

Paulo Sergio de Souza
Advocacia & consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Manoel Pereira da Silva, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão funcionário Público, portador(a)
da cédula de identidade CIRC 120.919 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF sob o nº 586.416.882-39 residente e domiciliado(a) na Rua
Rua: Santo Antonio nº 1112, Bairro
São Raimundo - Cidade: Mucobi -
Roraima, CEP: _____ Telefone (95) 99128-7609
e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, por este instrumento particular nomeia e
constitui seu bastante procurador:

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*, em qualquer, Instancia ou Tribunal, podendo propor contra
quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e
outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os,
conferindo-lhes, ainda poderes especiais para firmar compromissos/acordos,
substabelecer a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, renunciar e
desistir de direitos, recorrer, apelar, apresentar embargos e agravos, propor
execução, requerer justiça gratuita, requerer falência, habilitar credito, transigir,
discordar, dar-se por suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás, retirar
e receber guias de retirada, receber e dar quitação, receber bens penhorados ou
em adjudicação, representando-o ainda em conjunto ou separadamente, incluindo
os poderes contido nos artigos 447/448 do CPC/2015, bem como atuar em
qualquer sindicância, inquérito ou processo criminal, 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 ajuizar Ação DIVAT.

Boa Vista, Roraima 04 de Janeiro de 2020

Manoel Pereira da Silva
CLIENTE

Rua: General Penha Brasil, 102 - Centro - Boa Vista - RR
Fones: (95) 99151 0959 / 99139 0860 / 3624 4011


Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

OAB/RR 1.955

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Manoel Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão funcionário Público, portador(a) da cédula de identidade CIRG 120.919 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 586.416.882-34 residente e domiciliado(a) na Rua Santo Antonio nº 1112, Bairro São Manoel - Cidade: Mucapi - Roraima, CEP: _____ Telefone (95) 99128-7609 e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 98 do CPC/2015 e art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Boa Vista, Roraima 04 de Fevereiro de 2020

Manoel Pereira da Silva

Declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
PARTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MANOEL PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/OPD EMISSORAT
120919 ESP SUL

CPF
586.416.882-34

DATA NASCIMENTO
14/12/1974

FUNÇÃO
FRANCISCO PEREIRA DA SILVA
FRANCISCA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
01515365151

VALIDADE
08/03/2021

Nº HABILITAÇÃO
30/10/2000

OBSERVAÇÕES

MANOEL PEREIRA DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
09/03/2016

58500854887
RR208771271

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1237686570

PROIBIDO PLASTIFICAR
1237686570





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.002.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bóris B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 384/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4901240

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FLAN*

SEU CÓDIGO
0504485-5

CONTA MÊS
MARÇO/2020

VENCIMENTO
11/04/2020

GENECI DE PAULA SILVA
R. SANTO ANTONIO 1112 F - CENTRO
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

CONSUMO (KWh)
553

TOTAL A PAGAR (R\$)
460,43

CPF: 00042595673220

DADOS DA LEITURA (KWh)

Atual: 16644
Anterior: 16291
Dias de consumo: 38
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 553
Consumo Faturado: 553

DATAS DA LEITURA

Atual: 27/03/2020
Anterior: 26/02/2020
Próxima leitura: 28/04/2020
Emissão: 26/03/2020
Apresentação: 27/03/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFÁSICA
Número Medidor: T101613797
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade:

DESCRIÇÃO DA CONTA

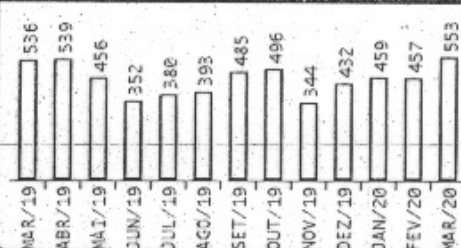
CONSUMO	553 A R\$ 0,764425 =	422,72
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		24,72
CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00		4,01
MULTA POR ATRASO 01/20-00		7,00
JUROS DE MORA DE IMPO 01/20-00		1,98

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 553 - 0,617770

Média 12 meses: 444

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



! MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a su pendão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CEPASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
02/2020 391,03

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 11/04/2020

RESERVADO AO FISCO

7406 1557 4455 4764 1050 0050 7275 4248

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:
Distribuição: 220,58	Tributos: 12,34
Transmissão: 180,11	
	81,09
	0,00

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	PIS:	COFINS:
422,72	17,80%	17,80%	17,80%
		0,38%	0,38%
		1,79%	1,79%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 216.035.16.12.043000



RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.002.022-3

SEU CÓDIGO
0504485-5

MÊS FATURADO
03/2020

Nº da Nota Fiscal: 4901240

TOTAL A PAGAR - R\$
460,43

VENCIMENTO
11/04/2020

FCAM*

83640000004 5 60430075000 6 00000000504 1 48550320008 4

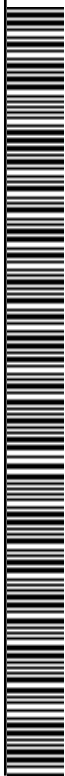


SEQ.: 0019 UC: 0504485-5 DT.LEIT.: 27/03/2020 T.ENTR.: 07

LEITURA: 16344 NORMAL TOTAL: 460,43 CARGA: 002

DT.VENC.: 11/04/2020 TRREG.: 000 COLETOR: 4382

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: PJTDK HPQZR APSAZ HXCGB





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência: 0355/2020		Data: 17/04/2020	Hora: 09h55min
Nome: MANOEL PEREIRA DA SILVA		Alcunha:	
Identidade: 120.919 SSP/RR		CPF: 586.416.882-34	
Endereço: Rua Santo Antônio, nº 1112		Bairro: São Raimundo	
Ponto de Referência: Próximo do cruzamento com a Av. Maranhão			
Cidade: Mucajá	Estado: RR	Telefone: 99128-7609	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Santa Luzia	Estado: MA	
Filiação: Francisco Pereira da Silva e Francisca Alves da Silva			
Profissão: Autônomo	Data de Nascimento: 14/02/1974	Idade: 45 anos	
Estado Civil: Casado	Grau de Instrução: Ensino Fundamental Incompleto		
Cor/Raça: Parda			
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR			
Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima – Lesão corporal			Código: 1001
Nome/Autor: PJ			
CPF/RG: PJ		Filiação: PJ	
Endereço: PJ			
Local da Ocorrência: RR 325 - Sentido Mucajá/Apiaú - Próximo da entrada da Vicinal da Embrapa – Zona Rural – Mucajá/RR.			
Senhor Delegado, Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajá, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE no dia 17/03/2019 por volta 14h30min a comunicante trafegava na RR-325 sentido Mucajá/Apiaú; QUE no endereço supracitado o comunicante perdeu o controle da motocicleta e saiu da pista; QUE o comunicante tentou controlar a motocicleta, porém não conseguiu; QUE em função disso o comunicante caiu; QUE na ocasião o comunicante conduzia a seguinte motocicleta: marca/modelo Honda/BIZ 125 ES, Placa NBA 0433/RR, cor preta, Ano Fáb. 2013, Ano Mod. 2013, RENAVAL 00525329986 e Chassi 9C2JC4820DR041307 , em nome de Geneci da Paula Silva; QUE comunicante conseguiu chegar até o Hospital de Mucajá, conforme Guia de atendimento de Urgência e Emergência (em anexo); QUE em seguida foi encaminhado para o Hospital Geral de Roraima - HGR, QUE o comunicante solicita cópia deste B.O. para entrada Processo Seguro DPVAT . Era o que tinha a comunicar.			
 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matricula n.º 42000285		 MANOEL PEREIRA DA SILVA Comunicante	
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO PREVISTO NO ART. _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____		Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR Nº 013161010468			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
5	VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
9	01	00525329986	2019
1	NOME		
4	GENEO DE PAULA SILVA		
6	RR		
5	CPF / CNPJ	PLACA	
6	425.956.732-20	NBA0433	
5	PLACA ANT / UF	CHASSI	
9	NBA0433 RR	9C2JC4820DR041307	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FAS/MOTONETA/NAC. APLIC.		ALCO/GASOL	
MARCA/ MODELO		ANO FAB. - ANO REG.	
HONDA/BIZ 125 ES		2013 2013	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/	PARTICU	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
PAGO	*PAGO*	1*****	
PARCELAMENTO / COTAS		2*****	
*** PAGO COTA ÚNICA ***		3*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32	R\$04.58		05/08/2019
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO X			
MUCAJAI RR			
Igor Gomes Brasil Diretor Presidente Interim: DETRAN-RR			
DATA 06/08/2019			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013161010468 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			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		06/08/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	425.956.732-20	NBA0433	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00525329986	HONDA/BIZ 125 ES		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2013		9C2JC4820DR041307	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$36.05	R\$4.01	R\$40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PEO RES. PAGO (R\$)	
R\$4.15	R\$0.32	R\$84.58	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	05/08/2019	
SEGURODORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.245.608/0001-04			

84 016 443,0001-73

 **GOVERNO DO RORAIMA**
CADA DIA MELHOR

Hospital Est. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69 340-000
Mucajá, RR

 **GOVERNO DO RORAIMA**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO

 **HE VJGC**

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____ Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 17/03/2020

Hora: 14:50

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO (x) VERDE () AZUL

Nome: Manoel Pereira da Silva Idade: 45

End.: Santo Antônio Nº 112 Bairro Centro Cidade: MCJ

D.N.: 14/12/1974 Sexo: M Naturalidade: Santa Luzia - MA

CPF: 586.416.882-34 RG: _____ / Órgão: _____

Mãe: Francisca Alves da Silva

Pai: Francisco Pereira da Silva

Escolaridade: _____ Raça/Cor: _____

CNS: 700.600447639462 Telefone: () _____

Estado Civil: _____ Conjunje: _____

PA: <u>140 x 90</u>	F.R: <u>85</u>	SPO2: <u>95% AA</u>	PESO: _____
F.C: <u>85.5 pm</u>	DX: _____	TAX: _____	ALERGIA: <u>Ø</u>

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

cliente refere dor + edema em punho (E)
após queda de moto.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

Dr. Manoel Pereira da Silva
CRM-RR 60037

ECG: 15

Por VÍTIMA DE TRAUMA Comuso com Escoria-
ões em cotovelo (E) e Punho (E).
NEGA TCE, NEGA VÔMITOS.
AP: M V(+) UA, SINA

HD: TRAUMA COMUSO.
- DIPLOPIA 1º IV
CD: - TENOXERAM 40mg IV

Dr. Hendel S. Morais
Médico
CRM-RR 2039

OBSERVAÇÕES: - Suscetor RX

Responsável pelo paciente (se menor)

CONFERE COM ORIGINAL

1º com FRATURA, ENCAUSTO AO



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



RECEITUÁRIO

NOME: MANOEL P. SILVA

AO HGR 15:20
(ORTOPEDISTA)

Por VITIMA DE ACIDENTE MOTO OCCIDENTAL
HÁ ± 30 min ATÁRS COM ESCORTELHAS E
EDEMA EM PUNTO E COROVEL (E).

INFORMA QUE NÃO BATEU CABEÇA. ECG=15
PA: 140x90 Lat=96%. AA FC=85 bpm

AO EXAME DAS ARTICULAÇÕES: EDEMA E RESTRIÇÃO
DO MOVIMENTO. + DOR.

Feito ANALGESIA O/ TENOXERAM (40g) e
DEPIRONA (1g)

Rx: EVIDENCIA FRATURA EM RADIO DESTA

DATA: ____/____/____

Exame P/ Avaliação e Seguimento
HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
CNPJ: 84013440/0001-73 CNES: 2320886
Rua Marlene Araújo, 312 - Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386



GRATO!

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Hendel S. Morais
Médico
CRM-RR 2039

E
PA

OBL.





PA E



MANOEL PERERIA DA SILVA

14-12-1974

14-04-2020

158,7 %



Alt 12.03.2020

55

GRANDE TRAUMA

178.724

BLA

OK

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308				1ª Classificação: _____ ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____				Reclassificação: _____ ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____				Reclassificação: _____ ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____			
2001231659 17/03/2020 16:46:28				FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 26			
Paciente MANOEL PEREIRA DA SILVA				Data Nascimento 14/12/1974				Idade 45 A 3 M 3 D				CNS 700600447639462			
CPF 58641688234				Prontuário											
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
IDENTIDADE		120919		SSP/RR				M				PARDÁ		BOA VISTA - RR	
Mãe FRANCISCA ALVES DA SILVA				Pai FRANCISCO PEREIRA DAB SILVA				Contato (95) 99168-2072							
Endereço RUA - SANTO ANTONIO - 1112 - CENTRO - MUCAJAI - RR												Ocupação			
Class. de Risco				Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Nº da Carteira				Validade			
Autorização				Sis Prenatal											
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA				Profissional do Atend.				Procedência			
Temp.				Peso				Pressão							
Setor GRANDE TRAUMA				Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA				Procedimento Sol.				Registrado por: ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal								☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC				TOTAL			
								AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				15			
Anamnese - (HCRA DA CONSULTA - ____:____ h) <i>Paciente encaminhado ao Hospital Estadual Verena José Guedes, à onde pediu no RCR.</i>															
Exame Físico															
Hipótese Diagnóstica <i>fratura em nível distal</i>															
SADT - Exames Complementares															
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____															
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
Conduta															
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>Ortopedia</i>								☐ 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								Assinatura do Médico							
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 17/03/2020 16:47:08								<i>Karina Kendra M. Marques</i> CRP 550164 CM/R 1564							
© 2016 BOTECH - Evoluções em Tecnologia Toda informação em Saúde VRL #239 - 01/2017								 2001231659							



Desospitalizaro AIR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	37/03/20	DN	34/12/74
PACIENTE	monod Pinho da Silva				
AGNÓSTICO	Fratura de Punha (E)				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	65 anos	LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H (S/N)				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 (DOR INTENSA)				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO (DUP PINHA)				
15	no bloco				
16					
17					
18					
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, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

intervencao 18:09
PA 134X84
FC 96
T- 36.3
Iran R. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN RR 903 883

Alergia Dipirone

L. G S

Blóco 3

Mangel Pereira da Silva

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Mangel Pereira da Silva				
AGNOSTIC	4x Mangel Pereira da Silva				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	45 A	LEITO	65	DATA	04/05/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAMLER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H Alergico				06:00 18:00 24:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				MTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				MTF
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (Susp)				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (Susp)				SN
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
15					
16					
17					
18					
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, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	140x100	106	36.2
24 H	140x90	102	34.20

Tarciana Paula de Souza Dutra
Enfermeira
COREN/RR 237.389

Realizado visita e orientações
PCTE BEG () REG () MEG ()
acompanhado S () N ()
C () S () queixas SpO2 93%
FC 96. Realizado AVF n. 16
Orienta jejum. Parecer
Cardiológico respondido.

Bruno Vieira
CRM 1231-RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
1234 MEDIC RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COREN/RR 903.883

Suzy Brandão
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 638.121

M. Rômulo da S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 987.678-1F

As 06:00

PA: 150x90

FC: 96.

T: 36,4°C

Luana de S. Vale
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 638.121

* 21:05: Realizado novo AVF em MSD
com jélo número 18.

Daniela da Silva Barreto
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 650.142

* 24:00: Paciente refere alergia a
dipirone.

Daniela da Silva Barreto
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 650.142



S A M E



PEDIDO DE PARECER

Unidade: M
Nome: MANOEL BENEDITO DA SILVA
Idade: 45A REGISTRO: _____
Bloco: _____ Enfermaria: E Leito: maeo-65
UTI: _____ EMERGENCIA: _____

De: ORTOPEDIA

Para: Cardiologia

Ampliação do risco cirúrgico p/ Cirurgias
Ortopédicas: Fratura de Rádio Distal.

04/05/2020

Data

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Médico(a)

Risco Cirúrgico Cardiológico
Cirurgia: Correção de fratura Rádio-Distal (eletiva)
HPP: nega HAS/DIA, nega precordiológia, nega dispnéia, ex. Telangi-
ectasia (para os 20 anos), HF nega DAC, nega cirurgias prévias; nega
palpitações, boa cicatrização e coag. (sic).
Ao exame: eufórico, afébril, hidratado, anuro
ACV: PCR, 2T, BNF. PA = 160x70 mmHg FC = 108 bpm
PR = MUA, sem RA
ABD = flácido, indolor.
MMI: MM edemas.

04/05/2020

Data

cd = Índice de Lee I
Orientações gerais.

médico

Dra. Ana Carolina Santos
Cardiologia-Ecocardiografia
CRM-RR 2003

OBS.

Lab (17/03): Ch 1,0 / GL 100 / Ur 28 / RN 0,62 / TPa 24 / Hb: 15 / Hto 44 / PL 160000
RXT (17/03): 3CT normal
ECG (17/03): Arritmial, regular, FC 93 bpm



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 5.5.20 O.S.

*Manoel Pereira
do Silva*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Suspeita de tumor de mama

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: a remoção do tumor da mama E

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Alberto

1º AUXILIAR: Leandro

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DTH sob Sedação leve
- 2) Anestesia e Antiespasmódico
- 3) Exatidão do corpo e de
- 4) Incisão em forma de T com
divisão por plano da ocrea e
do corpo com redução cruenta com
uso de Fio de Vitruper
- 5) Redução cruenta com FK de e de
- 6) de mama E.
- 7) LMC com 5F0,91
- 8) sutura com Monocril + Nylon
- 9) curativo
- 10) AORPA + todo o resto

Dr. Augusto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1017
Título Especialista TEOT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade: 45 anos		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
M. J. Pereira da Silva						05 / 05 / 2020
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Tratamento de sequelas de fratura de tornozelo do campo E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		8.40	9.49			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA: Dr. Michel				
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Dr. Andreia R2				
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
Dr. Alberto		CIRCULANTE				
Dr. Jonathan		Ademilton / Rafaela				
Dr. Augusto		TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: B.P.B. + Bloqueio Azeite						
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO		
7	PACOTES GAZE			500 ml		
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº Monocryl m. 4.0		
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 4.0		
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº		
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº		
	SERINGA 03ML			SURGICEL		
1	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSSO		
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATA Nº		
7	SERINGA 20ML			GEOFOAM		
7	Eletródios		100ml	FITA CARDIACA		
1	Protetor O2		100ml	OUTROS: Alcool		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Jaqueline	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		Ademilton	TAXA DE ANESTESIA			
		Rafaela	SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Manoel Pereira da Silva

Data de Nascimento: 14 / 12 / 1974

Idade: 45 Setor/Leito: _____

Data: 05/05/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança. - 1/1/2016. 693816

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>Monica Farias da Silva</i>				
AGNÓSTICO	<i>facilita a vida</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		<i>5/7/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>5/15h</i>				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Clindamicina 600mg EV 12/12h</i>				
16					
17					
18					
19					
20					
21					
<i>Dr. Augusto Cavalcante</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1964					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					

265

Assinado Digitalmente

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	<i>Marcelo Pereira do Silva</i>			
AGNOSTIA	<i>12/12/2019</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA	<i>5/5/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Mantém
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			SUSE-
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			12 20 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			16 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			18 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			Rotina
15	<i>Clindamicina 600mg EV 12/12h</i>			22
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1964

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	J
12 H	140x90	91	-	36,2
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12: Dextro: 119mg/dl

VIRE

Alergico a DIPIRONA

265

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>Manoel Pereira de S.P.</i>				
AGNÓSTICO	<i>F. João Silva</i>				
ALERGIAS	<i>Dipirona</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>05-05-2010</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>mantido</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>SUSPENSÃO</i>				<i>susp</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				OG
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ÍTEM 4				<i>SN NFE</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>04/02/22 OG</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>susp</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>> 500mg</i>				SN
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Retina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Procto 100g vo 6/6h. SN</i>				SN
16					
17					
18					
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, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM-RR 1615 / RQE: 684
Ortopedista/Traumatologista

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Marcos Pereira 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) serei 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 Retaguara 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 retransferência 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 Retaguara;

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, 05 de Maio de 2020

Assinatura do paciente: _____

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 familiares, 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, _____ de _____ de 20 ____ . Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulator

CRM _____ / _____



2t 3g

HGRN

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

BLE

Eu Mameel Pereira 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) serei 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 retransferência 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.) Confirmo 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, 05 de maio de 20 20

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, 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, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

1º Ten. Med. FRANCISCA APARECIDA DA SILVA
CRM 14.141-RJ
Assessoria Jurídica

05/05/2020

...: Laudo de Internação SG ...:

L. 34

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

MANOEL PEREIRA DA SILVA

700600447639462

14/12/1974

(95) 99168-2072

Masculino

FRANCISCA ALVES DA SILVA

RUA - SANTO ANTONIO

1112

CENTRO

MUCAJAI

140030

RR

ORTOPEDIA

Eletivo

X

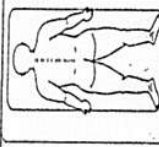
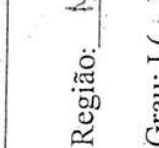
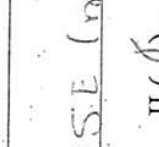
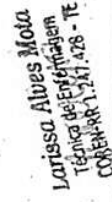
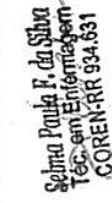
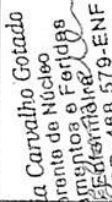
702102736066693

LAEL DOS SANTOS



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: Manoel Pereira da Silva				
	Leito: 34	Data: 06/05/2020			

Localização			Região: MSE (mão)			Região: MSE
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia () Outro: <u>tração</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma () Tração () Fixador Externo () Ortopedia () Outro: <u>tração</u>	Grau: I () II ()	Grau: I () II ()		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros				
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:				
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:				
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco				
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%				
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:				
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	 Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.41.428-TE	 Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631	 Eliscleia Carvalho Gotado Garanta de Núcleo Trauma e Feridas Enfermagem COREN-RR 488.579-ENF			
Observações:						

SINISTRO 3200222802 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 58641688234

Posição em 14-07-2020 16:24:05

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/06/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

