

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 160536 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 688.679.212-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Carmelo, nº 1753, Bairro: Pintolandia, CEP: 69.314-422. Tel: (95) 99115-7733- E-mail: Santana.paloma@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, 29 / 10 / 2019.

Elineuma S. Cavalcante
ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.28459.66-5

4887237 003-0 RR

Elaineuma S. Cavalcante

ASSINATURA DO TITULAR




03



ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

FILIAÇÃO..... FRANCISCO CARMO CAVALCANTE
ELIZABETE BEZERRA SANTANA

NASCIMENTO..... 25/03/1981 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO..... R G. 180536 SESP RR 20/08/2004

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 688.679.212-15 CNH:

TIT. ELEITOR: 002534132640 SEÇÃO: 0005 ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/08/2010



ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO

ALTERAÇÃO

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE.....

DOCUMENTO.....



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

. ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE, Brasileira, Solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 160536 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 688.679.212-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Carmelo, nº 1753, Bairro: Pintolandia, CEP: 69.314-422.

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, 29 / 10 / 2019.

Elineuma S. Cavalcante.
ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE



POLEGAR DIREITO





CAER
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE TORREIA
RUA CARMELO 1753 - PINTOLANDIA BOA VISTA
RR 69314-422



Matrícula: 318833

Junho/2017

Cliente:

F ABIS DA SILVA

Endereço do Imóvel:

RUA CARMELO 1753 - PINTOLANDIA BOA VISTA
RR 69314-422

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.021.04..0255.000	5	4210	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
00110025	27/12/1999	CORTADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 3630	3631	1	34
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 05/05/2017	08/06/2017		

ULTIMOS CONSUMOS

201705 1-17
201704 7
201703 1-17
201702 1-17
201701 1-17
201612 1-17
MEDIA 1

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTALIS	S.COLI
EXTOTIDIS	168	168	168	168	168
ANALISONE	206	206	206	206	206
CONFIRMES	206	206	206	206	206

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	20,72

VENCIMENTO: 15/07/2017

TOTAL A PAGAR

20,72

AVISO: EM 31/05/2017 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
318833	06/2017	15/07/2017	20,72

82650000000- 3 20720004001- 3 00031883301- 9 06201790003- 6



Via do Cliente

Via do CAER

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE, Brasileira, Solteira, Autonomy, portadora da cédula de identidade nº 160536 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 688.679.212-15, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Carmelo, nº 1753, Bairro: Pintolandia, CEP: 69.314-422.

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, 29 / 10 / 2019.

Elineuma S. Cavalcante.
ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Elineuma Santana Cavalcante, CPF nº 688.679.232-35
Residente e domiciliado à rua Larmelo, nº 3753 bairro
Pontalândia, na cidade de Boa Vista, estado de
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 998,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 29 de Outubro de 2019.

x Elineuma S. Cavalcante.
ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.28459.66-5

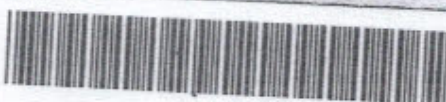
4887237 003-0 RR

Elaineuma S. Cavalcante.

ASS. NATURA DO TITULAR




U3



ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

FILIAÇÃO.....: FRANCISCO CARMO CAVALCANTE
ELIZABETE BEZERRA SANTANA

NASCIMENTO.....: 25/03/1981 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 160536 SESP RR 20/08/2004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 688.679.212-15 CNH:

TTT. ELEITOR: 002534132640 SEÇÃO: 0005 ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/08/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

NOME	DOCUMENTO	ASSINATURA E CARIMBO DO



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
26355910010	0010	RR	18/02/2009
17106	2010		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO			

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	07.150.290/0001-07 R. S. CONSTRUÇÕES LTDA
CCOC/CPICEL	Rua Campos dos Palmares, 1944 - Aeroporto
ENDEREÇO	CEP. 69301-083
MUNICÍPIO	BOA VISTA - RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	Serviços Gerais
DATA DE ADMISSÃO	01 de julho de 2019
REGISTRO Nº	2732
REMLUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 5000,00 (cinco mil e dez)
1ª	Assinado digitalmente por Jerson Rodrigues
DATA DE SAÍDA	31/07/2019
1ª	Assinado digitalmente por Paulo Sérgio Pereira
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	105.517.351/0001-98 Vale Serviços Terceirizados Ltda - EPP
CCOC/CPICEL	Rua: Uraricuera, Nº 1462 - São Vicente
ENDEREÇO	CEP: 69.303-453
MUNICÍPIO	BOA VISTA - RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	Serviços Gerais
DATA DE ADMISSÃO	02 de julho de 2019
REGISTRO Nº	2732
REMLUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais)
1ª	Assinado digitalmente por Diana Souza do Nascimento
DATA DE SAÍDA	19 de abril de 2019
1ª	Assinado digitalmente por Diana Souza do Nascimento
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	105.517.351/0001-98 Vale Serviços Terceirizados Ltda - EPP
CCOC/CPICEL	Rua: Uraricuera, Nº 1462 - São Vicente
ENDEREÇO	CEP: 69.303-453
MUNICÍPIO	BOA VISTA - RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	Serviços Gerais
DATA DE ADMISSÃO	02 de junho de 2019
REGISTRO Nº	2732
REMLUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais)
1ª	Assinado digitalmente por Verônica Alves Maia
DATA DE SAÍDA	05 de agosto de 2019
1ª	Assinado digitalmente por Joel José Alves Maia
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

CONTRATO DE TRABALHO	ALTERAÇÕES DE SALÁRIO
EMPREGADOR	AUMENTADO EM <u>01/01/10</u> PARA R\$ <u>520,00</u>
CGC/CPF/CEI	MOTIVO <u>Reajuste</u>
ENDEREÇO	AUMENTADO EM <u>01/01/11</u> PARA R\$ <u>550,00</u>
MUNICÍPIO	MOTIVO <u>Reajuste</u>
ESP. DO ESTABELECIMENTO	AUMENTADO EM <u>01/01/12</u> PARA R\$ <u>622,00</u>
CARGO	MOTIVO <u>Reajuste</u>
CBO Nº	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
DATA DE ADMISSÃO	MOTIVO
REGISTRO Nº	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	MOTIVO
1ª	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
2ª	MOTIVO
DATA DE SAÍDA	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
1ª	MOTIVO
2ª	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
COM. DISPENSA CD Nº	MOTIVO
FGTS Nº DA CONTA	AUMENTADO EM <u>/ /</u> PARA R\$
16	17

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS	ANOTAÇÕES GERAIS
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	(Anotações autorizadas por lei).
PERÍODO	O portador da presente foi admitido
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	em <u>01/07/10</u> por instrumento, escrito
PERÍODO	peio prazo de <u>30</u> dias de experiência
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	podendo este acordo ser rescindido por
PERÍODO	qualquer das partes antes do término do
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	prazo ora estabelecido, independentemente
PERÍODO	do aviso prévio ou indenização
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	Boa Vista-RR, <u>01/07/2010</u>
PERÍODO	R. S. CONSTRUÇÃO LTDA
DE <u>/ /</u> A <u>/ /</u>	<u>Jefferson Romaguera</u>
PERÍODO	S.A.
20	21

4887237	4887237
ANOTAÇÕES GERAIS	ANOTAÇÕES GERAIS
(Anotações autorizadas por lei).	(Anotações autorizadas por lei).
CONTRATO EXPERIENCIA Admitido em caráter de experiência pelo período de <u>45</u> dias conforme contrato de trabalho, podendo ser prorrogado por mais <u>15</u> dias, obedecendo o disposto no parágrafo único do artigo 445 da C. L. T. <u>22 106 12016</u> <i>Verônica Alves Maia</i> Verônica Alves Maia CPF: 074.757.482-00 SEP/RN TITULAR	
22	23



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 232 /2017 - Boa Vista-RR, em
16/03 /2017.

COMUNICANTE: ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE
RG: 160536 O. EXP.: SSP: RR CPF.: 688.679.212-15
ENDEREÇO: RUA CARMELO Nº: 1753
BAIRRO: PINTOLANDIA CIDADE: BOA VISTA
SEXO: FEMININA PROFISSÃO: COZINHEIRA
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA
DATA DE NASCIMENTO: 25/03/1981 IDADE: 35 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. MEDIO
INCOMPLETO. ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99115-7733 Nº REG. CNH: NÃO
NOME DO PAI: FRANCISCO CARMO CAVALCANTE
NOME DA MÃE: ELIZABETE BEZERRA SANTANA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 08:30 horas, do dia 21/09/2016, na RUA CARMELO, BAIRRO: PINTOLANDIA, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que estava conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 EX de PLACA: NBA-1223 CHASSI: 9C2JC4830DR024006 de propriedade da Sra. PALOMA SANTANA OLIVEIRA quando seguia na rua acima citada um veículo de COR: PLACA: CHASSI não identificado invadiu a sua preferencial e não tendo como evitar a colisão entre os veículos batendo em sua lateral, vindo a cair, informa ainda que após o ocorrido foi socorrida por terceiros e encaminhada ao PSE-HGR. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14 999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Elineuma S. Cavalcante
Comunicante

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

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

06/03/17

Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO
- ROP/PM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

06 MAR 2017

DE POLICIA

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

1600656763

21/09/2016 08:58:37

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 3

Paciente

ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

Prontuário

00054943

Data Nascimento

25/03/1981

Idade

35 A 5 M 27 D

CNS

7065483353148

CPF

68867921215

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

SSP/RR

Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Mãe

ELIZABETE BEZERRA SANTANA

Pai

FRANCISCO CARMO CAVALCANTE

Contato

Endereço

RUA CARMELO - 1787 - - -

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sessão

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

TRANSPORTADO POR TER

Procedimento Sol.

Registrado por:

EDUARDA NASCIMENTO

Queixa Principal

Síndrome Febril

Sintomático Respiratório

Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

Alta por Decisão Médica

Alta a Pedido

Alta a Revelia

Transferência para:

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento?

Sim

Não

Destino:

Família

IML

Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eduarda.nascimento

Data Hora: 21/09/2016 08:59:26

1600656763

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	2	DN	25/03/1981	
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE					
AGNÓSTICO	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	23/09/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 500ML EV 6/6H					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (D1 -21/09/2016)					SUSP
4	TENOXICAN 40MG EV 12/12H D2/3					
5	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA					
6	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)					
10	CURATIVO DIÁRIO					
11	SSVV + CCGG 6/6H					
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SEM QUEIXAS.						
BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA: MANTIDA + AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO						
# PREVISÃO DE ALTA:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	ALYSSON LINS MÉDICO CRM-RR 984	
6 H	120/73	76	-	36,2		
12 H	120X70	64	20	36,0		
18 H	110X80	60		36,1		
24 H	110X70	73	-	36,2		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	1	DN	25/03/1981
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE				
AGNÓSTICO	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	22/09/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (D1 -21/09/2016)				
4	TENOXICAN 40MG EV 12/12H D1/3				
5	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA				
6	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SEM QUEIXAS.					
BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,					
# SOLICITADO :					
# CONDUÇÃO : MANTIDA + AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO					
# PREVISÃO DE ALTA :					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	ALYSSON LINS MÉDICO CRM-RR 984
6 H					
12 H	120/80	78	-	36,1°C	
18 H	120/80	80	-	36,6°C	
24 H	120/80	78	22	36,8°C	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	21/9/2016	DIH	6	DN	25/3/1981	
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE					
AGNÓSTICO	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	27/9/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					3h30
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO					manhã
3	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA					5h
4	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N					5h
5	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5h
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5h
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)					5h
8	CURATIVO DIÁRIO					REPARAR
9	SSVV + CCGG 6/6H					REPARAR
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SEM QUEIXAS.						
BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,						
# SOLICITADO :						
# CONDUTA : MANTIDA + AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO						
# PREVISÃO DE ALTA :						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	ALYSSON LINS MÉDICO CRM-RR 984	
6 H	109x67	72		35		
12 H	109x81	89	-	36°C		
18 H	120x80	103		36,5		
24 H	120x80	64		36-40		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	7	DN	25/03/1981
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE				
AGNOSTIC	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	28/09/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO				1h
3	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA				2h
4	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N				3h
5	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				4h
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)				6h
8	CURATIVO DIÁRIO				7h
9	SSVV + CCGG 6/6H				8h
10	DIETA ORA ZERO A PARTIR DAS 22H				9h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SEM QUEIXAS. CIRURGIA AGENDADA PARA 29/09/2016					
REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,					
# SOLICITADO :					
# CONDUTA : MANTIDA					
# PREVISÃO DE ALTA :					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	ALYSSON LINS MÉDICO CRM-RR 984
6 H	145/95	101		36,2	
12 H	140x70	72		36,1	
18 H	130x90	122		36,1	
24 H	130x70	90		36,1	

Recusado em
 Cruz 25/09/16
 Ger. Ger. 25/09/16


 Alysson Lins
 Médico
 CRM-RR 984

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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, N° - BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - SÉRIE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - N° DO BILHETE	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - SÉRIE	
38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - EMPREGADO			
44 - EMPREGADOR			
45 - AUTÔNOMO			
46 - DESEMPREGADO			
47 - APOSENTADO			
48 - NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
51 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		52 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		54 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

85 anos

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
F. Linhares Santana Cavalcanti		1163		29 10 2019	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Circunferência de Pecho de 100cm		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
direto		11:55	12:40		
EQUIPE MÉDICA :					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		M. Abel	
Dr. S. S. S.		RES. ANESTESIA:		R. F. S.	
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. F. S.					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Dr. S. S. S. Dr. S. S. S.	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
R. S. S.					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
17	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50	
17	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
17	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
17	LUVA ESTERIL 7.5		17	FIO VICRYL Nº 0,2	
17	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
17	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
17	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
17	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
17	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
17	DRENO DE TORAX Nº		17	FIO PROLENE Nº 2,0	
17	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
17	SERINGA 01ML			SURGICEL	
17	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
17	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
17	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
17	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
17	OUTROS			OUTROS: F. S. S., S. S. S., S. S. S.	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
R. S. S.		R. S. S.		SUB- TOTAL	
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
R. S. S.		R. S. S.		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de Tornozelo - ①

Data: 29/09/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: EINEIMA SANTANA CAVALCANTE Idade 55

Bloco: A Enfermaria 116 Leito: 3

Caixa: Pequenos Fragmentos Nº 03

Circulante: JETRO

Sala

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa: 7 Furos - 1

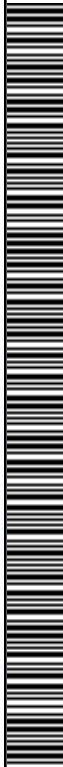
PARAFUSO CORTICAL: { ~~20~~ - 1 18 - 1
16 - 1

" CILINDRO 18 - 1
20 - 1

~~ASSINADO~~
Ortopedia Responsável
Médico RRR

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRPA

[illegible]



CIÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: F. Leonardo Sentena
conduto 35 cm 116-3

Obtenção de prótese de bota direita

TRANSOPERATÓRIO				SRPA		Sinais Vitais				
Entrada na Sala	Início Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P	PA	SPD2
11:30	11:57	11:40	11:40	11:45	<u>Riquem</u>	<u>ATO-fant./clav. brunget</u>	1h	68	120/80	94
Cirurgia Realizada				Posicionamento	Localização					
Hidratação Infundida				Antibiótico Terapêutica						
SF a 0,9%: 1000				Nome: <u>Regw</u>						
SG a 10%: ---				Dose: ---						
Outros: ---				Plasma: ---						
Nº de compressas oferecidas: ---				Plaquetas: ---						
Nº de compressas recolhidas: ---				Anexo Patológico: ---						
Sinais Vitais:				Nº peças: ---						
T: --- °C				() Sim						
SAT: --- %				() Não						
P: --- bpm				() Cultura						
R: --- rpm				() Outros: ---						
FC: --- bpm										
PA: --- mmHg										
Exames na S.O. () Ht () Hb () Hemograma				Rio X						
() Outros: ---										
Legenda										
1. Eletrodo										
2. Oxímetro										
3. PVC										
4. Placa de Bisturi										
5. Incisão										
6. Cateter										
7. Venoclise										
8. Dreno										
9. SNG										
10. Faixa de Smarch										
11. Outros: ---										
12. ---										
Destino: SRPA () UTI () Outros: ---										
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015										

Entrada: Rebeca Macedo Costa
Ass: Enfermeira

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome E. D. M. Silva
Cirurgião Responsável João / 11/11/16

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

ANTES DA INCISÃO

Anestesia W. H. D.

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 PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

☒ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo
Rebeca Magalhães Costa
Enfermeira

201



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/10/2019 OS: _____

ELENCO DE EQUIPE INCLUSIVE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura luxação da articulação do ombro
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Uso conservador da fratura luxação da articulação do ombro
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Elder Soares
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Exame em DDH. 30 minutos anestesia
- 2) Anestesia, antiseptia e colocação de campo cirúrgico
- 3) Incisão vertical em linha lateral de TESSIER sobre a articulação do ombro
- 4) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 5) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 6) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 7) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 8) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 9) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 10) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 11) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 12) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 13) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 14) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 15) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 16) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 17) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 18) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos
- 19) Lavagem da articulação com solução fisiológica
- 20) Redução da fratura por via cirúrgica aberta + fixação com placa e parafusos

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	8	DN	25/03/1981
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE				
AGNÓSTICO	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	29/09/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORA ZERO				5h
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO				8h
3	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA				5h
4	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N				5h
5	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)				5h
8	CURATIVO DIÁRIO				5h
9	SSV + CCGG 6/6H				5h
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEM QUEIXAS. CIRURGIA AGENDADA PARA 29/09/2016

BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	ALYSSON LINS MÉDICO CRM-RR 984
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

17 0A 10
04h 10h
grupo de coleta

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	5	DN	
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE				
AGNOSTIC	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	26/09/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	MANTER ACESSO VENOSO PÉRVIO				
3	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA				
4	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N				
5	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)				
8	CURATIVO DIÁRIO				
9	SSVV + CCGG 6/6H				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DE GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEM QUEIXAS.

BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORAD

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA + AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	Fora	110	—	36,0
12 H	130x90	110	—	36,8C
18 H	110x70	89	—	36,8C
24 H	120x90	90	—	36,8C

Paciente com
curativo
01/10/16 M G m

CUSA LOP...
CASA LOP...
CASA LOP...

Alysson Lins
Médico
CRM-RR 384

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		75/09/81	
PACIENTE		SALEMA CAVALCANTE		FRAZÃO		100% TMR DI	
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2		11.09.16	
ALERGIAS		LEITO		DATA		11.09.16	
IDADE		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		5h2	
ITEM							
1	DIETA ORAL LIVRE					5h2	
2	AVP					manhã	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H					2amp.	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					15 h 20	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
11	CURATIVO DIÁRIO					Kohmer	
12	SSV + CCGG 6/6 H					Roth	
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							
A LOPEZ ALMEIDA Médico Traumatologista O.R.M. 565 R.R.							
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Fátima. Tel (65) 2171-0620 AUTENTICAÇÃO 22 FEV. 2017 Sheik Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H	140/90	86					
24 H	120/80	78	21	36.3			
06H	120X70	70	20	36°C			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	21/09/2016	DIH	4	DN	25/03/1981
PACIENTE	ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE				
AGNÓSTICO	FRATURA/LUXAÇÃO TORNOZELO D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	35	LEITO	116-3	DATA	25/09/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (D1 -21/09/2016)				SUSP
4	TENOXICAN 40MG EV 12/12H D2/3				
5	TRAMOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV ATÉ 8/8H SE DOR INTENSA				
6	DIPIRONA 2 G EV OU VO 6/6h S/N				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 401: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEM QUEIXAS.

BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA + AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	70/40	75	-	36,5
12 H	115/80	70		36,5
18 H	120/80	80		36,5
24 H	130/90	83		36,7

ALYSSON LINS
MÉDICO
CRM-RR 984

Dr. Pedro Di Giovanni
Secretaria de Saúde
Curitiba

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: RS
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: RS
4 - CNES:

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE: CRISTINA SARAIVA CAVALCANTE
6 - N° DO PRONTUÁRIO: 54943
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 101101813161315131141918
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/03/81
9 - SEXO: F
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Elizabeth Bezerra Santana
11 - TELEFONE DE CONTATO: 915 911 2181861012
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Carvalho nº 1753 - Pindamonhangaba
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: San José
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 310
15 - UF: RS
16 - CEP:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Solu queda, cerebral da
limite da funcional de Tórax. dir.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CRONICA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Pr Tórax. dir.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Pr Tórax. dir.

21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: CRONICA Tórax. dir.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 51151915131611111111

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/09/16

28 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):

29 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

30 - ACIDENTE DE TRABALHO:
31 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:
32 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO:

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
34 - EMPREGADOR:
35 - AUTÔNOMO:
36 - DESEMPREGADO:
37 - NÃO SEGURO:

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
39 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 03.08.01.00
40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 03/08/16
41 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 03/08/16

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 2023



SINISTRO 3170543855 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

CPF/CNPJ: 68867921215

Posição em 29-10-2019 14:52:51

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

SINISTRO 3170543855 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELINEUMA SANTANA CAVALCANTE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO

RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO

GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO

ELINEUMA

SANTANA

CAVALCANTE

CPF/CNPJ:

68867921215

Posição em

29-10-2019

14:52:51

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

