcus Brunner CRM/RR 1917 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H					
18 H					
24 H	20/80	80		37°C	



119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE <i>Ronaldo Pereira da Silva</i>							
DIAGNÓSTICO <i>Artrose</i>							
ALERGIAS		HAS		DM2		NEGA	
NEGA		NEGA		DATA		05-07-19	
IDADE		LEITO					
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SND		
2	SF0.9% 500ML EV DE 8/8HS						
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				SUSP.		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				18		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				SN		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN		
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				29 08 16		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN		
13	CURATIVO DIÁRIO				Realizar		
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina		
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
<p style="text-align: right;">Dr. Pedro Di Giovanni... Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 1615</p>							
6 H		11476		72.		MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	
12 H							
18 H							
24 H		151894		84			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZYJ BFSGL D29D3 VAWYY



Outubro 05-07-17.

Leitura desta radiografia de - de, com de

→ - - - - - + - - - - -

Do Exame: Tórax - M10

Do Rx: Fratura de tórax - - - - -

CD: - - - - -
- Sol. Rx de controle

Tentativas de redução por - - - - -
colaborativa, de difícil redução

Dr. Pedro Di Giovanni
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM/RR 1615

CD: Outubro - - - - -


Gravo: RTG

№ Not: 291334

Lata: 02/04/17

Radiologia

Notificador



HOSPITAL DE POMBAL

Av. ...

05/08/2017

Dr. Pedro Di Giovanni

Residente de Ortopedia e Traumatologia

CRM/RR 1615



SINISTRO 3180406101 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RONALDO DA SILVA LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR
(Contingência)

BENEFICIÁRIO RONALDO DA SILVA LIMA

CPF/CNPJ: 81737653249

Posição em 12-04-2019 09:48:45

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.
O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/04/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

