



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE Cledeneide Sampaio da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteira, Profissão: DOMESTICA,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 120209 SSP/RR
e inscrito(a) no CPF/MF nº 586.568.472-87, residente e domiciliado
(a) na RUA C-44, nº 48,
Bairro: ALVORADA, no
município BOA VISTA /RR, telefone: 991681211, 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 RAFFAELA 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 judicium 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____.

Cledeneide Sampaio da Silva

Outorgante

CPF/MF nº _____



Dr. JONAN EMERSON DE SOUZA CAMILO
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Cleucineide Sampaio da Silva
estado civil solteira, RG nº 120209 SSP/RR, e CPF
nº 586.568.472-87, residente e domiciliado (a) na
RUA - C - 44 N: 48 Bairro:
ALVORADA, Cidade BOA VISTA RR.
- Roraima, telefone (95) 9916812-11.

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 _____.

Cleucineide Sampaio da Silva

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Potegar Direito

Cleucineide Sampaio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 128209

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/07/2007

NOME CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

PLACAO CELSO SAMPAIO DA SILVA

NILZA DA SILVA

NACIONALIDADE

BOM VISTA - RR

BOO ORICEM

CERTID. NASC. 2487 FLS. 44 - V. LIV E-3

BOM VISTA - RR

586.568.472-87

2 VIA

Rua de Cassia Opilino de Araújo
Distrito do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

DATA DE NASCIMENTO 23/04/1975

P 1



2070155-6

Nº da Nota Fiscal 003606719

A Tanta Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ROI: 30.001, 21.64, 0.4300

SEQ.: 00258 UC: 0070155-6 DT. LEIT.: 09/09/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 40244 NORMAL TOTAL: 244,60 CARGA: 000
DT. VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1041



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037972/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 12:08 Data/Hora Fim: 05/11/2019 12:09
Origem: Polícia Judiciária Data: 30/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/09/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Ataíde Teive

Bairro: Equatorial

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 23/04/1975
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Nilza da Silva Nome do Pai: Celso Sampaio da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.568.472-87
RG - Carteira de Identidade: 128209

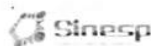
Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: C-44
Complemento: Casa
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99168-1211 (Celular)

Nº: 48

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário,



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 05/11/2019 12:10
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



4G+ 93% 07:53



www.seguradoralider.com.br



OK

VÍTIMA CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PI
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SII
CPF/CNPJ: 58656847287

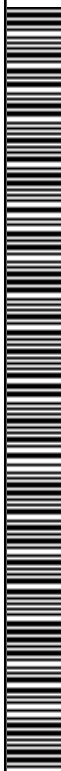
Posição em 31-12-2019 08:52:59



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

Por gentileza, volte a consultar seu processo em 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juro e Correção
03/01/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00



01/09/2019

Guia de Atendimento 17



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901156494 01/09/2019 07:33:39

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

4

Paciente

CLEUCINEIDE SAMPAIO DA SILVA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

58656847287

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE

128209

SSP-RR

26/07/2007

F

SOLTEIRO(A)

AFARDA

BOA VISTA - RR

Contato

(95) 99168-1211

Mãe

NILZA DASILVA

Endereço

RUA - C-44 - 48 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

CELSE SAMPAIO DA SILVA

Contato

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Ocupação
TRABALHADOR
DOS S

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ATROPELAMENTO

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend

Procedência

Temp

Peso

Pressão

Setor

RANDE TRAUMA

URGÊNCIA

Tip de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol

Registrado por:

LEANDRO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente refere dor no membro inferior direito, apresentando um ponto doloroso, com trauma contuso no membro inferior direito, refere dor de cabeça, náusea, vômito, com perda de consciência de 10 minutos, após o acidente.

Exame Físico

BEI, AAA, em membro inferior direito, apresentando hematoma subcutâneo na região frontal da tibia, com dor à palpação. Pulso distal, murmurio vascular presente, com ruído de estenose. RR 20 bpm, sem sibilos.

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso no membro inferior direito

DT - Exames Complementares

☒ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

clonazepam 2g (EV) 12:00

clonazepam 20mg (EV) 12:30

desamfetamina 10mg (EV)

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro
Data Hora: 01/09/2019 07:35:59

© 2019
BIOFARM - Soluções em Tecnologia
CNPJ nº 16.040.808/0001-01
VIA 4244-0104-92



1901156494

Paulo Sérgio de Souza

Faço a presente declarar
por ato de lamentação
com feature e parte de
liberdade e liberdade de Direito
para a liberdade de expressão
e a liberdade de expressão
e a liberdade de expressão
e a liberdade de expressão

- ① C/ta. 21 de mar. 29 (EV) agora.
- ② C/ta. 21 de mar. 29 (EV) agora.
- ③ C/ta. 21 de mar. 29 (EV) agora.



NIR



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Cleodemir Saupaino Silva

Data: 01/09/19 OS: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fract exposta de tíbia e fíbula (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + osteossíntese de Fr exposta de

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathas 1º AUXILIAR: Pablo

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Edino ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Pte sob anestesia em DPH

(2) Antissepsia + Assepsia

(3) Incisão postero lateral na perna + Dissecção
pl. pleus

(4) LMC cl SF art exaustiva

(5) Incisão antero lateral em (fíbula) perna (D)
+ Dissecção pl. pleus

(6) Observando comunicação fratura

(7) Redução dos fragmentos + fixação cl parafuso
interfragmentar

(8) Instalação de placa DCP 8 furos + parafuso

(9) tubos pl. pleus



Jonathas Lopes
CRM 1759





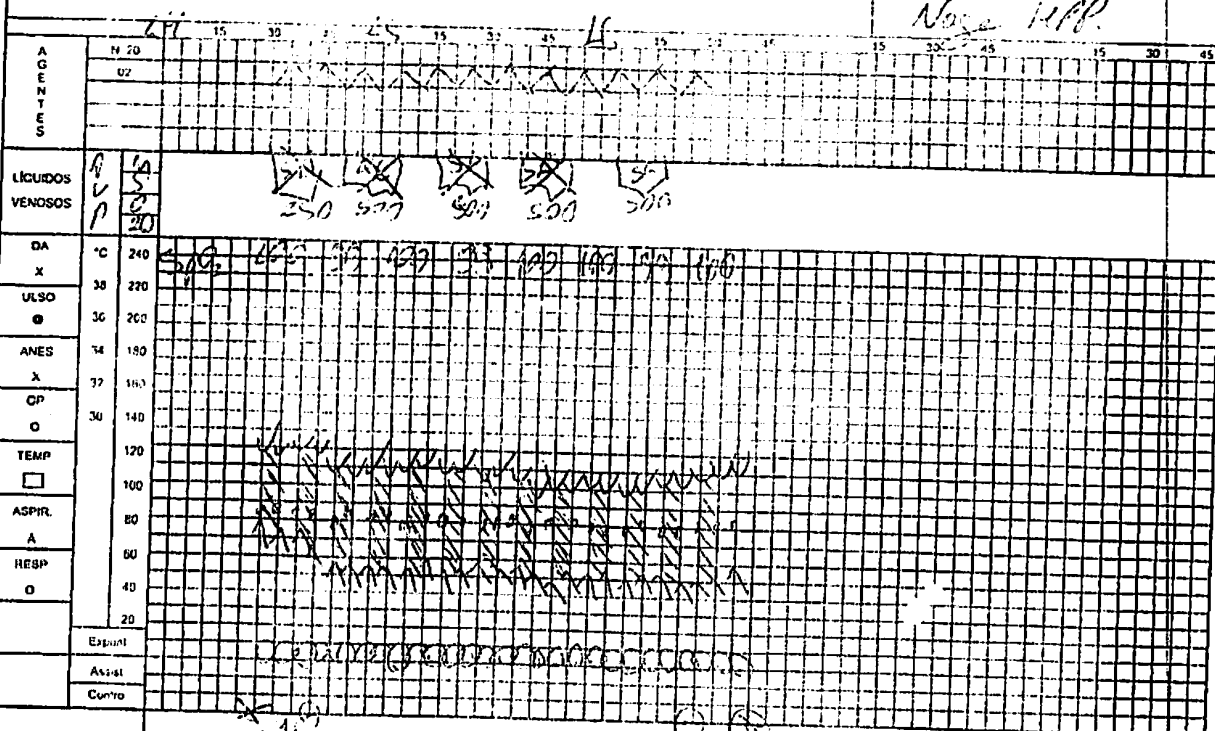
GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
"Amor à Pátria, respeito aos Direitos"

FICHA DE ANESTESIA

Cleu Almeida, Sanyria da Silva, 44a, 06/03/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - MOM. - EFEITO

Nº Naga - Alupia
Naga RAP



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Guedes / 100mg		Intubação orotraqueal	Monitorar SpO2, AC, PA, etc.
B. Midazolam 5mg		El. Técnica Anestésica	DRAP @ 100mg
C. Diprivo 2g		1. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
D. Tirobital 100mg		2. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
E. Propofol 100mg		3. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
F. Sufentanil 100mcg		4. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
G. Glucose 50g		5. 50g / 50g	DRAP @ 50g
H. RDCD		6. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
I. SANGUE		7. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
J. Sufentanil 100mcg		8. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
K. Glucose 50g		9. 50g / 50g	DRAP @ 50g
L. RDCD		10. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
M. SANGUE		11. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
N. Sufentanil 100mcg		12. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
O. Glucose 50g		13. 50g / 50g	DRAP @ 50g
P. RDCD		14. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
Q. SANGUE		15. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
R. Sufentanil 100mcg		16. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
S. Glucose 50g		17. 50g / 50g	DRAP @ 50g
T. RDCD		18. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
U. SANGUE		19. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
V. Sufentanil 100mcg		20. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
W. Glucose 50g		21. 50g / 50g	DRAP @ 50g
X. RDCD		22. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
Y. SANGUE		23. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
Z. Sufentanil 100mcg		24. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AA. Glucose 50g		25. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AB. RDCD		26. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AC. SANGUE		27. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AD. Sufentanil 100mcg		28. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AE. Glucose 50g		29. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AF. RDCD		30. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AG. SANGUE		31. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AH. Sufentanil 100mcg		32. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AI. Glucose 50g		33. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AJ. RDCD		34. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AK. SANGUE		35. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AL. Sufentanil 100mcg		36. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AM. Glucose 50g		37. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AN. RDCD		38. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AO. SANGUE		39. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AP. Sufentanil 100mcg		40. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AQ. Glucose 50g		41. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AR. RDCD		42. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AS. SANGUE		43. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AT. Sufentanil 100mcg		44. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AU. Glucose 50g		45. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AV. RDCD		46. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AW. SANGUE		47. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg
AX. Sufentanil 100mcg		48. 100mcg / 100mcg	DRAP @ 100mcg
AY. Glucose 50g		49. 50g / 50g	DRAP @ 50g
AZ. RDCD		50. 100mg / 100mg	DRAP @ 100mg

ANESTESIA: DR. BRUNO

Bruno Thiago D. P. P. M.
MÉDICO
22.04.1978

PRÉ- ANESTÉSICO

Nome: _____		Enf.: _____		Leito: _____		Serv.: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Idade: _____		Peso: _____	
Alt: _____		Classe: _____		Data: ____/____/____		Hora: _____	
Diagn. Pré-OP: _____				Patrol Assoc.: _____			
Cir. Proposta: _____							
Anest. Antl: _____				Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Hb: _____			
Alergia: _____				Hm: _____ Hc: _____ Hs: _____ p. Lugo: _____			
Alcool: _____ Fumo: _____				r. Coag: _____ Pa: _____ Urdia: _____			
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, fupofec, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, casopressor, IMAO, outros)				crist: _____ Glc: _____ Na: _____ mEq/l			
Estado Mental: _____ Boca: _____				Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/lpH: _____ pO2: _____			
Pescoco: _____ Veias: _____				pCO2: _____ BA: _____ BD: _____ BS: _____ BE: _____			
RX: _____				URINA: d: _____ pH: _____ glc: _____ Alb: _____			
Feses: _____				Sedim: _____			
Hepatograma: _____				Ap gen: _____			
Outros: _____				AP. Resp: _____			
Parêce Clínico: _____				AP. Circ: _____			
PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____				AP. Dig: _____			
				S. Osteo - Art: _____			
				S. Nerv: _____			
				S. Endoc: _____			
				Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____			
				NB: _____			
				Assinatura: _____			

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 01/09/19		Hora: 11:30h	
Albete 10/10h			
Pet - Sin qneste			
Albete 11/10			
A2 Bruno			
Assinatura: _____			
Data: ____/____/____		Hora: _____	
Assinatura: _____			

14/02/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Claci nuda sampano
da Silva

302-09 1904156494

01 9 10

Osloos de Enafema Export
de Lúria

14:50 16:29

Dr. Jorjthas
Pablo R.

Edine
Mure R.
Fagner
Baac + Wellington

maqui

☒	1	POLO COMPRESSAS	☒	1	500ml
☒	L	PACOTES GAZE			
☐		LUVA ESTERIL 5.0			
☐		LUVA ESTERIL 7.5			
☐		LUVA ESTERIL 8.0			
☐		LUVA ESTERIL 8.5			
		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			
	1	LAMINA BISTURI Nº 1521			
		DRENO DE SUÇÃO			
		DRENO DE TORAX			
		DRENO DE PENROSE			
		SERINGA 01ML			
	L	SERINGA 03ML			
	L	SERINGA 05 ML			
	L	SERINGA 10ML			
	L	SERINGA 20ML			
	1	Agulha P/ Regu 25			

CRÓMIO LACTADO
GALILEO GORO CLOSADO
Nº 2.0
PROLON NYLON Nº 30
FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
FIO CAT. LUT SIMPLES Nº
FIO CAT. LUT CROMADO Nº
FIO CAT. LUT Nº
FIO SED Nº
SURGICEL
CERA P/ OSO
KIT CATARATA
KIT CATARATA
KIT CATARATA
KIT CATARATA

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C/C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	St. Janice	SUB-TOTAL		
FUNÇÃO/ARTICULOS	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL	TAXA DE SALA		
	Vsl Janice	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		TAXA DE TRANSPORTE		

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Setor/leito: G1

Data: 01 / 9 / 19

emp. manacs de entu

Atualizado pelo Nível de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP



302-9

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																						
PACIENTE	Joaquim de Sousa																								
AGNOSTIC	Paciente																								
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																					
IDADE	LEITO	DATA	01/02/19																						
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N																					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã																					
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S/N																					
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:24:00																					
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06:00																					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N 22h25																					
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			S/N																					
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			22:00:14																					
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N			S/N																					
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			18:24:00																					
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			22:10																					
12																									
13																									
14																									
15																									
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E QU/PAD > 110 MMHG			S/N																					
17	SSVV + CCGG 6/6 H			manhã																					
18	CURATIVO DIÁRIO																								
19																									
20																									
21																									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANKÉTICO, AFEPRIL EUPNEICO NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100x60</td> <td>72</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>105x60</td> <td>80</td> <td>36°C</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H	100x60	72	36°C	24 H	105x60	80	36°C
SINAIS VITAIS																									
6 H	PA	FC	FR																						
12 H																									
18 H	100x60	72	36°C																						
24 H	105x60	80	36°C																						
				MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					

DIA: 02.09.
 AS 11:00
 PA: 120/80
 P: 77
 T: 36.6



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 02/09/19
PACIENTE: Eleonilde Sampaio de Silva DN: 1/1
DIAGNOSTICO(S): Fa. Tibia

DIH: 1/1
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (1/1): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura de Tibia aguda
operada já com osteossintese de tibia
com placa e parafusos

Boa Vista, 02 de 09 de 20 19. Hora: _____

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE 684
Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HIC
Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE 684
Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1

CRM 1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Cláudio Sérgio da Silva CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is)erei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 02 de 09 de 2019.

Assinatura do paciente: Cláudio Sérgio da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou responsáveis, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento (s) / procedimento (s) acima descritos. Acredito que o paciente responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 02 de 09 de 2019 Hora: 14.10

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Dr. Pedro Di Giovanni

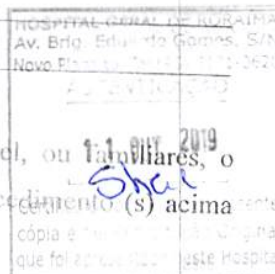
Ortopedista/Traumatologista

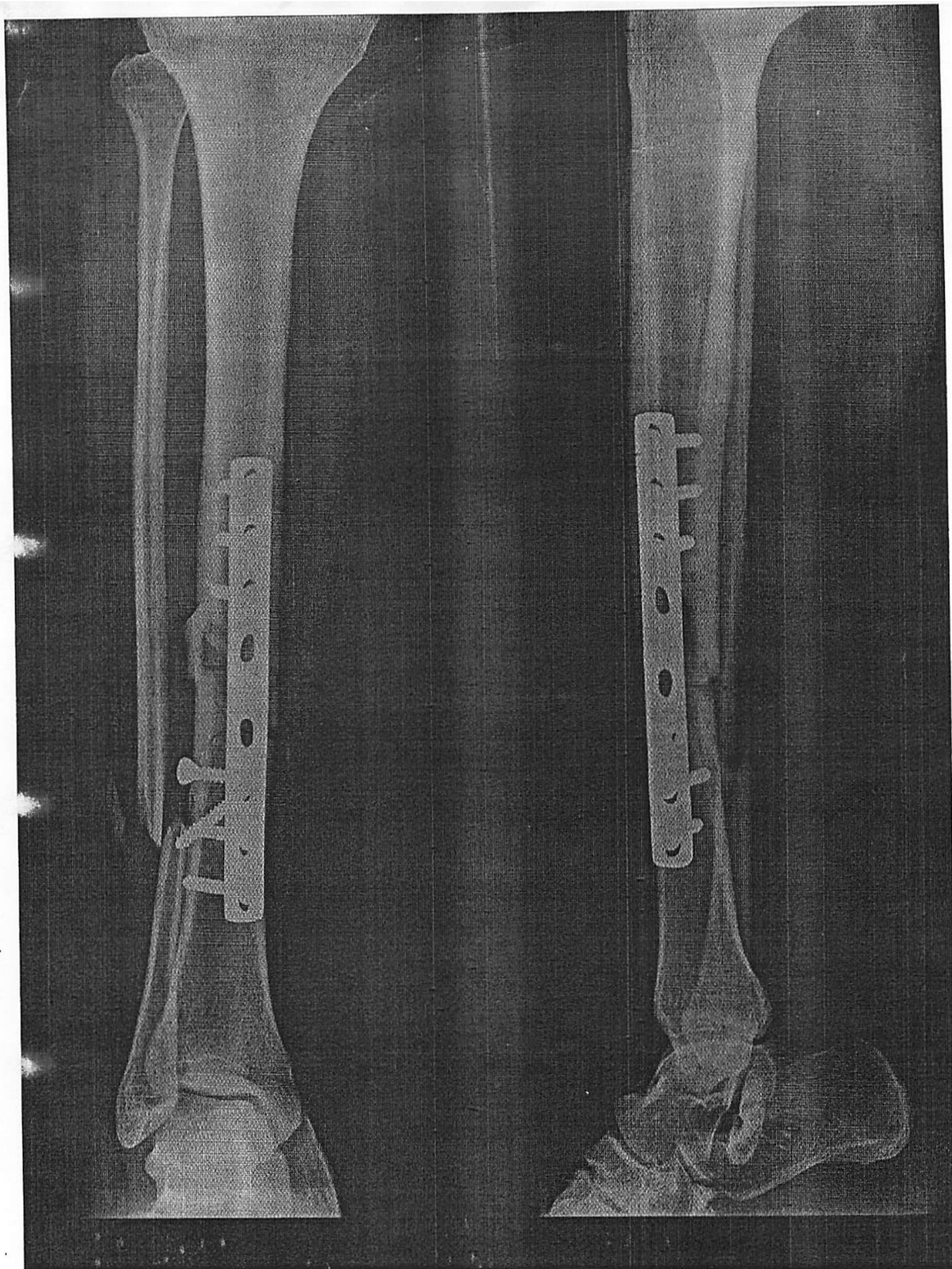
Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

Dr. André Santos Marinho
Médico
CRM RR 12064

CRM

12064 RR







GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



RECEITUÁRIO

NOME:

Paulo Sérgio de Souza

Paciente vítima de atropelamento
no asfalto, fratura exposta
de osso da perna. Diante
do quadro clínico, o paciente
é submetido a cirurgia para
reparo da fratura e
fixação com placas e parafusos.
Após a cirurgia, o paciente
é encaminhado para o
leito de observação.

DATA

12/09/14

ASSINATURA E CARIMBO

12/09/14

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

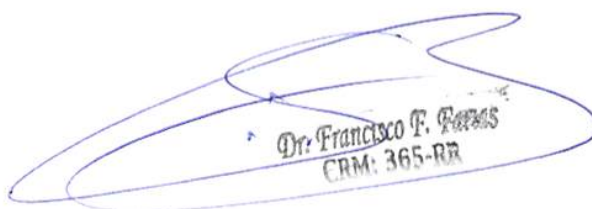
DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

Laudo Médico

Elencineide Samrao de Silva, C.I. 128209, SSP/RR, vítima de atropelamento, conforme ficha de atendimento 1901156494 de 01/09/2019, P.S. Fco. Blasbas, sendo constatado fratura exposta de osso de perna direita. Foi submetida a osteossíntese de osso de perna direita, colocando placa metálica e seis (06) parafusos. Após alta médica, iniciando evolução com edema de perna e pé direito, apresentando limitação para movimentos de rotações e lateralizações do pé direito, limitação para esforços repetitivos com membros inferiores direitos, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusões: Sequela funcional permanente de membro inferiores direitos.

Boa Vista, 11/12/2019


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR