



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Jofion Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ISMAEL SARAIVA DA SILVA, brasileiro (a), estado civil: UNIÃO CIVIL, Profissão: AGRICULTOR, portador (a) da Cédula de Identidade CIRG 134072 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 382.759.702-04, residente e domiciliado (a) na LOCAL 34, Km 25, nº 23, Bairro: ZONA RURAL, no município CAPO D'OR/RR, telefone: 99801-9449, E-mail: _____, vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: **SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade civil, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR, representada por seu sócio administrador **Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA**, brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 317B, **Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e **Dr. JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer, apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada, receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação, enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório DPVAT.

_____/RR ____ de ____ de 20____.

x ISMAEL SARAIVA DA SILVA
Outorgante



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3176

Dra. Paula Rafaela Pálha de Souza
OAB/RR 3408

Dr. Jofion Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: ISMAEL SARAIVA DA SILVA, estado civil VUÍVO ESTAVEL, RG nº 134072, e CPF nº 382.755-702-04, residente e domiciliado (a) na VICINAL 34 Lote 23, KM 25 Bairro: ZONA RURAL, Cidade CAROUBE - Roraima, telefone (95) 98801-9449.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____.

x ISMAEL SARAIVA DA SILVA

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
806624363

PROIBIDO PLASTIFICAR
806624363

NOME
ISMAEL SARAIVA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/AF
134072 SSP RR

CPF
382.755.702-04

DATA NASCIMENTO
12/06/1975

FILIAÇÃO
MANOEL FELIX DA SILVA
FRANCISCA SARAIVA LIMA

PERMISSÃO
ACC
CATHAS
PUB

Nº REGISTRO
03323086757

VALIDADE
26/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
28/06/2004

OBSERVAÇÕES

ISMAEL SARAIVA DA SILVA
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
20/11/2013

38772298451
RR207258473

ASSINATURA DO EMISSOR
Sergio Daniel Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR

DETRAN-RR (RORAIMA)



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.45.05
3783403783

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: OLIVEIRA & ARAUJO LTDA
AGENCIA: 3783-4 CONTA: 23.456-7
EFETUADO POR: MACIEL M ARAUJO

Convenio BOA VISTA ENERGIA
Codigo de Barras 83630000000-4 26810075000-2
00000000531-4 39020919008-6
Data do pagamento 23/09/2019
Valor Total 26,81

DOCUMENTO: 092307
AUTENTICACAO SISBB:
F.CDF.AB2.2C8.EF2.386



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0531390-2

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

Nº da Nota Fiscal 003707257

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
SETEMBRO/2019	06/10/2019	50	26,81

ISMAEL SARAIVA DA SILVA

V. VIC 34 RURAL

CPF: 00038275570204

CEP: 69.378-000 - CAROEBE

ROT: 412.060.12.62.016

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1382		Atual: 20/09/2019
Anterior:	1382		Anterior: 22/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 20/10/2019
Consumo Medido:	0		Emissão: 19/09/2019
Consumo Faturado:	50	FCAM	Apresentação: 20/09/2019

MINIMO

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posta	Código Fat.	Média 12 m
RURAL	BI	TDB1713453		4.2.2.2	5

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 0	CONSUMO 50 A R\$ 0,536282 = 26,81
JUL/19 57	
JUN/19 56	
MAI/19 57	
ABR/19 66	
MAR/19 65	
FEV/19 87	
JAN/19 64	
DEZ/18 25	
NOV/18 41	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 50 - 0,444240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007075120 E FAÇA O PLANO VENCIMENTO 10 11 16 21 20
Parabéns! Até o dia 19/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 781A.C137.03C9.6563.A139.AA64.43EA.ADAC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 0,89	Base de Cálculo: 26,81
Energia: 14,59	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 4,55
Encargos: 0,75	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 4,58	Valor do COFINS: 0,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	

07/2019

0,00

ROT: 412.060.12.62.016000



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

SEU CÓDIGO

0531390-2

TOTAL A PAGAR - R\$

26,81

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

06/10/2019

Nº da Nota Fiscal:

003707257 FCAM

83630000000 4 26810075000 2 00000000531 4 39020919008 6



SEQ.: 00056 UC: 0531390-2 DT.LEIT.: 20/09/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 1382 MINIMO TOTAL: 26,81 CARGA: 001
DT.VENC.: 06/10/2019 IRREG.: 030 COLETOR: 3082

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 01316101B000	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01072798359		2019
NOME			
ISMAEL SANTANA DA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
382.735.702-04		MRB3278	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
01-012405		906KF108350019129	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PIS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
YAMAHA / XTZ 125XE		2015 2015	
CAP. / POT. / CIL		CATEGORIA	
21-012405 / 1		PARTICU	
COR PREDOMINANTE		COTA ÚNICA	
PRETA		VENC. COTA ÚNICA	
		1º	
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
2º		3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
R\$336,05		R\$40,01	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
R\$376,06		05/05/2019	
OBSERVAÇÕES			
AL FIM YAMAHA ADRIANO CONSORCIO LTDA * P			
LUIZ SAIB ANTONIO *			
100 Gomes Brasil			
Diretor Presidente Interino			
DETRAN-RR			
DATA			
12/08/2019			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS			
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS			
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 01316101B000		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2019			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT			
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO			
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
01	382.735.702-04	MRB3278	2019
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
01072798359	YAMAHA / XTZ 125XE	2015	2015
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2015		906KF108350019129	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$336,05	R\$40,01	R\$376,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
R\$4,15	R\$40,02	R\$380,23	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	05/05/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			

ETIQUETA NO VÍDEO

AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA - RR, CEP: 69.375.000, FONE: (95) 3235-1691
E-mail: depolniza@hotmail.com

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;

☐ OM ao SO, relatório em dias - APC; ☐ Outras(s) providência(s); ☐ Elaborar-se art(s).

Delegado(a) de Polícia Civil

Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

OBS: Comunicante/vítima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às 14h.

COMUNICANTE

BREVE RELATO DOS FATOS: (O) A comunicante acima qualificada, comparece a esta DEPOL para registrar que em dia local e horário acima descrito, conduzia na BR 210 sentido São Luiz/Novo Paraíso, seu veículo tipo motocicleta marca HONDA Yamaha/XTZ 125 XE, ANO 2015, PLACA NBA 3298, DE CÔR PRETA, CHASSI 9C6KE1060F0018129, com CRLV em nome de ISMAEL SARAIVA DA SILVA, quando um veículo tipo Camioneta Montana de côr PRATA atravessou a BR colidindo com a motocicleta do comunicante, causando-lhe lesão corporal (fratura exposta na perna esquerda); QUE o condutor da camioneta Montana não parou para prestar socorro. É o breve relato.

COD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
		A TIPIFICAR

DADOS DA INFRAÇÃO

NOME: Não identificado.

FILIAÇÃO:

GRAU DE INST:

COR/IDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

NACIONALIDADE:

DADOS DO ACUSADO

NOME: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

FILIAÇÃO: Manoel Felix da Silva e Francisca Saraiva Lima

GRAU DE INST: Fund. Incompleto

COR/IDADE: Branca/44 anos

DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1975

NACIONALIDADE: Ouro Preto D'Oeste/RO

DADOS DA VITIMA

NOME: ISMAEL SARAIVA DA SILVA RG: 134072 SSP/RR CPF: 382755702-04

END: Rua Caroebe nº 05, Centro- Caroebe/RR

DADOS DA COMUNICANTE

DELEGADO: Fernando Alves da Cruz

ATENDENTE: PAULO ROBERTO F DE ANDRADE MAT. 42000089

LOCAL, DATA E HORA: BR 210, em frente ao Hospital Francisco Ricardo de Macêdo, em 22/07/2019 às 11:00 horas aproximadamente.

DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



566702



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700081

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000000011098-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

*OK Anhe - Corol
em 22/02/19
whats!!*

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00149/00150 - carta_15R - INVALIDEZ

00040075



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: PJVC YAPFD TS6V7 P3FJY



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / SÃO LUIZ DO ANAUÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: B51 Equipe: Dr. Manoel Led Welcimar
Paciente: Ismael Saraiva da Silva Idade: 44 Sexo: M
Endereço: BR 210

Nº _____ DATA 22/01/2019 HORA SAÍDA: 10:49
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: _____ HORA CHEGADA: _____

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☒ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☒ Acidente com moto X <u>Moto</u> ☐ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: _____	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: _____ ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros: _____

AValiação Fisiológica

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Outro: _____	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar ☐ acima de 2" ☐ Ausente	☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorrêa ☐ Rinorrêa ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>120/90</u>	<u>56</u>	<u>18</u>	<u>98</u>	<u>36,5</u>	<u>1</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
Fim	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

AValiação Secundária

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Deavio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações

AValiação Cardíaca

AValiação Cardíaca	AValiação Clínica	HISTÓRIA PRETERITA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ EQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

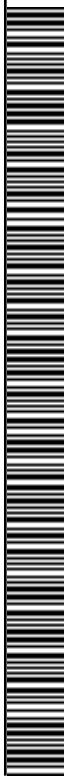
Wellington Alves de L. Junior
Av. São João nº 1048 - Centro
CRM/RR 1817

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

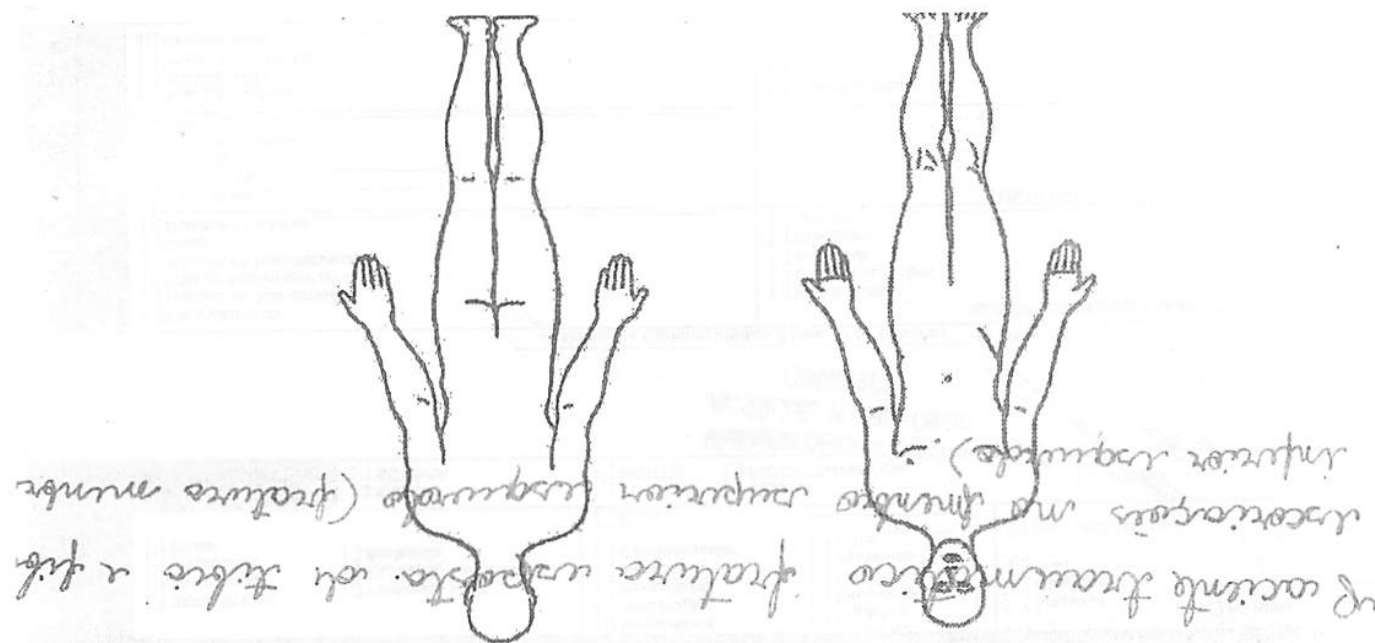
OPORTUNIDADE	MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trota ☐ Bombeiro no local: _____	☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros: _____

OPORTUNIDADE	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
☐ Iniciada as: _____ ☐ Término as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.: _____	☐ Cosme e Silva ☐ HCSCA ☐ Maternidade ☐ Outros

OPORTUNIDADE	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSCA ☐ Maternidade ☐ Outros



05/02/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Petição



PERIÊNCIA DO PACIENTE		TERMO DE RECUSA	
Descrição:	Nome do Receptor:	Assinatura do Receptor:	Assinatura do Paciente:
Função do Receptor:			
Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:			
RG: _____			
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
Movimentos fetais: _____			
BCF: _____			
Perda de líquido: _____			
[] Com cateto [] Sem cateto			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCALA DE GLASGOW		ESCALA DO TRAUMA	
Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1
Orientado	Balbucia	5		0	0
Confuso	Choro irritado	4		> 90	4
Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3
Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2
Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0
Localiza a dor	Releixa ao toque	5		14 a 15	5
Flexão normal	Releixa a dor	4		11 a 13	4
Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3
Extensão a dor	Flexão anormal	2		6 a 7	2
Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1

ESCALA DE GLASGOW		ESCALA DO TRAUMA	
Escala			
10 - 24	4	10 - 24	4
25 - 35	3	25 - 35	3
≥ 36	2	≥ 36	2
01 - 09	1	01 - 09	1
0	0	0	0
> 90	4	> 90	4
70 - 89	3	70 - 89	3
50 - 69	2	50 - 69	2
01 - 49	1	01 - 49	1
0	0	0	0
14 a 15	5	14 a 15	5
11 a 13	4	11 a 13	4
8 a 10	3	8 a 10	3
6 a 7	2	6 a 7	2
3 a 4	1	3 a 4	1

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO - CNES: 7470371
RORAINÓPOLIS - RORAIMA - BRASIL - RR

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO =>		DIA	MÊS	ANO	HORA	NUMERO DE PRONTUARIO
		22	07	2019	12:29	
01 DADOS DO (A) PACIENTE:						REGISTRADO POR:
NOME DO PACIENTE: <u>Imael Saraiva da Silva</u>						SEXO: M (X) / F () OUTROS: ()
DATA NASC	<u>12</u> <u>06</u> <u>1975</u>	<u>43</u>	Documento de Identificação		C.P.F.	ETNIA:
<u>Logradouro e Nº</u>		<u>CARTÃO DO SUS Nº (CNS):</u>		<u>ESTADO CIVIL:</u>		
<u>Rua</u>		<u>País (UF)</u>		<u>NACIONALIDADE:</u>		
<u>Município:</u>		<u>BRASIL</u>		<u>BRASIL</u>		
FILIAÇÃO		PAI		MÃE		
		<u>Manoel Felix de Souza</u>		<u>Francisca Saraiva Lima</u>		
						<u>05.3701019/0001-00</u>
						<u>HOSPITAL REGIONAL SUL</u>
02 DO ACIDENTE:						
☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO ☐ OUTROS (DESCREVER)						
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:						
☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO ☐ OUTROS (DESCREVER)						
Outros (descrever)						
TEMP: <u> </u> PESO / Kg: <u> </u> P.A. <u> </u> X <u> </u> m.m.Hg.						
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:						
PROFISSÃO						
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES		
			<u>12:30</u>			
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:						
ESPECIALIDADE:						
RESUMO CLÍNICO: <u>Colisão moto x carro e fratura exposta em perna (E).</u>						
EXAME FÍSICO:						
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):						
<u>Rx de perna (E)</u>						
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):						
DIAGNÓSTICO:						
<u>H.P.P.: refere "artrite septica" em quadril</u>						
<u>e há alguns anos MIE e glicemia</u>						
08 DO (A) PACIENTE:						
REMOVEDO (A) PARA						
<u>TRANSFERIDO DO HOSPITAL DE</u>						
<u>SAC LUÍZ para RORAINÓPOLIS.</u>						

Obito
Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não.

Destino: () Família () IML.

ALTA

06

08

2019

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Rubrica do Medico

Marília C. Chaves
Médica
CRM-RR 1677

22/02/19
12:40

PACIENTE TRAZ DO IOL: SMO. IDO.
SAO VIZ DO NOME, LEM. NOME

DE COL. N. Noto/leão, em caso de
fratura, com n.oto de fratura exp.
m. f. m. Esquerda, N. m. p. de
concl. com n.oto de fratura

EF: Fratura exp. em plano esquerdo
com fratura at. e p. de osso
R. de fratura esq - Fr. de osso de
plano esq

Col. N.oto de

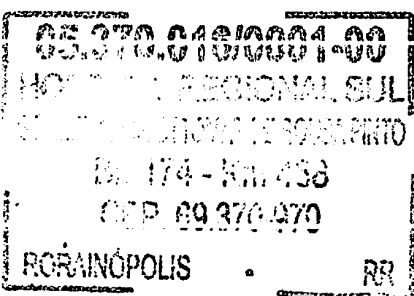
② S. Fr. 1000 ml. E. V. I

③ Transp. 4 ml + S. f. 0,9%
200 ml. E. V. N.oto de

④ Col. N.oto de 2 S. E. V. N.oto de

⑤ Sol. de 100 ml + fratura
fratura esq.

⑥ Fratura de osso



Paciente foi referenciado

para Do. Visto mediante complexidade.

Agendamento do quadro porém se recusou
a entrar no ambulatório "ref. de med. de

Dr. Marcelo Santos Junior
CRM - RS 1997



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SAI

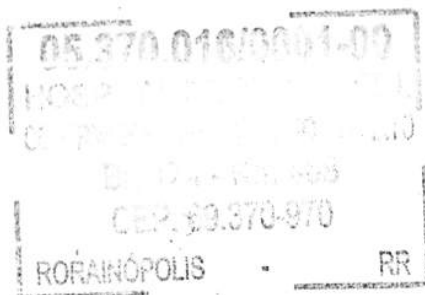
☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

NOME DO PACIENTE <i>Paulo Sergio de Souza</i>		DATA DE NASCIMENTO		IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		CIDADE		UF	TELEFONE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>FX Perna (E)</i>					
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS					
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO <i>Wellington Alves de L. Junior</i> Av. São João nº 1048 - Centro CRM/RR 1817				DATA DE EMISSÃO <i>22/02/19</i>	
ENCAMINHADO PARA				UNIDADE SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO				ENDEREÇO	
ASSINATURA E CARIMBO				CIDADE	

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO

Confere
com original.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
Israel Saraiva da Silva				22/07/2019	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Fratura exposta da tibia e fíbula (ortossintese)			INÍCIO 13:40	FIM 16:20	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA				
1° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
2° AUXILIAR	CIRCULANTE				
Cirurgião: Gustavo		Anestesista: Atila Bessa			
1° Auxiliar: Alda Regina		Instrumentador:			
2° Auxiliar:		Circulante: Shana / Nutricionista			
TIPO DE ANESTESIA: Raquianestesia					
TEMPO DE DURAÇÃO					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°		1	cateter nasal	
	CATGUT SIMPLES N°		52	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SURO FISIOLÓGICO %cc	
	CATGUT N°		1	FRASCO SORO	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLAXEDIL Bupivacaína + efedrina	
	FIOS DE SEDA N°			FLUOTHANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			PENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA			ENTRANE	
	MONONYLON SEM AGULHA			ÉTER	
	UNIDADES DE GAZE			ATROPINA	
	PÁRES DE LUVAS N° 7-5			PROSTGME	
	EQUIPOS PARA SORO			THIONEMBUTA	
	ROLOS DE ESPADADADO			MARCAÍNA	
	DRENOS N°			INOVAL	
	SONDAS N°			GLICOSE %	
	AGULHAS			ÁGUA OXIGENADA	
	COMPRESSAS			MERTHIOLATE	
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERCÚRIO CROMO	
	Ataduras			FRASCO de álcool 70% 500 ML	
	Rofo de algodão P/gesso				
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

ATENÇÃO ESCRVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

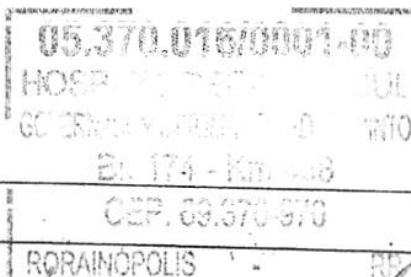
BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22.07.19 C.C. _____

Conteúdo: _____

ISABEL DA SILVA



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Proteção expõe os ossos

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: perme. e

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: P. Melo 1º AUXILIAR: A. Melo

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: A. Melo ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

① Paciente D.H.S.E.N.

② Após a triagem / exames pré-operatórios.

③ encontra-se: paciente transferido do interior, vítima de acidente de alto nível de violência com fratura de Tibia com perfuração por arma branca (cabo) e fratura segmentar com ampla perda de substância mole e lesão em M.S.B.

O exame de sangue SGO 9% p.l. brs + dxer: dnc alcoólica. controle de danc.

- ⑤ Medidas de proteção ambiental, a fim de evitar a contaminação do solo, a água e o ar, bem como a preservação da paisagem e a recuperação das áreas degradadas, bem como a implementação de medidas de controle e prevenção de novos danos.
- ⑥ A elaboração de projeto de recuperação ambiental, bem como a implementação de medidas de controle e prevenção de novos danos.
- ⑦ Autuação, ciência, RPT.

Dr. Gustavo Furtado
O. 100.000.000
CRM-RR 1256

Com o original.

05.370.016/0001-00	RR
HOSPITAL REGIONAL DO SUL	
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE	
BR 174 - KM 193	
CNPJ: 69.370.870	
RODRIGUES POLIS	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

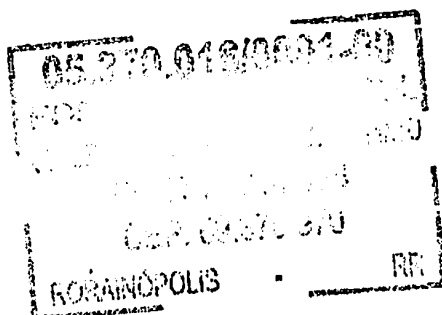
Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Ismael Saraiva da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<i>Midazolam (5mg) @ 13:40h saturf.</i> <i>Ketalar (50mg)</i>		<i>ASA II</i> <i>22/10/19</i>
AGENTES		
VENOSOS	<i>20ml 0.9% NaCl</i> <i>20ml 0.9% NaCl</i>	
DA	<i>240</i>	
X	<i>38</i>	
ULBO	<i>36</i>	
O	<i>32</i>	
X	<i>32</i>	
OP	<i>30</i>	
O	<i>30</i>	
TEMP	<i>36</i>	
ASPIR.	<i>36</i>	
A	<i>36</i>	
RESP	<i>36</i>	
O	<i>36</i>	
Export	<i>36</i>	
Assist	<i>36</i>	
Contro	<i>36</i>	
SÍMBOLOS	<i>A.E.D.</i>	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	<i>Midazolam 5mg</i>	<i>ASA</i>
B	<i>Ketalar 50mg</i>	<i>ASA</i>
C	<i>Planal 2mg</i>	<i>ASA</i>
D	<i>Planal 2mg</i>	<i>ASA</i>
E	<i>Midazolam 5mg</i>	<i>ASA</i>
F	<i>ASA</i>	<i>ASA</i>
G	<i>ASA</i>	<i>ASA</i>
GLICOSE	<i>GLICOSE = 11</i>	<i>ASA</i>
NOCD	<i>ASA</i>	<i>ASA</i>
SANGUE	<i>ASA</i>	<i>ASA</i>
TOTAL	<i>ASA</i>	<i>ASA</i>
OPERAÇÃO	<i>Trat. Fratura exposta Perna @</i>	
ANESTESIA	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
<i>Dr. Adria Bessa</i>	<i>01/01/2020/01/2020</i>	<i>ASA</i>

Dr. Adria Bessa
Médico
Anestesiologista
CRM-1265/RR



com original
controle



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: MAEC. DA SILVA.			
PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS: Confere com original.			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
22	11.00	05.37.016/0001-00	
07	11.00	HOSPITAL REGIONAL SUL	
19	11.00	GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO	
16.50	11.00	BI 174 - Km 464	
	11.00	CEP: 69.370-970	
	11.00	ROSA RIBEIRO	
	11.00	RR	

Atenção clínica pelo profissional 174.

[Assinatura]

LT: 10

T. 36.7C

SND

~~Selma M. P. Vanden
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 624.425~~

Salma M. P. Landrin
Aux. de Enfermagem
COREN-RR-624 425

~~Selma M. P. Landriff~~
~~Aux. de Enfermagem~~
~~COREN-RR 629.296~~

12%

18



Selmã M. P. Landrim
Aux. de enfermagem
CPF EN-RR 624 325

2.

Dr. Gustav Furrer
C. R. M. F.

•

05.370.016/000-1-00
HOSPITAL EMBALAGEM SUL
GUARAPARÉ - F. PINTO
Br. 174 - Rm. 103
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR

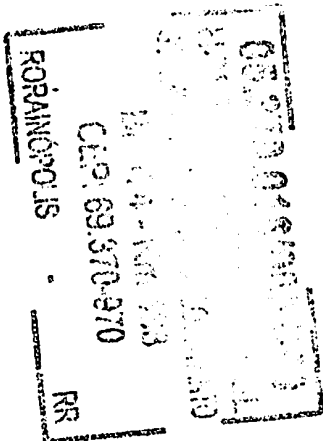
hora	T.	P.	R.	PA
18:00	34.7°			140x80
24	36.3	107	18	140x90
06	36°	77	18	90x70

15:30 Por ordens verbais
Médicas, foi adm 1^{ta} tra
midazolol 20mg 2cp (10) -



conter
com original

Paciência me o senhor deseja.
me o certo de Fernando
para umido de um maia
com perna de Han/
Unidade de Lixação, para
para colar de
para de para colar
Um aparelho de medição
de para para no para
Fe Lixação. Um aparelho de
para





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: QUARTO: LEITO: 19 Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

W. M. A. L. D. S. I. L. V. I.

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

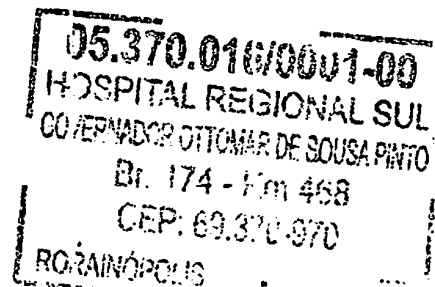
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
25/05	(1) Diet. S. I. V. I.		Conferência em original
05/05	(2) M. A. L. D. S. I. L. V. I.		
15/05	(3) ceftriaxona 1g - 81P.		
	(4) metformina 500mg - 81P.		
	(5) glicose 270 - 14 cc		
	(6) T. I. L. A. B. 200 - 12 cc		
	(7) Antibio		
	(8) R. I. P. O. L. A. S. I. L. V. I.		
	(9) S. I. V. I. + C. C. C. C. C. C.		
	Dr. Gustavo F. Machado Ortopedia CRM-RR 1256		
	ROINA		
	Versão, Bloco HC A. L. C. H.		
		hora	T. P. R. PA
		18	36°C 68 20 120x79
		24	36°C 70 20 130x79
		06	36°C 70 20 120x79



Paciente orilado sobre
expono no leito, porém
na oculto

leito, porém progressivo
melhora de parte male.
oferece vomito recente.
paciente em estado com mais
capacidade; per parte
refute

Confere
com original





Nº REGISTRO:

15 MAR 01 11 51Z VIA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES:

Pike Lake

Chair

② 8:00 auf 2 P / P 5

④ Ch. Done 11-8181

5) Mr. Horn, Jr. & Sons

get-a-cin. 214 & 104.

① cut - com F1001 WAS see

8910 Dec. 2nd - 1/14/16

DRG 1555

Ortopedia

1. Confere
Torn original

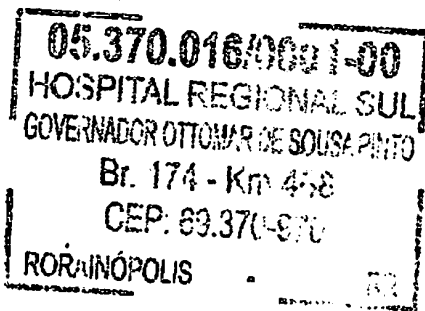
CEP: 69.370-670

To Dimple and Samiraj & implor
condole m.d. at WASC

Paciente reavaliado por
Bcc Visc, mesmo sendo orla
sobre indico de repate acausado
e necessidade de TC, que HPP de
orbite septico sic, diversas outras
comorbididades e Tto irregular, presc SIC.

Paciente no estado reavaliado, sendo de estado
e sair do como indica medica

Orto paciente sobre prescricao de
prati plano
do TTC.



hora	T.	P.	R.	PA
12	36,2	88	20	120x60
18	35,6	100	20	110x60
24	36,2	108	19	150x110mm-69

hora	T.	P.	R.	PA
12	36,0	98	20	140x90

Confere
com original.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: QUARTO: LEITO: 19 Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE: ISMAEL DA SILVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

1) Diet. L.V.

2) MAN. 15 FCS em PIP

3) Cef. G. 1000mg. 1x PIP

4) insulina gl. l. 500 - PIP

5) glicose - 100 - 720

6) catu

7) D. para 2 - 610

8) catu - 2x Dia com FARMACIA

9) S.V. + C.C.

05.370.018/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

CEP. 69.370-970

RORAINÓPOLIS

hora	T.	P.	R.	PA
12	36,0	98	20	110x90
18	36,4	104	18	110x78
24	36,0	100	20	130x80
06	36	92	20	120x60

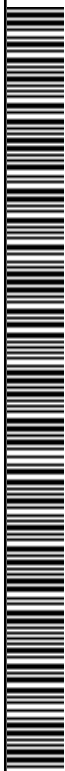
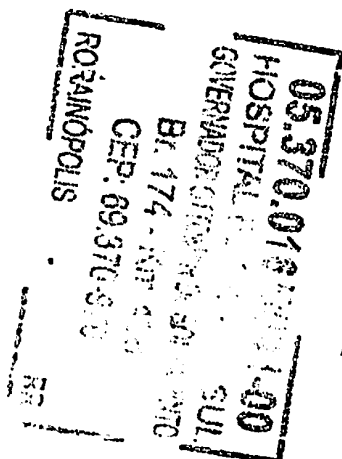
Dr. Gustavo F. F. F.
Ordem de Serviço
PRMRR 1256

Confere
com original



1)
improvementa melhora
de parte mais
to tipo de obra
plan
Alcicle man HC.

Compre
com original





PRESCRIÇÃO DIÁRIA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

[illegible]

30 Paciente no leito, cdm, later, Vênha
01/19 ligando, nos refere queixa, lesões
em MTE, com presença de
bolhas, eritema, edema e tecido
superficial epante (mucoso) — pele
desvitalizado

Paciente referenciado por DR.
possui reserva renal.
Paciente familiar de funcionários
do hospital (Mancressa)
Fp limpo/boa sem sinais de infecção
em delimitação de decréscio. Regras
deletado

05.370.016/0001-00
HOSPITAL DE CLÍNICA E CIRURGIA
GOVERNADOR ALBERTO CRUZ
R. 11 - Km 408
Cidade: 09.370-970
ROIMANGOLIS

Confere
com original.



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

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: PJYTZ EAJXU PQ2MU TVRUD



05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

Paciente B.E.C. altera prescrição de
calmo com efeito de anestesia de
doenças pulmonares para Dox Vato.
pelo que quer se para hospital
particular e por este F.O. LUISA/SESA em Belém
cliente que precisa de cuidados
pós-hospitalares e que não pode
concordar a este estado a prescrição
de cuidados de enfermagem.

Confere
com original

Logo após ser admitido em unidade de emergência
do Hospital Regional Sul de Belém, o paciente foi
atendido por enfermeira e médico. A equipe de enfermagem
e o médico de plantão foram avisados e encaminhados para
atender o paciente.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: ISMAEL			
PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:		RELATORIO DE ENFERMAGEM
			HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:
30/01/19	D. Diet. Clor. D. 2	05.370.010/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO Roraima - 69.370-970 CEP: 69.370-970 RORAIMÓPOLIS - RR	SND 8/1/19
	2. STQ, 9.500, 2.818		14/2/19
19	3. Ciprof. 1000mg - 500 - 2.818		14/2/19
	4. Ceftriaxona 1g em 12h		14/2/19
	5. Ceftriaxona 1g em 12h		14/2/19
	6. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	7. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	8. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	9. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	10. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	11. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	12. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	13. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	14. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	15. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	16. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	17. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	18. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	19. Difen. 250mg - 12h		14/2/19
	20. Difen. 250mg - 12h		14/2/19

Dirigido hospitalar com o intuito de realizar o exame de urina e sangue para diagnóstico de diabetes mellitus; prescrito nos exames de urina e sangue.





Fez entrega aos autos
de acordo com o despacho de
12/02/2020 em 21/02/2020.
Atestado pelo perito
de nome.

05.370.016/0001-00
HOSP. DE REABILIT. SUL
CNPJ: 07.000.000/0000-00

174 - Km 458
CEP: 65.370-970
RORANÓPOLIS

Confere
com original

folia	T.	P.	R.	PA
12	36.2	111	20	130x90
14	36.0	116	19	130x90
24	36.0	102	20	130x90

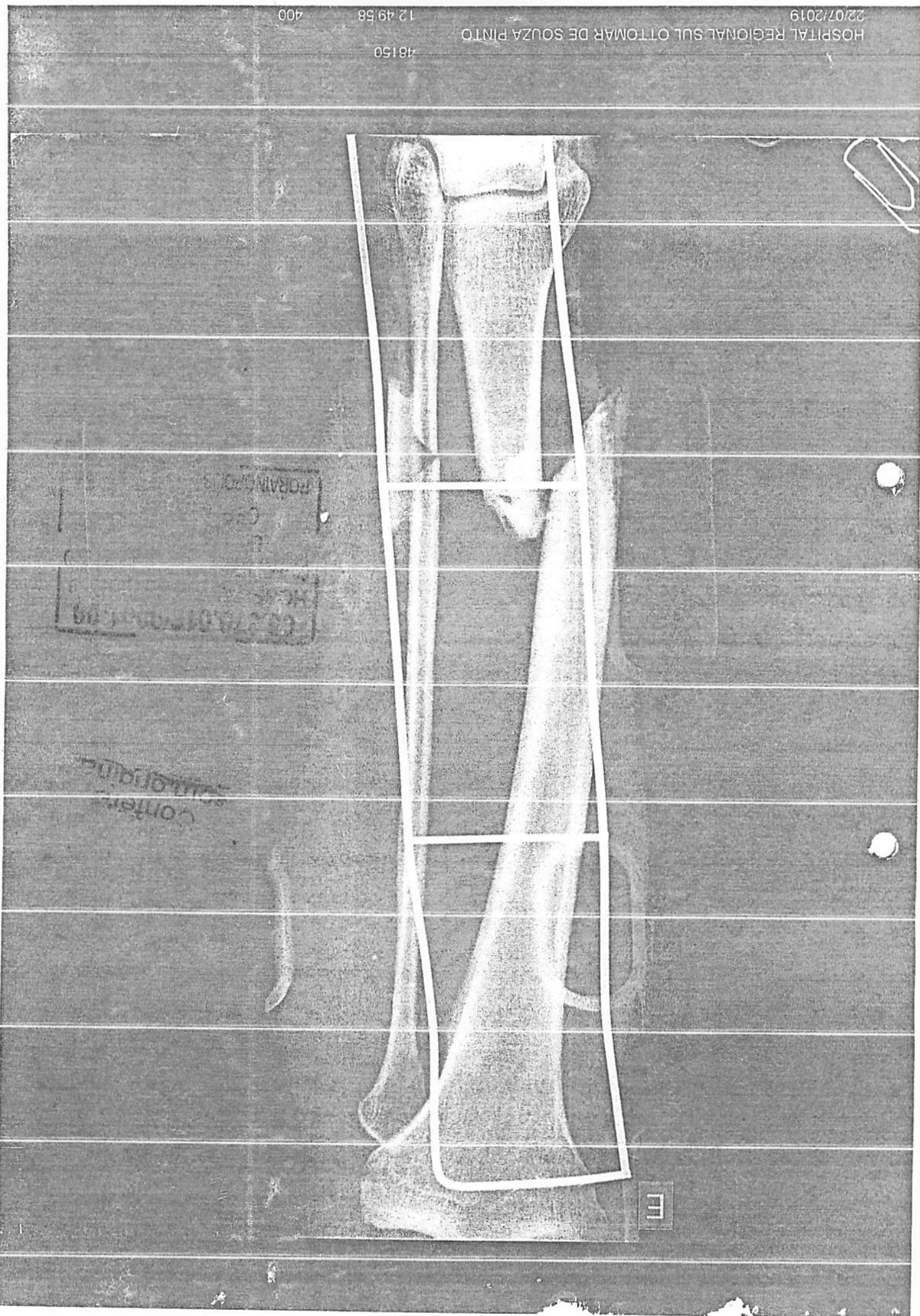
 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTCMAR DE SOUZA PINTO		PRESCRIÇÃO DIÁRIA	
SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE:		ISMAEL SARAIVA.	
PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:		
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
	HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:	
31/01	1) Dieta líquida.		
	2) STO, 9.500ml. de R18h.		
	3) Celulose 1g de 12/12h.		
	4) D. p. 200ml de R16h.		
	5) Curativo do local com F1000/150.		
	6) Vitamina C 1 em 12h.		
	7) JVP + CCG.		
05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTCMAR DE SOUZA PINTO Br. 174 - Km 408 CEP: 69.370-970 RORAIMÓPOLIS		com. original PA: 110x90 7.36°C	

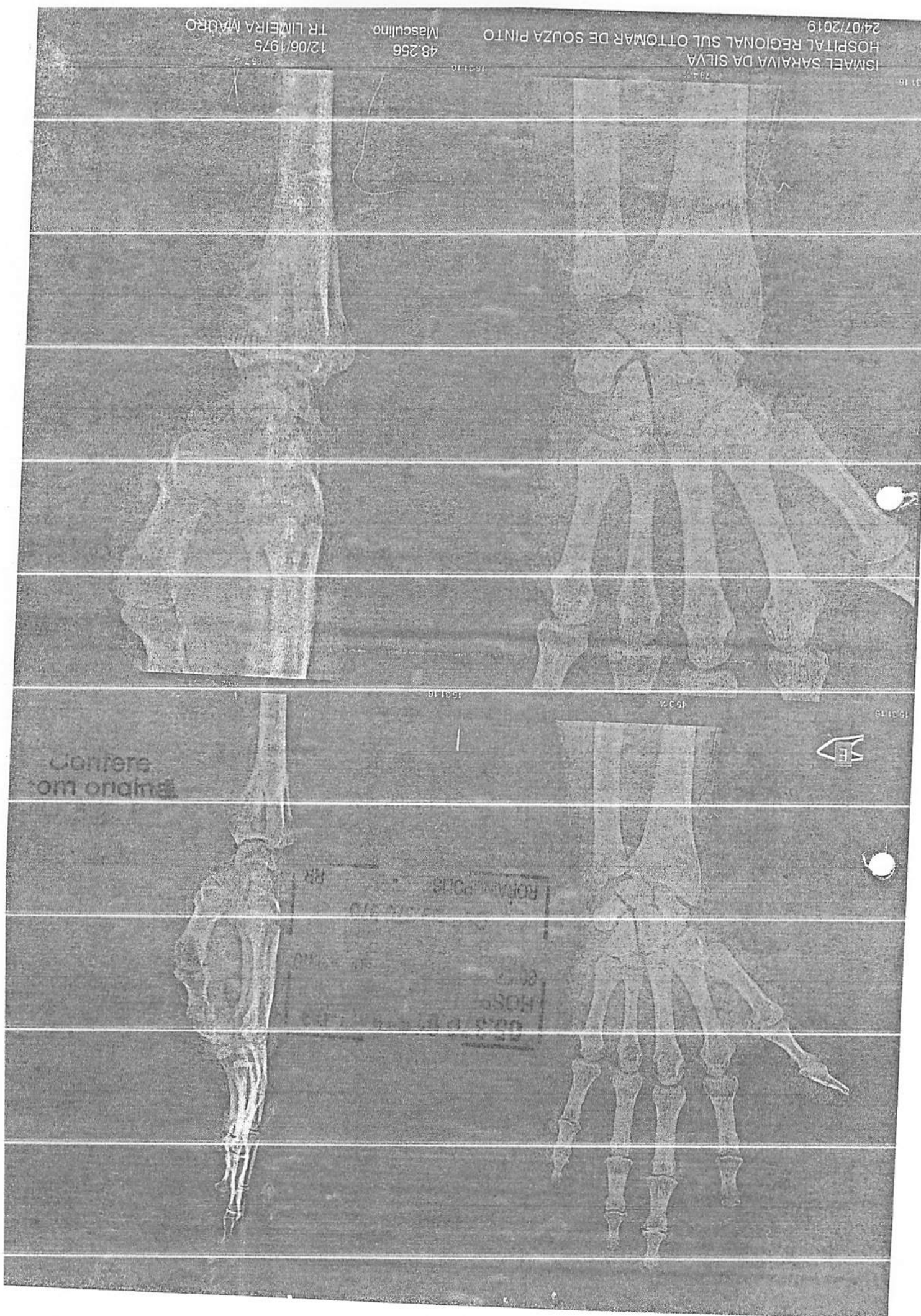
DATA	F.	P.	R.	FA
18	36	90	20	120x80
24	36	92	29	120x80
06	36	89	20	120x70

08.016/0001-00
HOSPITAL RECINTO SUL
CIVIL - RUA JOSE DE SOUSA PINTO
2 - 1.4 - 10m 078
CEP. 69.370-070
RORAINÓPOLIS RR

Confere
com original.









GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECETUÁRIO

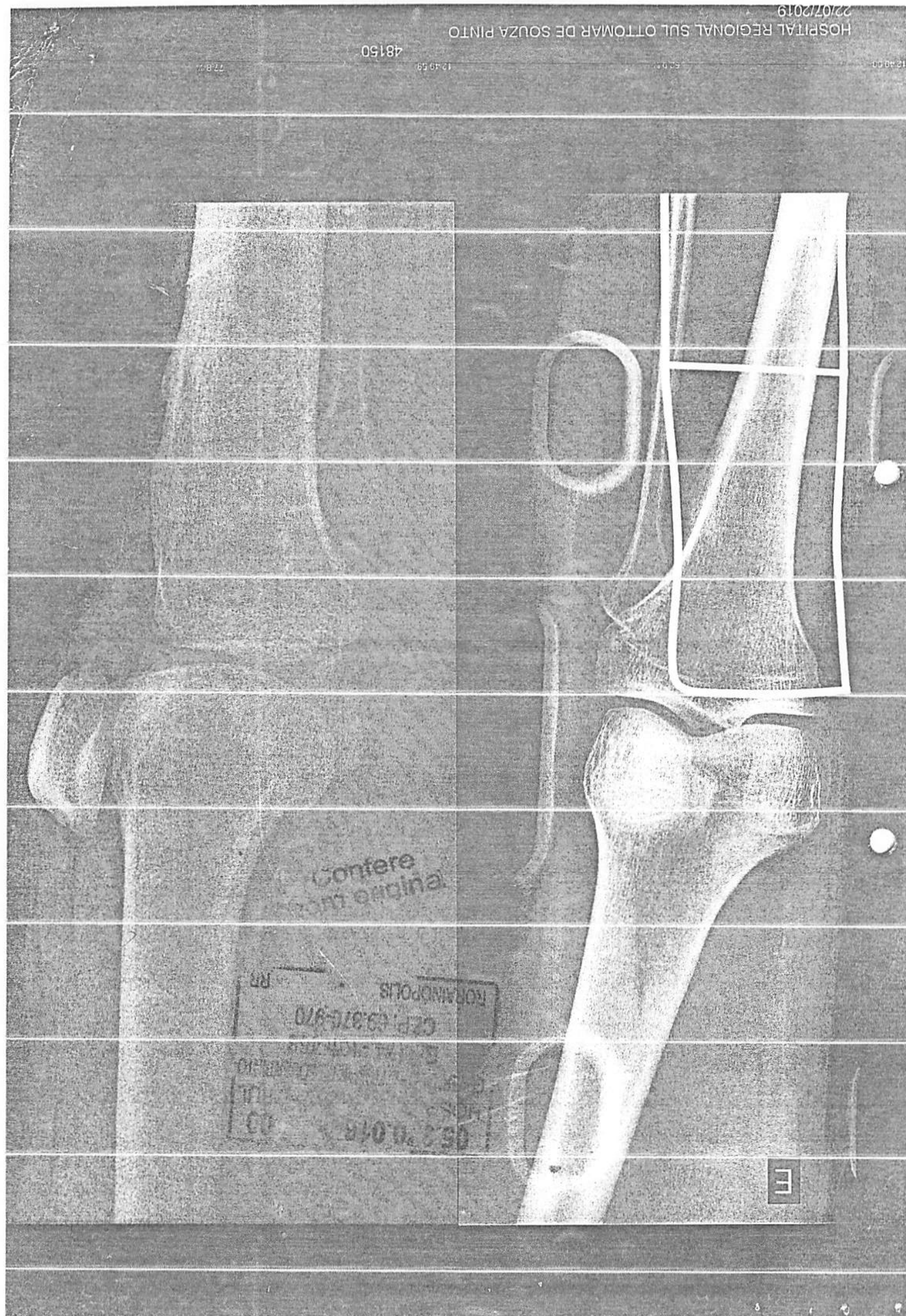
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

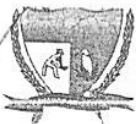
Nome: 13 MAREL SANAIVA DA SILVA

26/08/19

Acordo em a comp
muito obrigado
devido a problemática
Tibiana e Paulo II. Aguardo
avaliar o resultado para o planejamento
No prazo para a avaliação
26/08/19

Secretaria de Estado da Saúde/ SESAU
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical - CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil
Fone (0xx95) 3238-2362 E-mail: hospitaldosulroraipolis@hotmail.com





AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Resultado de Exames/Hemograma

Hematimetria	Homens	Mulheres	Coagulograma
Hemoglobina 10.3 g/dl	12 a 17 g/dl	12 a 15 g/dl	T. de Sangria: m s
Hematócitos 33.9 %	42 a 52 %	38 a 49 %	T. de Coagulação: m s
Leucometria 7.400 u/l	4.500 a 10.000 u/l		Plaquetas: u/l
Neutrófilos	OBS: Série Vermelha:		T. de Protombina: segundos
Promielócitos			Atividades %
Mielócitos	OBS: Série Branca		RNI:
Metamielócitos %			TTPA: segundos
Bastonetes %	00 a 02 %		
Segmentados 64 %	40 a 70 %		
Eosinófilos 03 %	00 a 05 %		VHS:
Basófilos %	00 a 01 %		1° HORA: mm
Linfócitos 30 %	20 a 40 %		2° HORA: mm
Monócitos 03 %	01 a 07 %		Grupo sanguíneo:
Plaquetas 322.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l		F.RH:

Nº 01 - Bioquímico (a) Responsável

FÍSICA	QUÍMICA	SEDIMENTO
Volume ml	PH:	Células:
Cor:	Glicose:	Leucócitos:
Densidade:	Corpo Cetônicos:	Hemácias:
Aspecto:	Hemoglobina:	Cilindros:
Depósito:	Proteína:	Cristais:
Cheiro:	Bilirrubina:	Bactérias:
	Urubilinogênio:	Muco:
	Nitritos:	Outros:
	Leucócitos:	

Nº 2 - Bioquímico (a) Responsável

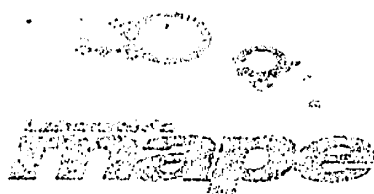
BIOQUÍMICA	IMUNOLOGIA
Glicose mg/dl 69 - 99 mg/dl	PCR
Colesterol mg/dl 150 - 200 mg/dl	Látex
Triglicerídeos mg/dl 40 - 140 mg/dl	Aslo
Uréia mg/dl 14 - 40 mg/dl	VDRL
Creatina mg/dl 0,4 - 1,3 mg/dl	Bhcg
Prot. Totais mg/dl 6,0 - 8,5 mg/dl	Troponina
Ácido Úrico mg/dl H 2, 5 - 7, m 1, 6 - 6, 0	Hbsag
Bilirrubina total mg/dl 0, 1 a 1, 2 mg/dl	Lote Val:
Bilirrubina Direita mg/dl 0, 1 a 0, 4 mg/dl	HCV
Bilirrubina Indireta mg/dl 0, 1 a 0, 3 mg/dl	Lote Val:
TGP: u/l 5 - 38 U/L	HIV
TGO: u/l 11 - 39 U/L	Lote Val:

Nº 03 - Bioquímico (a) Responsável

BIOQUÍMICA	IMUNOLOGIA
Amilase U/dl <90 U/dl	LDL < 130
Albumina g/dl 3, 5-5, 5 g/dl	VLDL
Lipase u/l 2-15 UI	HDL M->55
CK-MB u/l 0-24 U/l	F->65
CPK u/l 20-100 U/l	
Gama GT u/l M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l	
Fosfatase Alcalina u/l Adultos 27-100/Crianças 75-390	

Nº 04 - Bioquímico (a) Responsável

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
NOME: Ismael da Silva
Nº 20 IDADE: 107 N° DE REGISTRO: 607
MÉDICO SOLICITANTE: Guilherme
DATA: 28/01/2019
CEP: 69.370-010
RORAINÓPOLIS RR



LABORATÓRIO MAPE

Endereço: Av Dr Vandara, 3230 - Centro RR

Rorainópolis Cep: 69.373-000

Telefone: (95) 3238-1203 / (95) 8118-8585 (vivo)

Paciente : ISMAEL SARAIVA DA SILVA
Idade : 44 Anos 1 Meses 11 Dias
Convênio : PARTICULAR
Médico(a): MAINNE SANTOS AMARAL
RG/CPF : 134072

Protocolo : 0003246
Sexo : M
Cadastro : 23/07/2019
Emissão : 23/07/2019

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automático

Amostra: EDTA

SÉRIE VERMELHO

Hemácias	3,51	milhões/mm3
Hemoglobina	10,4	g/dl
Hematócrito	31,3	%
V.C.M	89,17	pg
H.C.M	29,63	um ³
C.H.C.M	33,23	g/dl
R.D.W	11,7	%

De 13 a 18 anos

Valores de referência

4,1 - 5,3	milhões/mm3
12,0 - 16,0	g/dl
36,0 - 49,0	%
78 - 98	um ³
25 - 35	pg
31 - 36	g/dl
11,5 - 15,0	%

SÉRIE BRANCA

Leucócitos 6.600 /mm3

Mielócitos	00	%	0	/mm3
Metamielócitos	00	%	0	/mm3
Bastonetes	00	%	0	/mm3
Segmentados	75	%	4.950	/mm3
Eosinófilos	01	%	66	/mm3
Basófilos	00	%	0	/mm3
Linfócitos	23	%	1.518	/mm3
Monócitos	01	%	66	/mm3

3.500 - 10.000 /mm³

% /mm³

0 - 0 0 - 0

0 - 0 0 - 0

0 - 5 Até 390

40 - 78 1.700 - 7.800

1 - 5 20 - 500

0 - 2 0 - 200

20 - 50 1.000 - 4.500

2 - 10 100 - 1.000

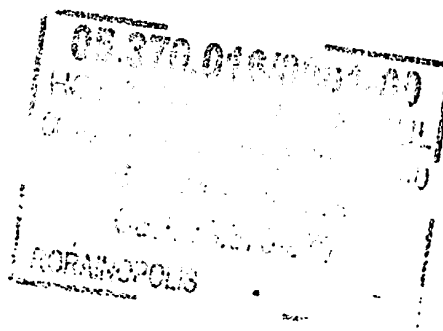
SÉRIE DE PLAQUETAS

Plaquetas 167.000 /mm3

150.000 /mm³ a 450.000 /mm³

Confere
com original

Dr. Saymon Patric da Costa Freitas
Biotécnico
CRF/RR 240



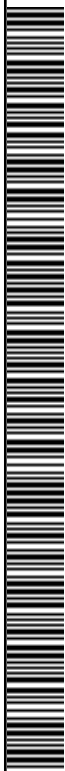
Os resultados dos exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



FICHA DE ACOMPANHANTE DE INTERNOS

Contenere
in originale

016 0000-0000
HOSP. DA REGIÃO AL. SUL
COOPERATIVA LÍQUIDA E SÓLIDA
R. 174 - Km 488
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/03/2019 O.S. _____

Ismael Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: P.O. de Fala com defeito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Suplementar - desenvolvimento da linguagem

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Eduardo 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: Camille

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Recid em má oclusão de maxila
Comp. Alveol do max
Oclusão max. per (F) - retid. de maxila
3) Contus Capax per (F)

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONI DE SOUSA PINTO
Bl. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS
RR

Confere
com original.

Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura

[illegible]

Rafael Acevedo
Anesthesiologist
CRMLRR 538

05.370.016.0
REGIONAL REGION.
GOVERNMENT OF SOUSA, LTO
RR

CONFIDENTIAL

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





GOVERNO DO ESTADO DE PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Amal Sampaio da Silva				02/10/2019	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Ligadura elástica nife			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
			16:15	16:35	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
D. Carlos Gomes		D. Rafael			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Ana + Douglas			
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Rafael					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
03	MONONYLON COM AGULHA 20			ÉTOD	
05	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
03	UNIDADES DE GAZE pte			PROSTGMINÉ	
	PÁRES DE LUVAS N° 75/80		01	THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA + glicose	
	ROLLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°		01	GLIGOSE - % glicose	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
01	AGULHAS P/ Raqui			MERTHIOLATE	
04	COMPRESSAS pte			MERCÚRIO CROMO	
02	LÂMINAS PARA BISTURI 24		02	Sungar. 05ml 10ml	
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE		

ATENÇÃO ESCRVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

Confere
com original

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N.º DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - RAÇA / COR	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP		18 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTD	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTD		24 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD	
27 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTD		30 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD	
33 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTD		36 - CDD DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
37 - CID 10 PRINCIPAL			
38 - CID 10 SECUNDÁRIO			
39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
40 - OBSERVAÇÕES			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - DATA DE NASCIMENTO		43 - CNES	
44 - Nº DOCUMENTO (CONSELHO NA PROFISSIONAL SOLICITANTE)		45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CONSELHO NA PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
54 - CNES		55 - CNES	



GOVERNCO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SE.TOR:

QUARTO:

LEITO: 19

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

Ismael Sarai

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Conteúdo original

DATA HORA

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

01/03/2019 ① 10/um ml de 2-geh SUS

② 5,59g Sólido @ 9/6l

③ Ceftriaxona 1,0g @ 12/12h

④ Pipracil 2,0g @ 6/6h 5/6

⑤ Oritem C 1g, 1x cada

⑥ CCB

⑦ Tenormin 20mg O/cada

Pac Bbb

pac. com a nome para

em. Antico no Ceto Cetoque
M. do do do do do

05.370-016
RR

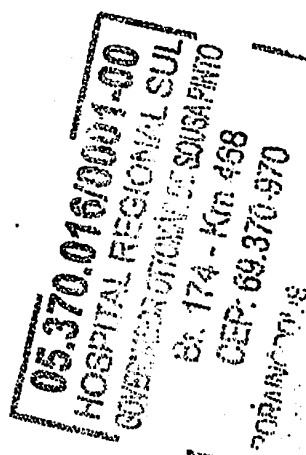
Drª Enrª Jany Nogueira
Obstétrica
COREN/17668 RR

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM-RR 28



hora	T.	P.	R.	PA
12:00	35,02			120x80
18:00	35,80	108		110x70
24	36,68	90	19	100x80
06,368	100	18		120x80

confere
com ordina



07/09/2019 *Amel Seixas* 19

- 1) *Prof. Lina*
- 2) *Stef. Sora* *(E) Inc*
- 3) *Cap. Maxena* *103 (E) 12/12* *SN*
- 4) *Di. Maria* *20 (E) 11/6 St. 12/12*
- 5) *Ther. Maria* *20 (E) 12/12*
- 6) *Renato* *20 (E) 12/12*
- 7) *CCG*

Botina

Dr. Eduardo de C. Guerra
Suplente / Trauma-Acupuntura
CRM-PR 589

Dr. Eduardo de C. Guerra
Suplente / Trauma-Acupuntura
CRM-PR 589

Dr. Maria

05.370.016/0001-00
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CONECTIVIDADE
BR. 114-1
CEQ. 69.570-010
ROD. ANÓPOLIS
PR

Confere
com original

hora	T.	P.	R.	PA
12	36,72	98	19	130x80
18	36,82	93	19	130x90
24	36,90	97	28	130x90
06	36,92	93	30	130x90

03/07/2020 Paulo Sergio de Souza 6/5

- ① Paulo Luis
- ② Sérgio Edson I
- ③ Capitanio 10/08/2019 12/11/19
- ④ Tenorilson 20/08/2019 12/11/19
- ⑤ Curitiba 20/08/2019 12/11/19
- ⑥ DCP

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 889

Drª Enyane Nogueira
Osteópata
CRM-RR 888

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 889

Paulo Sergio de Souza
em Cartão

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
UL. SENADOR OTTONI DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
ROAÍNOPOIS - RR

Confere
com original.

T.	P.	R.	PA
12	3686	68	19 120x80
18	3686	71	20 120x80
24	3686	72	13 110x90
30	3686	72	20 190x70

Chas. B. Davis
Amos Lawrence

①

Confere,
com original

Edith

527

⑤ Steyer-See (alt. Name)

2) 17.12.2017

10/10/10

11 Tenorhorn Day Club

07/06/1

✓
e/peccol
e/peccol

~~12.24~~

Piper No. 2000000
C/Lda. T73+6 (5N)

5

~~on It~~

Ratio Ann. 1878

224

Leah Gil

Born - Lady Mary Pitt Manners of
Crested

Per debilita inge me

七

FIGURE 1

+

1992

6

五

20

W
T

□

6

7

45

1.

221

2

1



14

—

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Asquimura
304-RR 399

PROBATION

88

FORNIA 0013



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACEDO

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE NASC.: 12 / 06 / 1975

RG: 17 9072 UF: 1 1 1 1

CPF: | | | | | | | | | | | |

SUS: _____

				NÚMERO DE REGISTRO
DIA	MÊS	ANO	HORA	
20	07	19	11 07	

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome:		Israel Marcos da Silva	
Idade:		44	
Sexo:		M	
Rua/Avenida:		Rua: J. J. J. J. J.	
Nº		512	
Complemento:			
Bairro:		Município	
Estado		Telefone	
Filiação		Pai	
Mãe		Mônica S. S. S. S.	

02	DO ACIDENTE
----	-------------

☐ RESIDÊNCIA ☒ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03	DA ENTRADA NA EMERGENCIA
----	--------------------------

☐ TRANSPORTADO ☒ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

04	TIPO DE ACIDENTE
----	------------------

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

05	SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR
----	--------------------------------------

PROFISSÃO

DIA	MÊS	ANO	HORA

06	DOENÇA OCUPACIONAL
----	--------------------

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFIQUE)

07	INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA
----	--

ESPECIALIDADE

RESUMO CLÍNICO

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO

PROVAVEL:

DEFINITIVO:

08	DESTINO DO PACIENTE
----	---------------------

REMOVIDO PARA

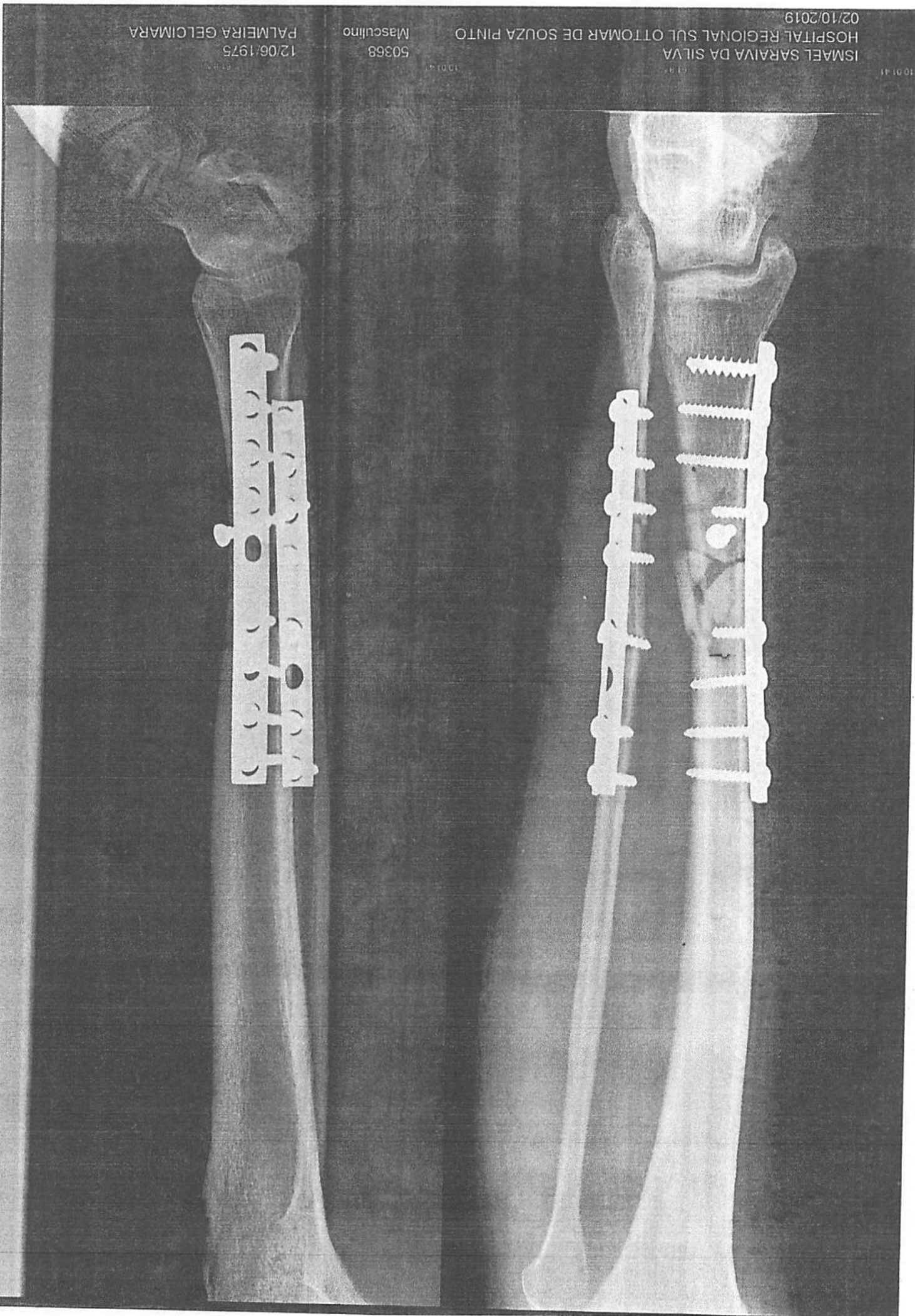
INTERNADO NO (A)

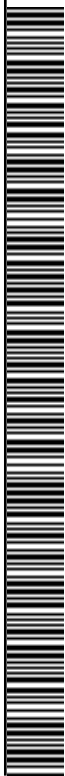
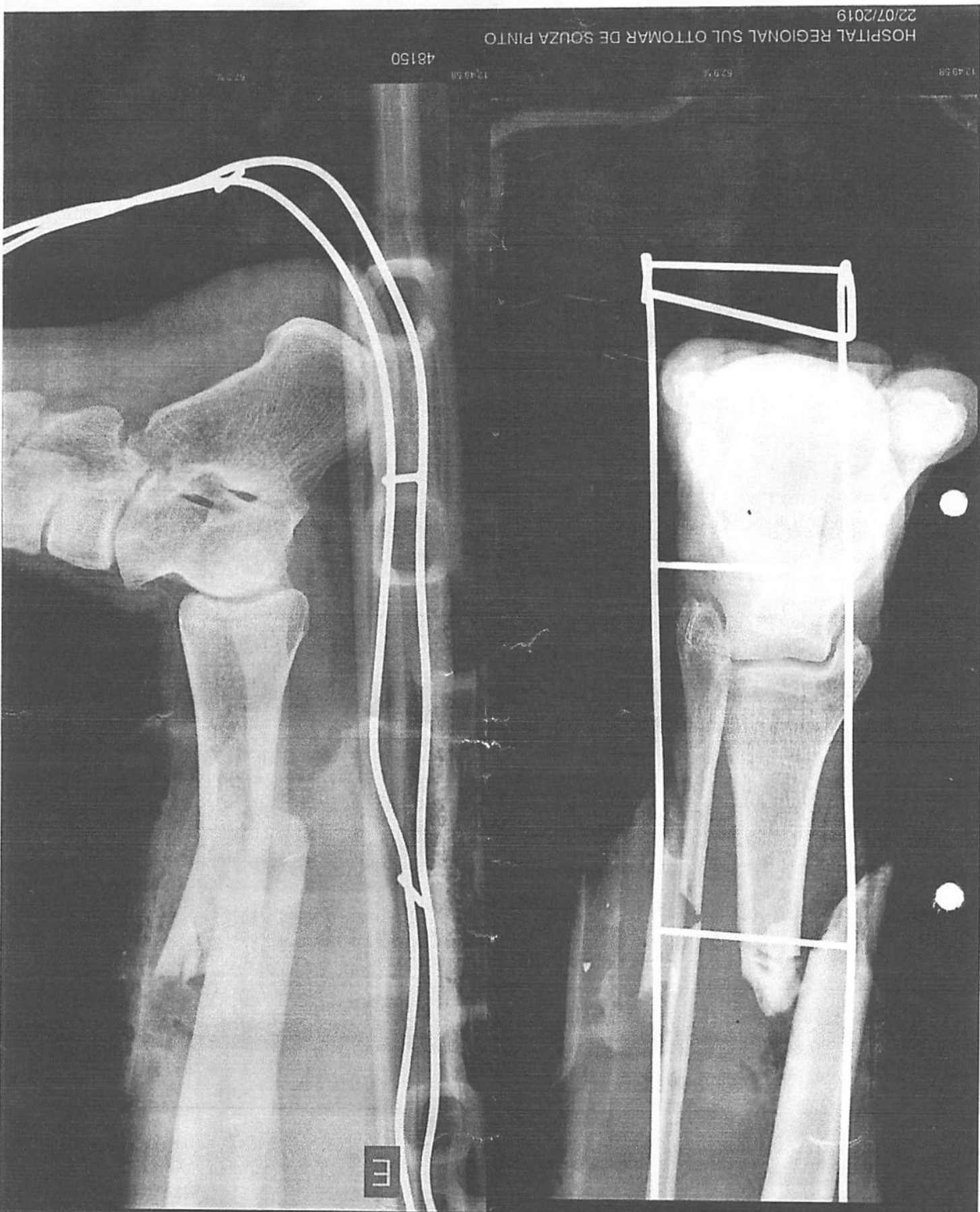
☐ ALTA ☐ RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFATADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
22/07/19	[Assinatura]	[Assinatura] Wellington Alves de L. Junior CRM nº 1048 - C

Wellington Alves de L. Junior
Av. São João nº 1048 - C
CRM/RR 1817







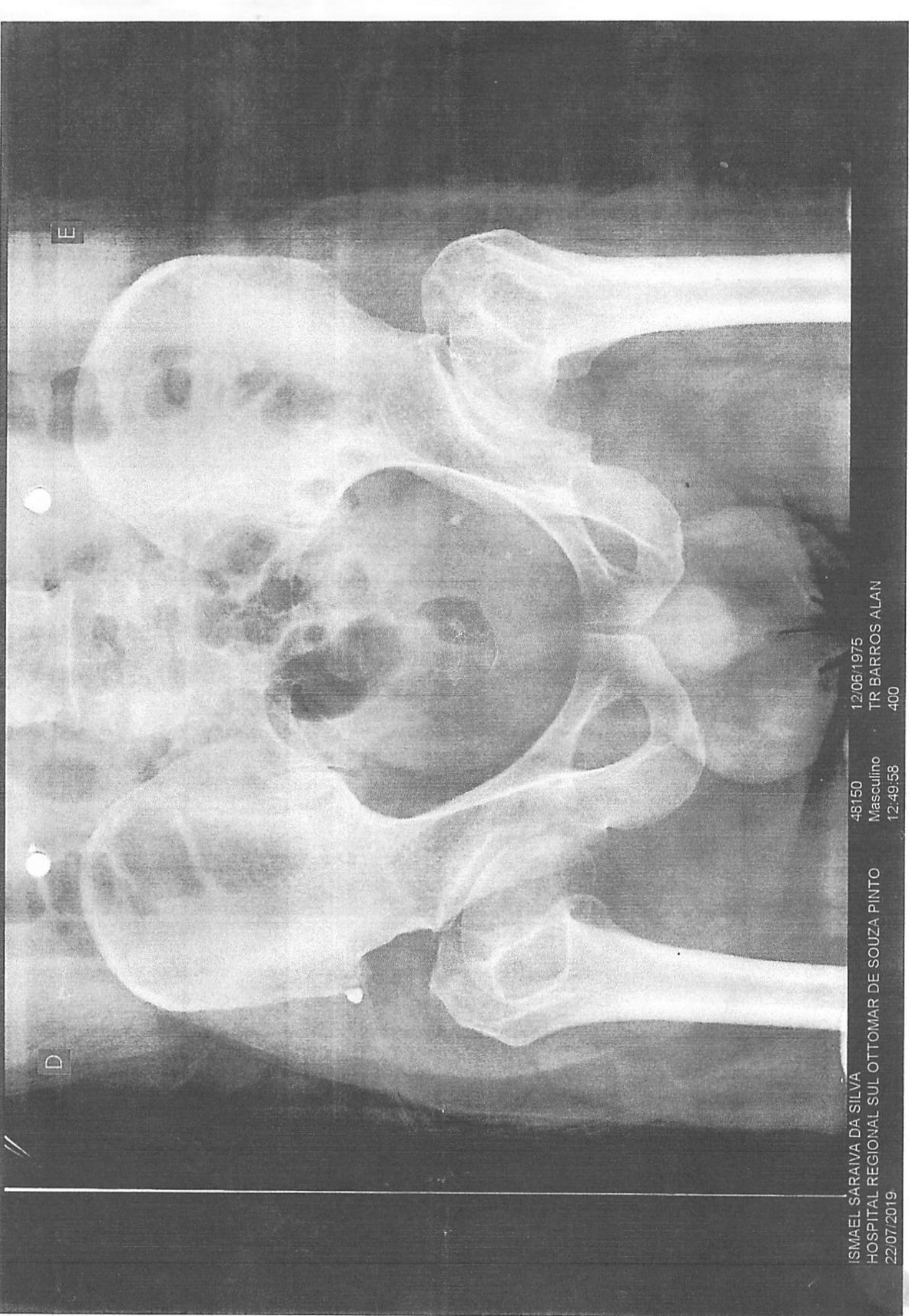


ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22/07/2019

48150
Masculino
12:49:58

12/06/1975
TR BARROS ALAN
400





ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22/07/2019
48150
Masculino
12:49:58
12/06/1975
TR BARROS ALAN
400