ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR**, Brasileiro, casado, Auxiliar de serviços gerais, portador da cédula de identidade nº 31098266 SSP/AL e inscrita no CPF sob o nº 072.081.174-03, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Jose Francisco, nº 740, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-275. Tel: (95) 998103-5783, E-mail: juninho-allves1@htomail.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula **"ad judicia"**, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

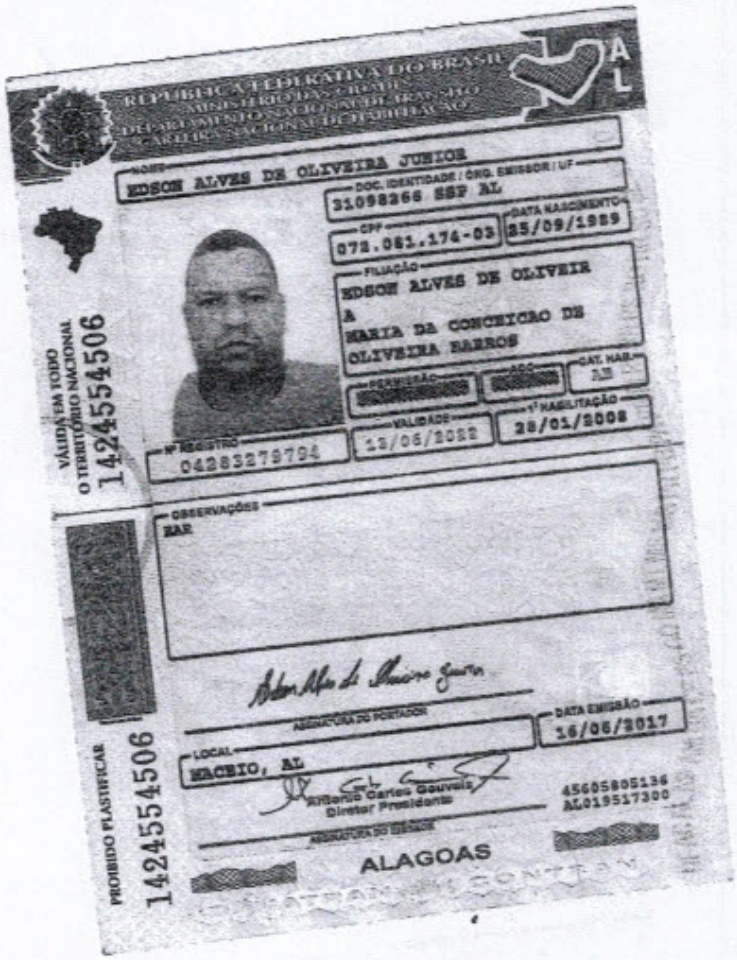
Boa Vista/RR, 13 / 06 / 2019.

Edson Alves de Oliveira Junior

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

POLEGAR DIREITO

Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99171-7145/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 31098266 SSP AL
CPF: 072.081.174-03
DATA NASCIMENTO: 25/09/1989
FILIAÇÃO: EDSON ALVES DE OLIVEIR A
MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA BARROS
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. AB
VALIDADE: 13/06/2022
1ª HABILITAÇÃO: 28/01/2008
Nº REGISTRO: 04283279794
OBSERVAÇÕES: EAR
ASSINATURA DO PORTADOR
DATA EMISSÃO: 16/06/2017
LOCAL: MACEIO, AL
Antonio Carlos Gouveia
Diretor Presidente
ASSINATURA DO DIRETOR
45605805136
AL019517300
ALAGOAS
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424554506
PROIBIDO PLASTIFICAR
1424554506

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR, Brasileiro, casado, Auxiliar de serviços gerais, portador da cédula de identidade nº 31098266 SSP/AL e inscrita no CPF sob o nº 072.081.174-03, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Jose Francisco, nº 740, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-275.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 13/06/2019.

Edson Alves de Oliveira Junior

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

POLEGAR DIREITO

Avenida General Ataide Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99171-7145/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0024120-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eng Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 355/13

Nº da Nota Fiscal: 000055073

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	VALOR A PAGAR (R$)
DEZEMBRO/2018	11/01/2019	259	245,15

KEYLLA RAPHAELLA FERREIRA RODRIGUES ALVES
R. JOSE FRANCISCO CAVALCANTE URANCA
CPF: 00007100205490
CEP: 69.312-278 BOA VISTA
ROT: 5.001.17.08.717900

LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	49903	Atual:	24/12/2018
Anterior:	49643	Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura:	25/01/2019
Consumo Medido:	259	Emissão:	21/12/2018
Consumo Faturado:	259 FCAM	Apresentação:	24/12/2018
			28

NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	11ED00045611 150/443		1.1.1.2	246

HISTÓRICO KWH	Mês/ano consumo
NOV/18	241
OUT/18	221
SET/18	196
AGO/18	233
JUL/18	204
JUN/18	330
MAI/18	303
ABR/18	0
MAR/18	0
FEV/18	0

TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 225 - 0,534120

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO		
CONSUMO	259 A R$ 0,791912 =	205,10
CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00		0,09
CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00		0,75
MULTA POR ATRASO DE 1 10/18-00		0,71
JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00		0,22
MULTA POR ATRASO 10/18-00		1,82
JUROS DE MORA DE INPO 10/18-00		0,88
ILUMINACAO PUBLICA		35,58

Mes/Ano	Valor R$
11/2018	160,03

TARIFA SOCIAL CANCELADA. RECEBIMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE CONSUMIDORA. INFORMACOES PELO TEL. 0800 701 9120

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 0800701912O E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 35D1.0666.6D53.508B.735D.22F8.D2C8.F701

COMPOSIÇÃO DA FATURA (R$)	
Distribuição:	107,89
Energia:	0,00
Transmissão:	5,60
Encargos:	40,72

MERCADO ICMS	
Base de Cálculo:	205,10
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,86
Valor do PIS:	1,04
Valor da COFINS:	4,82

8,85 17,70 35,40 8,40 16,92 33,84 4,82
4,16 11,00 1,72
10/2018 34,88

FLORESTA
ROT: 5.001.17.08.717900

SEU CÓDIGO 0024120-2 | TOTAL A PAGAR - R$ 245,15
MÊS FATURADO 12/2018 | VENCIMENTO 11/01/2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eng Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-9

000055073 FCAM
Nº da Nota Fiscal:

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR, Brasileiro, casado, Auxiliar de serviços gerais, portador da cédula de identidade n° 31098266 SSP/AL e inscrita no CPF sob o n° 072.081.174-03, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Jose Francisco, nº 740, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-275.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2°, § Único e art. 4°, § 1°, ambos da Lei n° 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 13 / 06 / 2019.

x Edson Alves de Oliveira Júnior

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

POLEGAR DIREITO

Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99171-7145/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com

Mostre ao seu novo companheiro os perigos [illegible] trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada [illegible] futuros desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser [illegible] para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico [illegible] ajuda. Não deixe que "bencedeiras" e "curiosos" [illegible] agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Siga as recomendações dos membros da CIPA [illegible] serviço e cheiro.

Conheça sempre as regras de segurança de seu [illegible] trabalho. Conversa e discussão no trabalho prejudicam a [illegible] pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compõem [illegible] parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas [illegible] devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou limpá-la.

Habituando-se a trabalhar prevenido, [illegible] os acidentes. Use equipamento de proteção individual [illegible]

Conheça [illegible] e demais dispositivos de combate [illegible] de trabalho. Você pode ter necessidade de [illegible]

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

00024-AL

081782 Série

Número

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome [illegible]

Nasc. [illegible] Est. [illegible] Data 25.09.89

Filiação [illegible]

Doc. Nº [illegible]

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..../..../.... Doc. Ident. Nº

Exp. em ..../..../.... Estado

Obs.

Data Emissão 18.01.93 DRT

João Marcos Campos Oliveira
Agente de Colocação
Matrícula 6.221.452
Assinatura do Funcionário

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

10

Erson A de C. Junior

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Anibal de Holanda Bezerra de Melo
Matr. 52.99

Registrado em ..... / ..... / ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Registrado em ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... como
..... sob
Nº ..... Liv. ..... Fls. ..... Data .....
DRT .....
Ass. do Funcionário

11

DEPENDENTES

Nome	Sexo	Idade	Grau Parentesco

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 08.515.932/0001-89
CONDOMÍNIO LAGUNA
CNPJ/MF .....
Rua ..... Nº .....
Município Rodovia AL - 101 Sul - Km 03 Estado .....
Esp. do estabelecimento Marechal Deodoro - Cep 57160-000
Cargo Marechal Deodoro / AL Ajudante geral
CBO nº .....
Data admissão 01 de agosto de 2008
Registro nº ..... Fls. Ficha .....
Remuneração especificada R$ 417,00 (quatro centos e dezesete reais) por mês.
CONDOMÍNIO LAGUNA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....
Data saída 14 de fev de 2010
Gerente Operacional Laguna
(82) 3260-6442
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....
Com. Dispensa CD nº .....

13

CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ 10.904.193/0005-92

Empregador ODEBRECHT SERVIÇOS E PARTICIPAÇÕES S/A
CNPJ/MF [illegible]
Rua Polo Cloroquímico [illegible]
Município Marechal Deodoro Estado [illegible]
Esp. do estabelecimento [illegible]
Cargo Ajudante
CBO nº .....
Data admissão 24 de Junho de 2012
Registro nº 5028-80 Fls. Ficha .....
Remuneração especificada R$ 672,00 por mês
ODEBRECHT Recursos Humanos
Vanessa Albrecht
CPF 020.913.543-80 - RG 27.860.917-7 SSP/SP
Odebrecht Serviços e Participações S/A
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º .....
Data saída 24 de Junho de 2012
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º .....
Com. Dispensa CD nº .....
Vanessa Albrecht
Recursos Humanos
CPF 020.913.543-80 - RG 27.860.917-7 SSP/SP
Odebrecht S/A

14

CONTRATO DE TRABALHO

FERREIRA E SILVA SEGURANÇA COM E SERV LTDA - EPP
CNPJ: 10.781.670/0001-46
End: PRAÇA-CIPRIANO JUCA,24
Bairro: MANGABEIRAS – **CEP:** 57031-350
Municipio: MACEIÓ – **UF:** AL

Cargo: Agente de segurança
CBO: 5173-10
Data de Admissão : 04/12/2013
Registro Nº :00458
Remuneração especifica: R$ 707,26
setecentos e sete reais e vinte e seis centavos p/ mês

FERREIRA E SILVA SEGURANÇA COM E SERV. LTDA - EPP

1º ..... 2º .....
Data saída 15 de Janeiro de 2014.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Francisco Pereira da Silva
Aux. Dep. Pessoal
1º ..... 2º .....
Com. Dispensa CD nº .....

15

CNPJ 11.892.870/0001-00
CONTRATO DE TRABALHO

Empregador R. B. FORTEMIX CONCRETO LTDA
BR 104, Km 87
CNPJ/MF Zona Rural - CEP 57100-000
Rua .....
Município Rio Largo - AL Est. .....
Esp. do estabelecimento SERVIÇOS DE CONCRETAGEM
Cargo OPERADOR DE BETONEIRA
CBO nº 7151-15
Data admissão 16 de SETEMBRO de 2014
Registro nº 31 Fls./Ficha .....
Remuneração especificada R$ 1.180,00 (UM MIL, CENTO E OITENTA REAIS).

R.B. FORTEMIX CONCRETO LTDA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Cristine Lins Ramires
Sócia - Administradora
1º ..... 2º .....
Data saída ..... de .....
R.B. FORTEMIX CONCRETO LTDA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Cristine Lins Ramires
Sócia - Administradora
1º ..... 2º .....
Com. Dispensa CD nº .....

16

CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ 11.157.967/0001-69

Empregador ENGENHARIA DE MATERIAIS LTDA
CNPJ/MF Av. Hamilton B. Soutinho, 797
Rua Jatiúca - CEP 57035-690
Município Maceió - AL Est. .....
Esp. do estabelecimento .....
Cargo Op. Bobcat
CBO nº .....
Data admissão 26 de OUTUBRO de 15
Registro nº 34699 Fls./Ficha .....
Remuneração especificada R$ 1.200,00 (HUM MIL E DUZENTOS REAIS)

Janaína Tenório de Oliveira
Gerente Financeira
Engenharia de Materiais Ltda
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º ..... 2º .....
Data saída 07 de AGOSTO de 16
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Gerente Adm. Financeira
Engenharia de Materiais Ltda

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....
CNPJ/MF .....
Rua .....
Município .....
Esp. do estabelecimento .....
Cargo .....
CBO nº .....
Data admissão ..... de ..... de .....
Registro nº ..... Fls./Ficha .....
Remuneração especificada .....

CANCELADO

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º ..... 2º .....
Data saída ..... de ..... de .....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º ..... 2º .....

18

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. .....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls. Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

19

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. .....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

22

CONTRIBUIÇÃO

Contribuição de R$	A favor de
13,90	Sind. Classe
15,73	" "
68 22,40	Sind classe
30,35	SINDICATO
40,60	SINDICATO DA CLASSE
40,60	" " "

23

SINDICAL

Ano	Assinatura do Empregador
2008	CONDOMINIO AGUIA
2009	[illegible]
2012	Vanessa [illegible]
	[illegible]
	[illegible]
2014	FONTENIX CONCRETO LTDA
2015	[illegible]
2016	[illegible]

24

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/01/09 Para R$ 472,50
Na função de Guarnição
CBO ..... por motivo de Reajuste
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/01/09 Para R$ 506,25
Na função de Promoção
CBO ..... por motivo de .....
CONDOMINIO AGUNA
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/01/10 Para R$ 763,84
Na função de Porteiro
CBO ..... por motivo de Dissídio
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/01/12 Para R$ 266,14
Na função de Porteiro
CBO ..... por motivo de Dissídio
Assinatura do empregador

25

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/01/17 Para R$ 986,00
Na função de Porteiro
CBO ..... por motivo de Dissídio
Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R$ .....
Na função de .....
CBO ..... por motivo de .....
Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R$ .....
Na função de .....
CBO ..... por motivo de .....
Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R$ .....
Na função de .....
CBO ..... por motivo de .....
Assinatura do empregador

34

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2008/2009
de 14/08/09 a 12/09/09
CONDOMINIO AGUNA
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2014/2015
de 4/17
D. R. FORTENIX CONCRETO LTDA
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

35

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....
Assinatura do empregador

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....
de ...../...../..... a ...../...../.....

Assinatura do empregador

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº [illegible])

OPÇÃO	RETRATAÇÃO
01 / 06 / [illegible]	
Dia Mês Ano	Dia Mês Ano

Banco depositário [illegible]
Agência [illegible]
Praça ..... Estado [illegible]
Empresa .....
CONDOMINIO LAGUNA
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO	RETRATAÇÃO
04 / 12 / 13	
Dia Mês Ano	Dia Mês Ano

Banco depositário CEF
Agência 2372
Praça Maceió Estado AL
Empresa .....
FERREIRA & SILVA SEGURANÇA COM. E SERV. LTDA - EPP
Carimbo e assinatura do empregador

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

NUMERO DE PIS
13475301279

Newton Barreto Neto
Atendente CTPS - Mat. 129228
NEPROFIORTIAL

M.T.E.
D.R.T. 1
SD
Maceió - AL

Em 01.07.2005
passou a estrutura
função de Auxiliar
de Manutenção.
CONDOMINIO LAGUNA

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Conforme documento em poder do empregado o contrato de trabalho experiência de 45 dias prorrogado por mais 45 dias
de 24/01/12 a 04/12

Além do salário normal, o empregado tem jus a 30% de adicional de periculosidade quando trabalha em condições de risco acentuado, em contato permanente com inflamáveis conforme [illegible]
ODEBRECHT SERVIÇOS E PARTICIPAÇÕES S.A.

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

DE ACORDO COM A INSTRUÇÃO NORMATIVA SRT Nº 15 INFORMAMOS QUE O ULTIMO DIA DE TRABALHO NA ODEBRECHT SERVIÇOS E PARTICIPAÇÕES S/A,
CNPJ: 10.904.193/0005-92
ACONTECEU EM: 25/05/12
MARECHAL DEODORO-AL, 06/06/12

ODEBRECHT SERVIÇOS E PARTICIPAÇÕES S/A

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

PIS - 16[illegible]

FERREIRA & SILVA SEGURANÇA COM. E SERV. LTDA - EPP
O portador da presente assinou CONTRATO DE EXPERIÊNCIA por 45 dias, podendo o mesmo ser prorrogado por mais 45 dias. O qual rescindindo antecipadamente por qualquer das partes, RCT será elaborada conforme o Artigo 479 da CTL.
Maceió - AL, 24 de 12 de 13

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O contrato de trabalho de fls. 15, está sendo celebrado a título de experiência, nos termos do art. 443, § 2º, alínea "c", e art. 445, Parágrafo Único, da CLT, conforme Contrato de Experiência celebrado entre as partes, podendo ser prorrogado uma única vez, através de Termo Aditivo, nos termos do art. 451 da CLT.

R. B. FORTEMIX CONCRETO LTDA

Cristine Lins Ramires
Sócia - Administradora

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

[illegible] CONFORME
[illegible] PARÁGRAFOS 1 E 2 DA IN DA
[illegible] DE 14 DE JULHO DE 2010

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Admitido(a) em experiência pelo prazo de ___ dias conforme co[illegible] vencimento em ___/___/___, pod[illegible]r prorrogado por mais ___ dias conforme legislação em vigor.

20 [illegible] de Serv. Leg.
VERUZA [illegible] RICARDI
ASSINGIO
Gerente Financeiro

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

496420

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 477/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 29/08//2018

COMUNICANTE: EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
RG: 31098266 **O. EXP.: SSP/AL** **CPF: 07208117403**
ENDEREÇO: RUA – JOSÉ FRANCISCO, 740
BAIRRO: ASA BRANCA **CIDADE: BOA VISTA - RR**
SEXO: MASCULINO **PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**
NATURALIDADE: MACEIÓ **ESTADO: AL**
DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1989 IDADE: 28 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU COMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADO **TELEFONE: 98103-5783** **N° REG. CNH: 04283279794**
NOME DO PAI: EDSON ALVES DE OLIVEIRA
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA BARROS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **23h00min do dia 16/06/2018, RUA – JOSÉ FRANCISCO EM FRENTE À ESCOLA ANTONIO CARLOS NATALINO – ASA BRANCA.**

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo veículo **YAMAHA/XTZ 250 LANDER**, Placa **NAQ-5833**, de cor **LARANJA**, Ano **2016/2016**, Chassi **9C6KG0380G003726**, Renavam **01083050181** de propriedade do senhor **EDILSON SILVA BATISTA**; Que o comunicante informou que estava saindo da casa do seu sogro sentido sua casa quando um cachorro cruzou na sua frente ocasionando o acidente; Que o comunicante não sabe informar de onde o cachorro saiu, pois essa rua estava escura; Que em decorrência do acidente o comunicante teve (**FRATURA NO ANTIBRAÇO DIREITO**) e seu veículo teve somente arranhões; Que esse registro é para fins de requerimento de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
Comunicante

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

DAT
29 AGO 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL
Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

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

..:: Guia de Atendimento 02 ::..

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

Visto conferido 18/06/18

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 20

0967849 16/06/2018 21:57:25 CRE Prontuário

Cliente: OSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
Data Nascimento: 25/09/1989 | Idade: 28 A 8 M 21 D | CNS
Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo: M | Estado Civil | Raça/Cor: PARDA | Naturalidade | Nacionalidade: BRASILEIRA
ENTIDADE 0
Mãe: ARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA BARROS | Pai: NI | Contato: (95) 99117-1229 | Ocupação
Endereço: UA - JOSE FRANCISCO - 740 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR

Class. do Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Pronatal
Motivo do Atendimento: OUTROS | Caráter do Atendimento: URGÊNCIA | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA | Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA | Procedimento Sol. | Registrado por: LEANDRO

Queixa Principal
( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Ser Punto

Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Paciente c/ Fratura Radio Distal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fratura Rad. Distal

SADT - Exames Complementares
( ) RAIO -X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Tramadon 40 g	22:45	
Diclofenaco 50 g		

Maria do Dasles
Téc. Enfermagem
COREN-RR 928664

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Floresta - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
2018
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para:
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
Data e Hora de Saída/Alta: ___/___/___ ___:___

óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML ( ) Anatomia Patológica ___/___/___ ___:___

Joel Gonzaga Lima Neto
Medico Ortopedista
CRM 1342 - RQE 821

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro
Data Hora: 16/06/2018 21:58:18

1800967849

Ortopedia

Quedo de propio altura, durante pratica esportiva com trauma em punho (D).
Ao Rx - fr de radio distal (D)
cbi: Internação

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715

10008488
EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
17/06/2018 00:47:04
MGS 29A
SALA DE COLETA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

BLOCO D Jta 20/06

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Edson Alves de Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 166950
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8 19 8 10 10 15 8 16 16 15 12 13 8 15 14
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/09/89
9 - SEXO:
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição de Oliveira Barros
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Maria da Conceição de Oliveira Barros
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Rua José Francisco 740, Ana Branca / Bonfim
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fx rádio distal. (D).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Pto air.

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fx rádio distal. (D).
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0520 AUTENTICA 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução do que foi apresentado neste ...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr Leonardo
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/06/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Leonardo Rabelo Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1715

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/6/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019 5525 T068 W499

Bloco F / lt. 18

Longoiro

18

13:45 Recebo prescrição médica.

Priscila S. Galvao
Enfermeira
COREN-RR 323.848

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Edson Lima de Oliveira				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO		DATA	17/06/2018

ÍTEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNDX
2	SF0,9% 500ML 12/12HR	18
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N SN	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS SN	06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) SN	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG SN	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
11	CURATIVO DIÁRIO	manhã
12	SSVV + CCGG 6/6 H	Retira
13	**CEFALOTINA 1 G DE 6/6 HR**	suspeso
14		
16		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VI	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140X80	64	20	36°C
12 H	120/80	62		36,6
18 H				
24 H	120x90	54		36,5°C

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 1995-RR
Lindaiva S. Nascimento
COREN-RR 175.402

As 16:24h
PA 120x80
FC 65
Tax 36.5°C
Dextro 118 mg/dl

Elmides da S. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 968999

Bloco F

NIR
Regulado para leito
L-18
Regulação Interna

404-6.

18

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAI
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMAT
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/jun	DR	LEONARDO
PACIENTE	EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR				
DIAGNÓSTIC	FRATURA DE RADIO DISTALDIREITA				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	NEGA
IDADE	28 ANOS	LEITO	18	DATA	18/06/2018

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL HIPOSSÓDICA	SND
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	SUSP
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA	16
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
14		
15		
16		
17		
18	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	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

18/11 paciente em pós-op imediato CPM e SSVV sem intercorrências

Fernando Gonçalves Barbosa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 885.057 TE

Às 14:50h paciente no leito com queixa de dor com gesso em MSD, rotina + orientação

Márcia V. M. Marcuth
Enfermeira ESB/ESF
COREN-RR 353.444

Dr. Marcelo Marque
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	E
6 H	110x80	78	36.4°C	+	
12 H	122X88	58	36.2°C	+	+
18 H	140/90	60	36°	+	∅
24 H					

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

12:00h 130x93 54 37,4 + FR=18 Administrado as medicações C.P.M verificado os SS.VV. Aos cuidados da enfermagem.

Alciony Cardoso Alves
Téc. Enfermagem
COREN-RR 128.[illegible] - TE

404-6

18 OK

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAI
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMAT
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/jun	DR	LEONARDO
PACIENTE	EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR				
AGNÓSTIC	FRATURA DE RADIO DISTALDIREITA				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	NEGA
IDADE	28 ANOS	LEITO	18	DATA	19/06/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL HIPOSSÓDICA	SMD
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	SUSP
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA	20°
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N	10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
14		
15		
16		
17		
18	**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	
19		
20		

19:00 às 07:00 Administrados medicações CPM, aferidos SSVV, higiene aos cuidados de enfermagem.

Rosinea Pereira de França
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 524-986-TEC

NIR
Regulado para leito
Nº D. 408.2
Regulação Interna

VOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

10:00Hs → Paciente referindo dor em MSD. Adm. analgesico (ITEM "5") conforme prescrição médica. Tec. Enf

14:17H paciente com fratura de MSD, com parecer clínico, segue aos cuidados de enfermagem

Dr. Marcelo Marques
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1916/RR

Márcia V. A. Marianti
Enfermeira ESP. ESF
COREN 36394-RR

14:40
P.A 117 x 79
F.C: 63
T.X. 36,4°C

Antonia Lucia de Araújo
Téc. Enfermagem
COREN-RR 907534

SINAIS VITAIS	PA	FC	RESP	TEMP
6 H	107x55	57	20	35,2°C
12 H	138/84	57	20	36,1°C
18 H	100/60	66	20	36.3°C
24 H	96x59	61	20	36,2°C

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

s. 14 e 40 as 18hs. Aferido SV, conforme horário

Irani Siqueira Monteiro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 292.874-AUX

404/6

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	17/06/2018	DIH		DN	25/09/1989
PACIENTE	EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR				
DIAGNÓSTICO	FRATURA RADIO DISTAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	24	LEITO	404-6	DATA	20/06/2018

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	AVP	Manter
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	18 24 6
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O	6
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
11	CURATIVO DIÁRIO	SSVV
12	SSVV + CCGG 6/6 H	SSV
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)	14 22 6
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

07 as 13h foi adm medicação + SSVV.

Ana Maria S. Miranda
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.411.634

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

SINAIS VI	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	140/60	87	20	36
18 H				
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e Traumatologia

404-6

HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edson Alves De Oliveira Junior, 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17/06/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura Radio Distal

NO DIA ___/___/___, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR._____ E DR _____.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/06/18, ÀS 13,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL (HGR)
~~CORONEL MOTA NO DIA~~ 25/06/18, ÀS 14,00hrs, COM O
DR. Reinternacao pelo MIR, Programacao Cirurgia
dia 26/06/18, Noite.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planeta - (95) 2121-0620
Atestado de Frequência
OUT. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é Reprodução Original apresentada neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR M. Ferreira

Dr. Odinachi Okezilli
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1661/RR

BOA VISTA, 20 06 18

MÉDICO

BLOCO D

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Edson Alves de Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 166450
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1 6 0 1 3 1 3 6 1 0 1 8 1 1 2 8 0 0 0 0 1 1
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/09/89
9 - SEXO:
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição de Oliveira Barros
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua José Francisco, 740, Asa Branca
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF: RR
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura Rádio Distal Punho Direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Clínico + RX

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Clínico + RX

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura Rádio Distal
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Paraíso - (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
04 OUT 2018
Certifico a presente cópia reprodução Original que foi apresentada ao Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Punho + Mão
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 26/6/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia Traumatologia
CRM 1295

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 26/6/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista Traumatologista
CRM 1295 RR

0408020407 → 5525
1499

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27/06/18 O.S.

Edson Luis de Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Rádio distal
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução + Osteossíntese
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Hospital ... Av. Brig. Eduardo Gomes, s/n Novo Planeta Tel (95) 4224-9620 AUTENTICAÇÃO 04 JUN 2019 Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

CIRURGIÃO: Dr Dalson
1º AUXILIAR: Dr Rogério
2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR:
ANESTESIA:
ANESTESISTAS: Dr Adonias
ANESTÉSICO:
INÍCIO:
FIM:
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

1- Raquia anestesia
2- Asepsia antisepsia
3- Campos estéreis
4- Passagem 27,K 2.0,
5- Controle radiológico Redução anatômica
6- Tala Gesso
7- RPA

Rogério L. P. D...
Médico
Ortopedista Traumatologista
CRM 1205 RR

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia- Traumatologia
CRM-RR 1175

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Hospital Geral Nilo Peçanha"

FICHA DE ANESTESIA

Edson Alves de Oliveira

N° 27/09/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

19:00 20:00

AGENTES: N 20 / O2

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 500

DA X / ULSO O / ANES X / DP O / ASPIR. A / RESP O

°C 40 38 36 34 32 30 — 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

ECG; PANI; FC
SpO2 100%

Expont / Assist / Contro

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Novabup 0,5% S/V		Bloqueio Axilar + Suprachlavicular Direito guiado pelo USG	# Checagem do aparelho, equipamentos
B 150mg			# Monitorização FC; PANI; ECG; SpO2
C			# Revisão de venóclise
D Propofol 200mg			A SRPA
E Fentanil 100mcg			
F Dipirona 2g			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica: Não Houve	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			

OPERAÇÃO: Fratura + Luxação Rádio D

Laringo - Espasmo - Excesso Secre - Broncoespasmo - Náusea - "Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia - Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Drº Adonias | CÓDIGO | CIRURGIÃO: Drº Dalson, Drº Rogerio | PERDA SANGUÍNEA

Drº Adonias Resende
Médico Anestesiologista
CRM/RR 1609 • RQE 634

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Edson Alves de Oliveira Junior 28 anos			27 / 06 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteossíntese de Radio Distal (D)	20:00	20:15	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Rogério	ANESTESISTA:	Adonias
		RES. ANESTESIA:	R1 marcos
1º AUXILIAR	Dr. Dolson	INSTRUMENTADOR	Onésio
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Ana claudia / Silvia

T : DE ANESTESIA: Bloqueio Anilar + Sedoca

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALO
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml oxigênio 2l/min	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML		1	~~GRAMPEADOR~~ equipo macrogotas	
4	SERINGA05 ML		100ml	~~KIT CATARATA~~ Álcool a 70%	
7	SERINGA 10ML		200ml	~~GEL ÓAM~~ PVPI tópico	
	SERINGA20ML		1	~~FITA CARDÍACA~~ cateter O2	
0	escova p/ digermação		5	~~OUTROS:~~ eletrodos	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALO
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Aline	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SESAU

HGR

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Edson Alves de Oliveira Junior

(-) HAS
(-) DM
(-) Alergia

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24/06/18
Reg: ____ Idade: 28
Chegada: 18:00
( ) Emergência ( ) U.T.I. 1
Internação ( ) U.T.I. 2
( ) Outros:
Cirurgia Proposta: Fratura de radio (-)
Informações: 09h
( ) Jejum ( ) Pré-anestésico
( ) Joias ( ) Extracath
( ) Banho ( ) Sangue
( ) Alergia ( ) Cardiopata
( ) Exames ( ) Asmático
( ) Outros:

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
18:18	10:00	19:31	20:15	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Osteossíntese de Radio Distal (-)		D Dorsal

Hidratação Infundida	Antibiótico-Terapia	Hemoderivados
SF a 0,9%:	Nome:	CH:
SG a 10%:	Dose:	Plasma:
Outros:		Plaquetas:

N° de compressas oferecidas:
N° de compressas recolhidas:
Sinais Vitais:
T ____ °C P ____ bpm
SAT 92 % R ____ rpm
( ) Regular ( ) Irregular
FC 72 bpm PA 114/72 mmhg

Anátomo Patológico:
( ) Não
( ) Sim
N° peças: ____
( ) Cultura
( ) Outros: ____

SRPA

Cirurgia Realizada	Anestesia
	Bloqueio Axilar + SG

Localização

1. Sonda
2. Curativo
3. Drano
4. Acesso Venoso
5. Outros ____

Sinais Vitais

	T	P	PA	SPO2
1°h		53	94x51	99
15'				
30'				
45'				
2°h				
30'				
1h				
1h30				
2h				
3°h				
1h				
2h				
3h				
4h				
5h				

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Raio X
( ) Outros:

Estado Emocional/ Mental
( ) Choroso ( ) Sonolento
( ) Agitado
( ) Outros calmo / orientado
( ) responsivo / lucido

Sinais Vitais:
T 36,5 P ____ bpm
SAT 98% PA 119/77 mmhg
FC ____ rpm
( ) Regular ( ) Irregular

Legenda
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Smarch
11. Outros: PA

Condições da Pele
( ) PAE ( ) Ferimento
( ) EAS ( ) Queimado
( ) Dor ( ) Hematoma
( ) Eric ( ) Contusão
( ) Edema ( ) Deformidade
( ) Avulsão ( ) Amputação
( ) Ulceração ( ) Fratura Exposta

Balanço Hídrico

Entradas				Saídas			
EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
	SF 0,9%	500 ml					

Entrada: Suellen da S. Ramos Enfermeira
Saída:

Destino: ( ) SRPA ( ) UTI

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Edson Alves de Oliveira Junior
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
(✓) Identidade
(✓) Sítio Cirúrgico
(✓) Procedimento
Consentimento (✓) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica (✓) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(✓) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(✓) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
(✓) Não ( ) Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(✓) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(✓) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Adonias Resende
Médico Anestesiologista
CRM 0001 - RR
Assinatura

Data ___/___/___ Hora: ____:____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Adonias

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (✓) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(✓) Identificação do paciente
(✓) Sítio cirúrgico
(✓) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
(✓) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(✓) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(✓) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
( ) Não se aplica
( ) Sim,
Qual: _____ Hora: ____:____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(✓) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(✓) Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
( ) Sim ( ) Não (✓) Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não (✓) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim (✓) Não

(✓) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Aline J. S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.537 ENF

Assinatura e Carimbo

408
1

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	26/06/2018	DIH		DN	25/09/1989
PACIENTE	EDSON ALVES DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA RADIO DISTAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	28	LEITO	408-1	DATA	28/06/2018

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	permanente
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12 18 24 6
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	10
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN 10
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
13	CURATIVO DIÁRIO	1
14	SSVV + CCGG 6/6 H	SSVV
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**; 351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

ALTA MEDICO

PACIENTE ESTAVEL, FERIDAS OPERATORIO ESTAVEIS COM BOM ASPECTO SEM SINAIS FLOGISTICAS, COM, EVOLUCAO SATISFATORIA, BOA PERFUDSAO DISTAIS, SEM QUEIXAS. ALTA POR ORTOPEDIA, RETORNO AMBULATORAIAS COM ANTIBIOTICOS, ANALGESIA, IMOVILIZACAO + CURATIVOS DIARIAS

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM. 1851/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	82	18	35.2
18 H				
24 H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

0:00 → Paciente queixando-se de dor intensa administra-
os itens 07, 09 e 10; Segue aos cuidados de Enfermagem; Ane-

408 - 1

HGR

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edson Alves De Oliveira, 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/06/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura Macho Distal

NO DIA 27/06/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução + Osteossíntese fratura Punho direito SENDO
OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Rogerio.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/06/18, ÀS 12,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/07/18, ÀS 14,00hrs, COM O
DR. Dalson.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Arruda

BOA VISTA, 28/06/18

Dr. Odinachi Okeminachi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

MÉDICO

22/08/2018 ..:: Guia de Atendimento 02 ::..

NÃO CLASSIFICADO

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

1800999086 22/08/2018 19:14:07 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLINICA MEDICA NOTURNO 19- 34

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR	25/09/1989	28 A 10 M 27 D	160336081280001	07	00166450

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	31098266			M		PARDA		BRASILEIRA

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA BARROS
Pai: NI
Contato: (95) 99117-1229
Ocupação:
Endereço: RUA - JOSE FRANCISCO - 740 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: NÃO CLASSIFICADO
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
N° da Carteira:
Validado:
Autorização:
Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Peso:
Pressão:
Setor: PRONTO ATENDIMENTO
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Procedimento Sol.:
Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
(__) RAIO -X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Planalto (95) 2121-0500 Boa Vista - RR
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital
02 OUT 2018

Conduta
(__) Alta por Decisão Médica
(__) Alta a Pedido
(__) Alta a Revelia
(__)Transferência para:_____
(__) Ambulatório
(__) Observação (Até 24h)
(__) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__/__

óbito
Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não **Destino:** (__) Família (__) IML Anatomia Patológica __/__/__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **ieda.gadelha**
Data Hora: **22/08/2018 19:18:51**

1800999086

alta 22.08.18

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HGR.
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Edson Alves de Oliveira Junior
4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Edson A. Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 166450
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1 6 9 3 3 6 1 0 1 8 1 1 2 8 1 0 1 0 1 1
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/09/89
9 - SEXO:
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição de Oliveira Barros
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. José Francisco
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: RNS + manguitação pulso (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): CF + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: RNS + manguitação pulso (D)
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

Hospital Geral de Roraima — Av. Brig. Eduardo Gomes, Novo Planalto — Tel (95) 4215-0620 — AUTENTICADO — OUT 2018 — Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução do original que foi apresentado pelo Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: RNS + manguitação
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 22/8/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rogério L. P. Médico Ortopedista/Traumatologista CRM 1574-RR / ORE-114

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO CEP:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 22/8/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Multipla → 0415010012 040806 0352 → T84.0 040806 0158 → M25.6

Dr. Dorsoff Furtuoso — Cirurgião Ortopedista — CRM-RR 1574

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22/8/18 O.S. _____

Edian A. Souza

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
02 OUT 2018
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: RUG + manipulação pulso (D)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: o mesmo
TIPO DE INTERVENÇÃO: urgente/urgente
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ∅
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Rogério 1º AUXILIAR: Dr. Dalian
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Kinolo Carlos
ANESTESISTAS: Dr. Eudes ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 1175

RELATÓRIO CIRURGICO

(D) Paciente em SSA 1ot Plano anterior
(D) Angina/Antebraço
(D) RUG fio-K 2 cmd, manipulação
em flexo-extensão, curativo, P.A. ↑

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1005 RR / ORE-114

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Edson Alves de Oliveira Junior 28º 22/09/17

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO
Ø

Nº Nega Alergia à [illegible]
Nega HPP

		10	15	30	45	20	15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45
AGENTES	N 20																				
	02																				

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 250

	°C	
DA X		240
	38	220
ULSO ●	36	200
ANES X	34	180
	32	160
OP O	30	140
TEMP ☐		120
		100
ASPIR. A		80
		60
RESP O		40
		20
	Expont	
	Assist	
	Contro	

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Propofol 250 mg		Anestesia venosa
B		geral com ventila-
C		ção espontânea
D		c/ O_2 suplementar
E		
F		
G		
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea
HDCD		Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
SF 0,9%		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL 250 ml		20 min

ANOTAÇÕES x - Check list anest.
⊕ Alta p/SRPA.

OPERAÇÃO Retirada de material de síntese.

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA Dr Eudes
CÓDIGO
CIRURGIÃO Dr Rogério.
PERDA SANGUINEA

Bruno Thiago O. C. [illegible]
MÉDICO
CRM-RR [illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
[illegible]			22 / 08 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
[illegible]	14.40	14.50	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	[illegible]	ANESTESISTA:	[illegible]
		RES. ANESTESIA:	[illegible]
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	[illegible]
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	[illegible]
TIPO DE ANESTESIA:	[illegible]	TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: [illegible]	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE [illegible]	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA [illegible]	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

22/08/2018 ..:: Guia de Atendimento 02 ::..

NÃO CLASSIFICADO

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

HGR

1800999086 22/08/2018 19:14:07 **FICHA DE ATENDIMENTO** CLINICA MEDICA NOTURNO 19- 34

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR	25/09/1989	28 A 10 M 27 D	160336081280001	07	00166450

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	31098266			M		PARDA		BRASILEIRA

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA BARROS
Pai: NI
Contato: (95) 99117-1229
Ocupação:
Endereço: RUA - JOSE FRANCISCO - 740 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: NÃO CLASSIFICADO
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
N° da Carteira:
Validado:
Autorização:
Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Peso:
Pressão:
Setor: PRONTO ATENDIMENTO
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Procedimento Sol.:
Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:_____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
(___) RAIO -X (___) ULTRA-SON (___) TC (___) SANGUE (___) URINA (___) ECG (___) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Aeroporto (95) 2121-0500 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital 04 OUT 2018

Conduta
(___) Alta por Decisão Médica
(___) Alta a Pedido
(___) Alta a Revelia
(___)Transferência para:_____
(___) Ambulatório
(___) Observação (Até 24h)
(___) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ___/___/_____

óbito
Antes do 1º Atendimento? (___) Sim (___) Não **Destino:** (___) Família (___) IML Anatomia Patológica ___/___/

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **ieda.gadelha**
Data Hora: **22/08/2018 19:18:51**

1800999086

alta 22.08.18

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HGR.
2 - CNES:
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Edson Alves de Oliveira Junior
4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Edson A. Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 166450
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1 6 9 3 3 6 1 0 1 8 1 1 2 8 1 0 1 0 1 0 1
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/09/89
9 - SEXO:
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição de Oliveira Barros
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. José Francisco
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: RNS + manguitação punho (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): CF + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: RNS + manguitação punho (D)
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

Hospital Geral de Roraima — Av. Brig. Eduardo Gomes, Novo Planalto - Tel (95) 4215-0620 — AUTENTICAÇÃO — OUT 2018 — Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução do original que foi apresentado neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: RNS + manguitação
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 22/8/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rogério L. P. Médico Ortopedista Traumatologista CRM 1374-RR / ORE-114

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO CEP:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 22/8/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Dorsoff Pontoso CRM 1374-RR
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Multiplo → 0415010012 040806 0352 → 040806 0158 → M25E

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22 / 8 / 18 O.S. _____

Edian A. Souza

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: RNG + manipulação pulso (D)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: o mesmo
TIPO DE INTERVENÇÃO: urgente/urgente
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ∅
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Rogério 1º AUXILIAR: Dr. Dalian
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Kinolo Carl
ANESTESISTAS: Dr. Eudes ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 1195

RELATÓRIO CIRURGICO

(D) Paciente em SSA / ob Plano anterior
(D) Angina/Intempestivo
(D) RNG pós-K 2 cand, manipulação
em flexo-extensão, curativo, P.A. ↑

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205 RR / ORE-114

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR 28a 22/09/11

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Negra Alergia à Anestesia
Nega HPP

AGENTES	N 20	
	O2	
LÍQUIDOS VENOSOS	SF	
	RL	
	20	
DA X	°C	240
ULSO ●	38	220
ANES X	36	200
OP O	34	180
TEMP □	32	160
ASPIR A	30	140
RESP O		120
		100
		80
		60
		40
		20
	Export	
	Assist	
	Contro	
SIMBOLOS		

AGENTES	DOSES
A Propofol	150
B	
C	
D	
E	
F	
G	
GLICOSE	LIQUIDOS
NDCD	
SANGUE	
SF 0,9%	
TOTAL	250

TÉCNICA: Anestesia venosa total com ventilação espontânea c/ O2 suplementar

Cânula - Naso / Oro Faríngea
Naso / Orotraqueal - Cega
Bal - Temp - Calibre do Tubo
Sob Máscara
Dificuldade Técnica

TEMPO DE ANESTESIA: 20 min

ANOTAÇÕES: * - CHECK LIST.
ANIST.
⊕ Pita PISAPE.

OPERAÇÃO: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE.

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA: Dr Eudes
CÓDIGO
CIRURGIÃO: Dr Rogerio.
PERDA SANGUINEA

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1065

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

78 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
[illegible]			22 / 08 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
[illegible]	14.40	14.50	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	[illegible]	ANESTESISTA:	[illegible]
		RES. ANESTESIA:	[illegible]
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	[illegible]
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	[illegible]

TIPO DE ANESTESIA: [illegible]

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: [illegible]	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE [illegible]	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA [illegible]	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Governo do Estado de Roraima
"Terra da Fraternidade dos Brasileiros"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE: Edson Alves de Oliveira Junior

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	Alta hospitalar		

Dr. Dalson Pedrosa
Ortopedia Traumatologia
CRM/RR 1171

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes
Nova Brasília - Boa Vista - RR
AUTENTICADO
0 - OUT 2019
Certifico que a presente cópia é fiel reprodução do original que foi apresentado neste hospital

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Edson A. Oliveira RECEITUÁRIO

Paciente em pós de fratura em tornozelo D em 27/6/18, necessitando de afastamento de 60 (sessenta) dias de afastamento de suas atividades laborais

Grato!

DATA 27.7.18

Dr. Marcio L. de P. Dias
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 128

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-98

Desospitalizado

NIR HLI

Data: 20 / 06 / 18

Regulação Externa

HGR Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

NIR

Paciente Edson Alves De Oliveira Junior de 28 anos de idade deu entrada no dia 17/06/18 no serviço de Ortopedia e traumatologia com fratura radio distal, agendado para tratamento cirúrgico no Hospital Geral de Roraima para o dia 26/06/18. Recebe alta hoje, com retorno 25/03/18, as 14.00hrs.

Atenciosamente,

Boa Vista-RR, 20/03/18.

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1801

DR Odinachi Okemiri
Médico Rendente ortopedia-trraumatologia

UENE

Dr. André Dantas Marcílio
Médico
CRM-RR 1904

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Edson Luis de O. Jun RECEPTÚLIBRO

Laudo
Fratura de Rádio Distal (D)
Submetido fotonito Angio
Em Ruamulatório, necessita de
#45# dias

Dr. Daison Feitosa
Ortopedia-Traumatologia
CRM-RR 1176

DATA 08.10.18

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto,630 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-90

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Edson Luis de O. Jr

Laudo
Fratura de Rádio Distal (D)
Submetido fotonito Angiò
Em Reabilitação, necessita de
#45# dias

Dr. Daison Peitosa
Ortopedia-Traumatologia
CRM-RR 1176

DATA 08/10/18

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto,630 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-08

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Edias A. Oliveira RECEITUÁRIO

Paciente em Pós de fratura em Antebraço D em 27/6/18, necessitando de afastamento de 60 (60) sessenta dias de afastamento de suas atividades laborais

Grato!

DATA 27/7/18

Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 128

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto,536 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.406/0001-98

408 - 1

HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edson Alves De Oliveira, 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/06/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura Radio Distal

NO DIA 27/06/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução + Osteossíntese fratura Radio distal SENDO
OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Rogerio.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 28/06/18, ÀS 12,00hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/07/18, ÀS 14,00hrs, COM O
DR. Dalson.

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Arruda

BOA VISTA, 28/06/18

Dr. Odinachi Okeanini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

MÉDICO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente **Edson Alves de Oliveira Júnior**, realizou tratamento fisioterapêutico nesta unidade, pelo turno matutino, no período de 17/09/2018 à 22/10/2018, às segundas e quartas-feiras, às 08:30h

Apresenta diagnóstico médico de fratura em punho. Na avaliação apresentou queixas de algia, limitação de ADM e fraqueza muscular. Evolui com melhora significativa, porém se queixa de algia ao realizar exercícios sustentados de força com a mão.

Sem mais para o momento. Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Boa Vista - RR, 22 de Outubro de 2018.

Francilene da Silva Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO 208.600.F

NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃ FÍSICA 05 DE OUTUBRO
Av. General Ataide Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista-RR/3627-7196

GOVERNO DE RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO

FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

→ 3º Avaliação

TRAUMATO ORTOPEDIA

Nome: Edson Alves de Oliveira Junior Prontuário: 13583
D.N.: 25/09/1989 Idade: 28 Ocupação: Serv. Gerais Tel: 98103 5783
Endereço: R. José Francisco, 740, Boa Vista Sexo: F( )M(x)
Estrangeiro:( ) Chikungunya( ) Raça ( )
01 BRANCA 02 PRETA 03 PARDA 04 AMARELA 05 INDÍGENA 99 SEM INFORMAÇÃO
Ac. Trânsito: Moto(X) Carro ( )

Data da Avaliação 14/09/2018

Diagnóstico Médico: fratura rádio distal CID: S524
Diagnóstico Fisioterapêutico: ~~dim~~ bom + FM + preensão manual

Q. P. dor em polegar e ausencia de ~~for~~ força

História Pregressa e Atual: Acidente de trânsito dia 17/Junho/18, realizou cirurgia no dia 27/06/18, relata fraxidão em local de fratura,

Patologia Pregressa:()Diabetes ( )Hipertensão Arterial ( )Tabagismo Outra:
Uso atual de medicamento:() Não ( ) Sim Qual?
Tratamentos realizados:

EXAMES COMPLEMENTARES	
TC	
RM	
Rx	26/06/18: fratura rádio distal D
Outros	

Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro – NERF
Avenida Gel. Ataíde Teive, 6459.
Bairro: Nova Canaã
Fone: (95) 3627-7196/3625-0794

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO

EXAME FÍSICO

Inspeção	hipotenia em flexores de punho
Palpação	Dor a palpação em região de fratura, afastamento próxima articulação de punho / região med/dl
Goniometria	ADM flexão de punho limitada extensão " " "
Perimetria	
Reflexos	
Sensibilidade	(X) Normoestesia ( ) Hiperestesia ( ) Hipoestesia ( ) Anestesia Local:
Força Muscular	Músculos Grau 0: Grau 1: Grau 2: Grau 3: Grau 4: flexores e extensores de punho Grau 5: Grau 0 – Paralisia Grau 1 – Contração muscular em movimento Grau 2 – Realiza o movimento parcial contra a gravidade Grau 3 – Realiza o movimento completo contra a gravidade Grau 4 – Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial Grau 5 – Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima
Testes Especiais	

Limitações funcionais de maior relevância: Sustentar peso em região palmar

Uso de órteses e meios auxiliares de locomoção: (X) Não ( )
SimQuais?

Objetivos de Tratamento: Analgesia + Fortalecimento muscular + ganho de ADM

Tratamento:
(X) US (X) Cinesioterapia ( ) Laser ( ) Infravermelho (X) Mecanoterapia
( ) Crioterapia (X) TENS ( ) FES ( ) Outros
( ) Atendimento em grupo
(12) Nº de Sessões

Francielen Silva Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO: 208.600 F

Carimbo e Assinatura

CNS
CBO 223605Fisioterapeuta Geral

Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro - NERF
Avenida Gel. Ataíde Teive, 6459.
Bairro: Nova Canaã
Fone: (95) 3627-7196/3625-0794

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO

.EVOLUÇÃO

RONTUÁRIO: 13583

Edson Alves de Oliveira Junior

ELEFONE: CARTÃO DO SUS:

/09/2018 - SERVIÇO SOCIAL
UÁRIO REGIOS EM BVIRR C/ CÔNJUGUE + 01 FILHO DE 07 ANOS; CASA
OIDA; CASADO; ENSINO MÉDIO INCOMPLETO; TRABALHA EM EMPRESA
RIVADA C/ VÍNCULO EMPREGATÍCIO CLT, AFASTADO DE SUAS ATIVIDA-
S LABORAIS INSS; VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO EM
NHO/2018, FEZ CIRURGIA; Ñ HIPERTENSO, Ñ DIABÉTICO; SAÚDE
NTAL ESTÁVEL. CÔNJUGUÉ AUTÔNOMA.

Solange Maria Mo
Assistente Socia
CRESS 258/ 5ª Região

/09/18: Pct com queixas de algia e limitação de ADM em punho D.
ndutas: Mobilizações ativas em punho D + Mobilizações articulares + 21-8
brose + crochetagem + liberação miofascial + Excitador de punho e
do de prono e supino.

Francisco da Silva Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO 208.600 F

/09/18: Condutas mantidas

/09/18: Faltou.

/09/18: Condutas mantidas.

/10/18: Condutas: Exercícios ativos em punho D: alongamentos passi
s + Mobilizações articulares + crochetagem p/ liberação de aderências +
ser p/ regeneração de tendão.

/10/18: Pct com queixas de dor, não foi realizado cinesioterapia.
ndutas: U.S; Miralgia + TENS p/ analgesia.

/10/18: Condutas mantidas

/10/18: Condutas mantidas

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO

/10/18: Condutas mantidas

/10/18: Condutas mantidas

/10/18: Condutas mantida.

CREFITO

/10/18: Paciente com queixas de limitação de força para segurar pesos com ão extendida. Condutas: U.S: Miálgia + crioterapia + fortalecimentos isomé-ico + alongamentos ativos assistidos + Mobilizações articulares + JENS p/ for ecimento. Pt recebe orientações p/ realizar exercícios em casa. Recebe alta após (doze) sessões de atendimento. Aguarda retorno com ortopedista

CREFITO 2006

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Eliane A. Oliveira

F.E.T. punho (D)

(15 sessões)

Andjeccro

DATA 29/8/18

Dr. Rogério P. Dias
Ortopedista Traumatologista
CRM 1[illegible] / ORE-114
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto 636 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.405/0001-08

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Edson Alves de Oliveira Júnior

Paciente realizou atendimento fisioterapêutico durante 12 (doze) sessões, no período de 17/09/18 à 22/10/18, às segundas e quartas-feiras, no horário de 08:30 às 09:30.

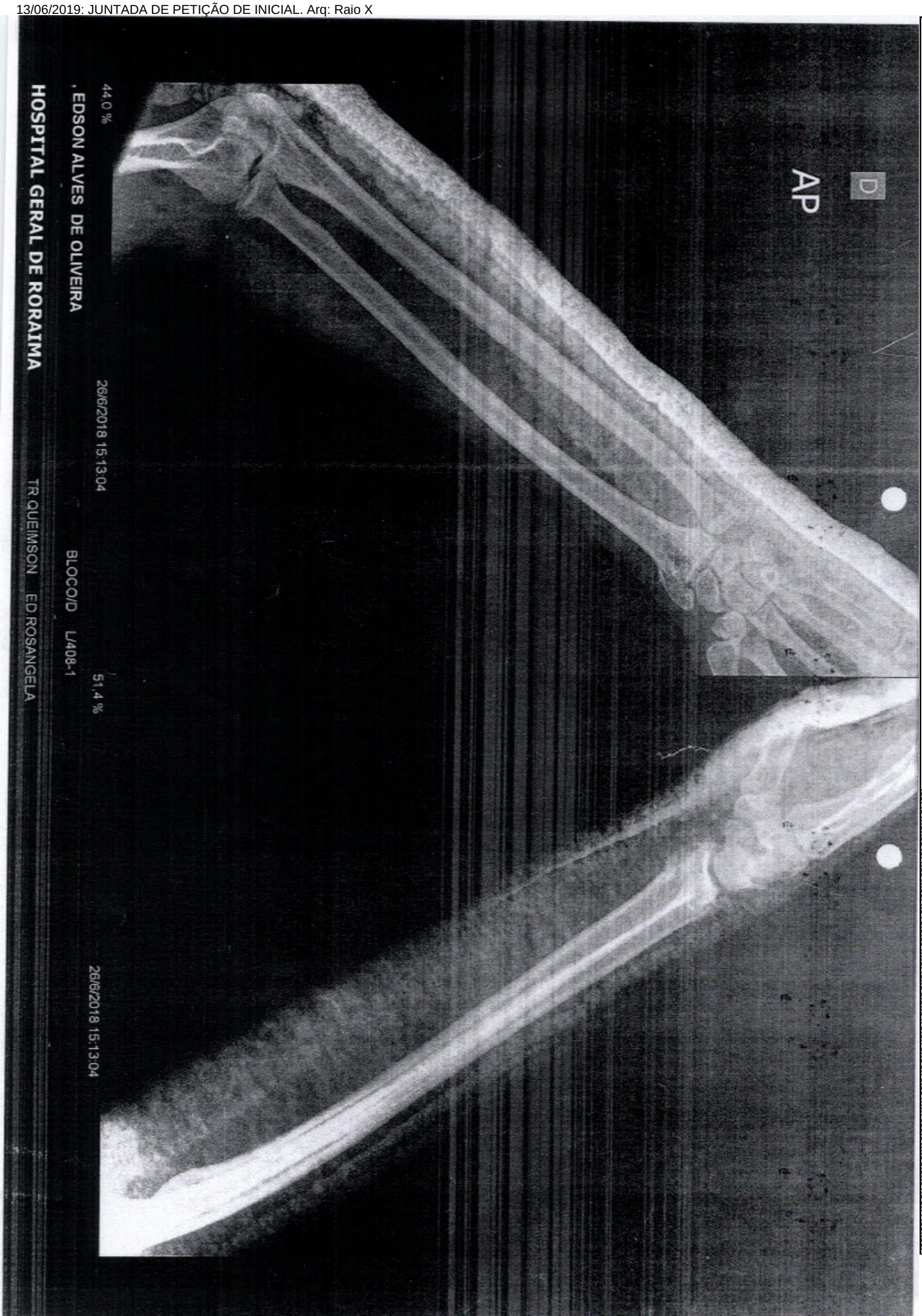
Apresentou encaminhamento médico com diagnóstico médico de fratura em punho, apresentou queixas de algia, limitação de ADM e fraqueza muscular, paciente evoluiu com melhora significativa, porém se queixando de algia ao realizar movimentos de força sustentados com a mão em extensão.

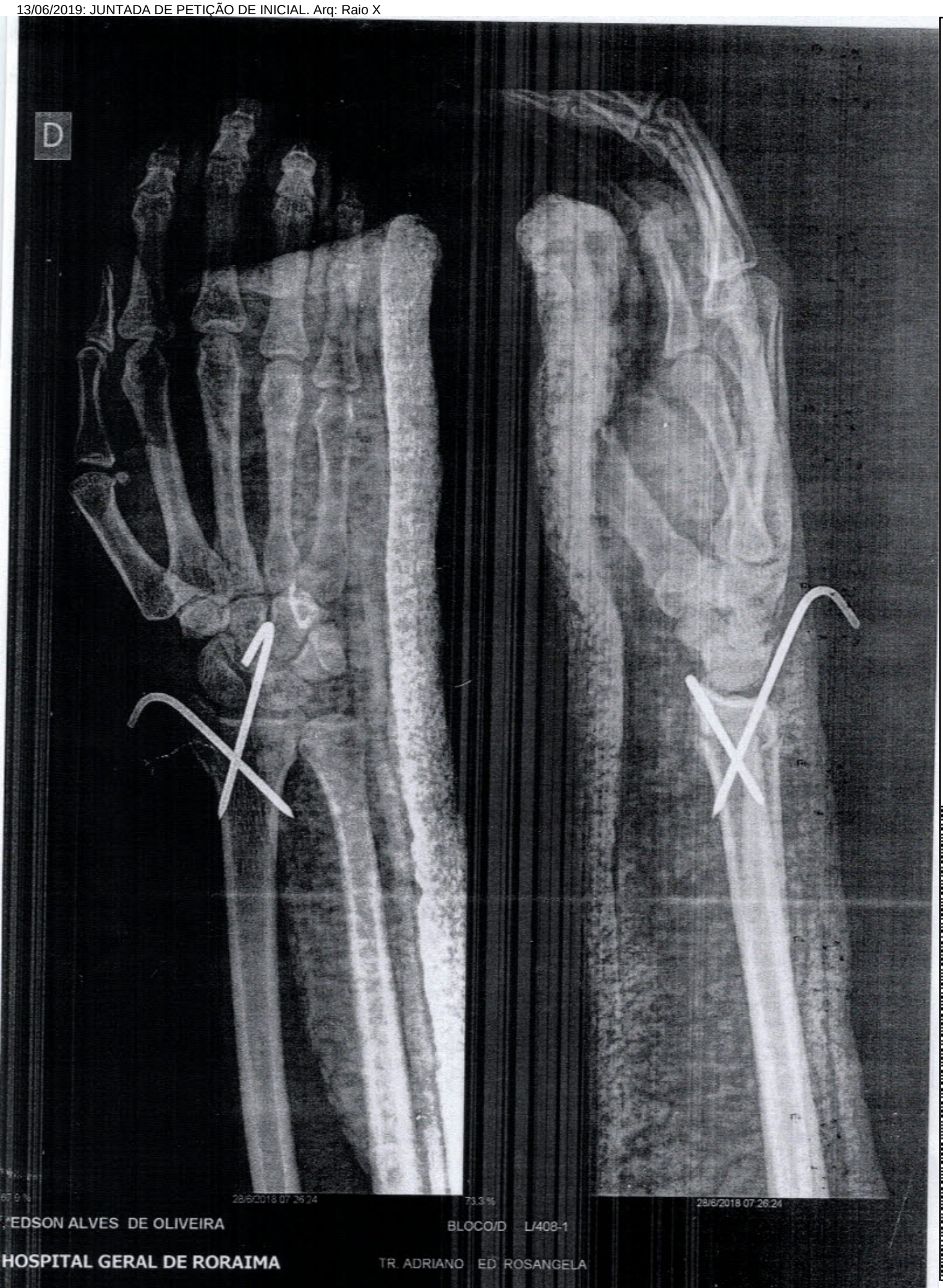
Este é o relato. Me coloco à disposição. p/ maiores esclarecimentos.

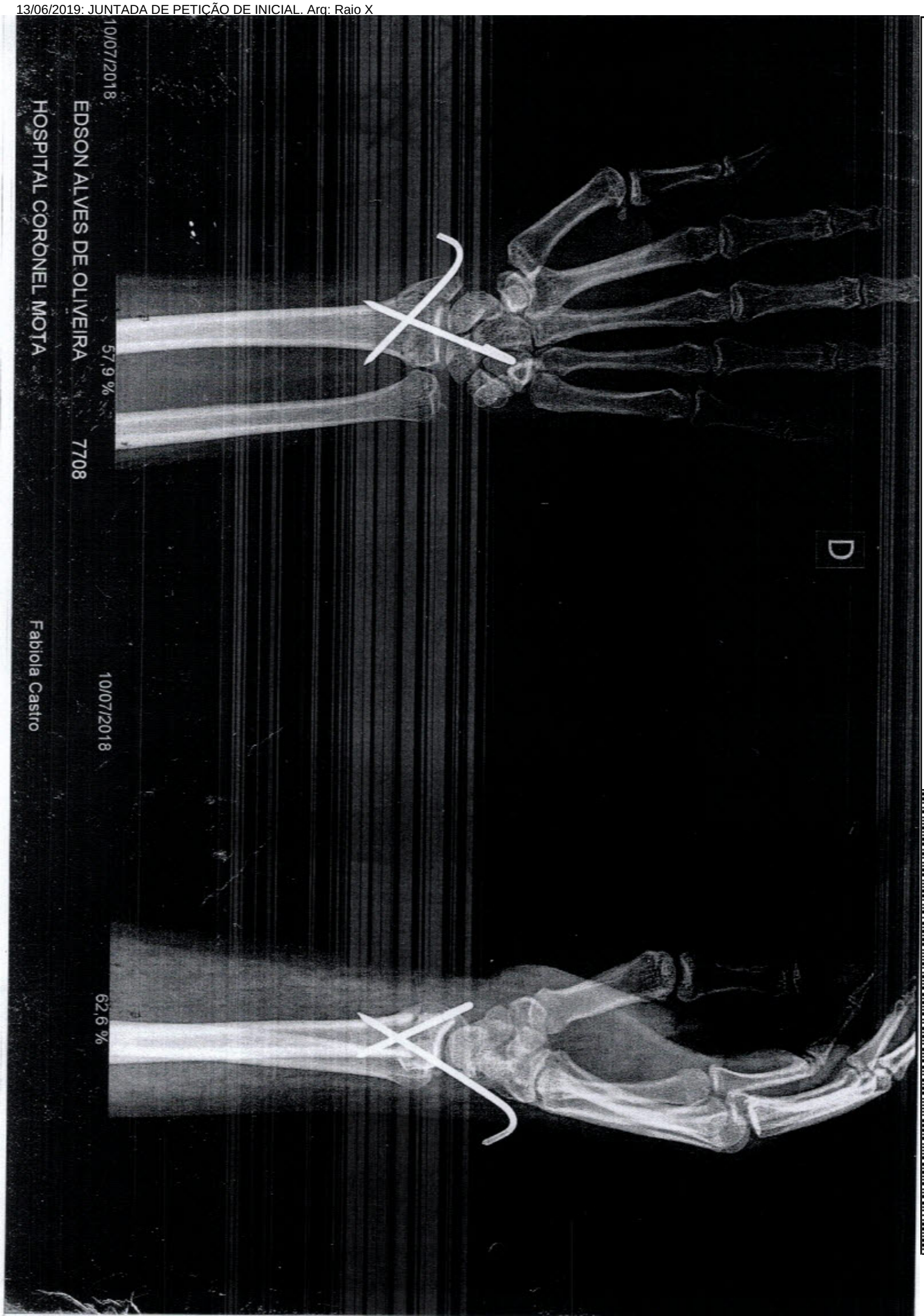
Francilene da Silva Duarte
CREFITO 203600F
ASSINATURA E CARIMBO

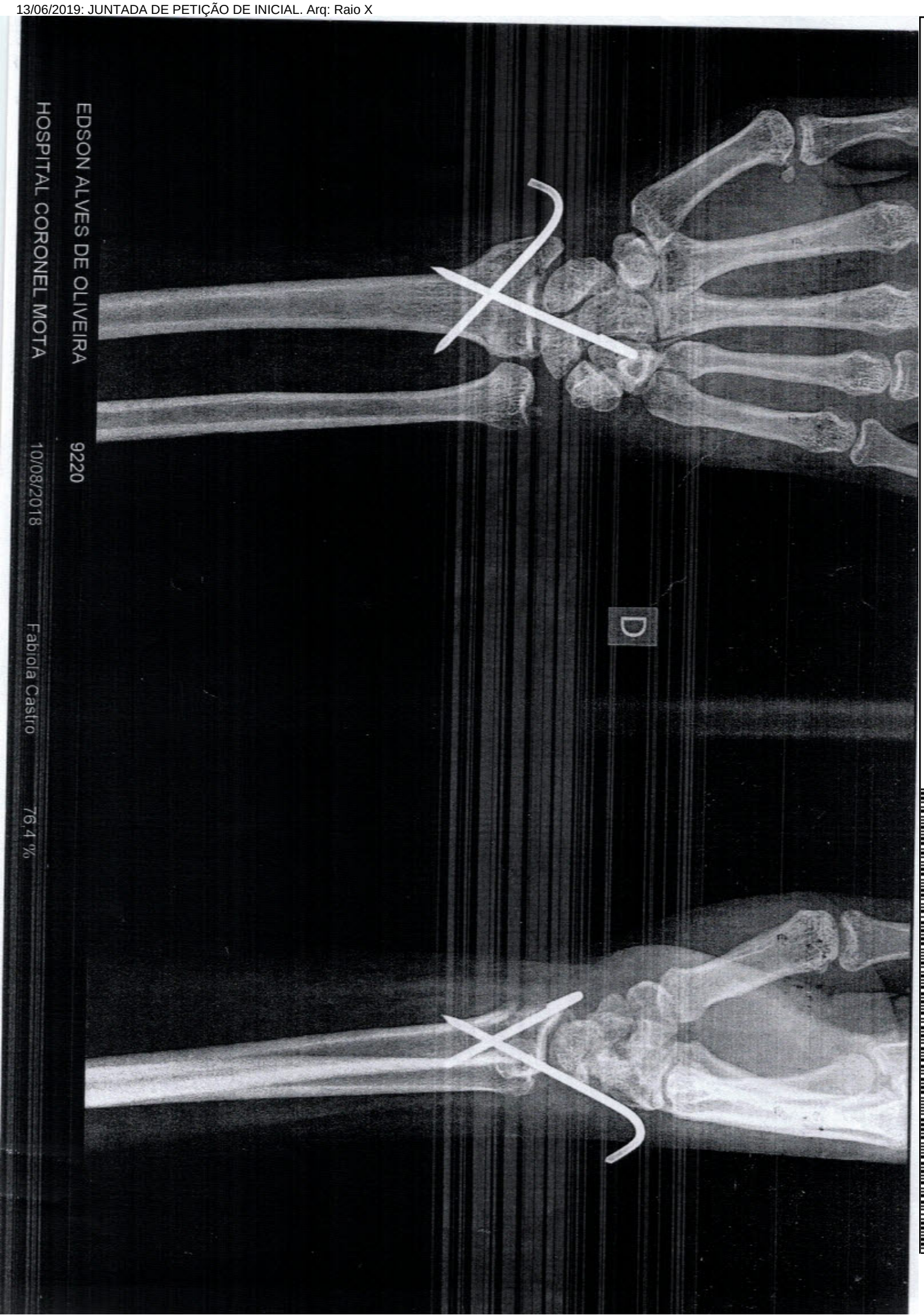
DATA: 22 / 10 / 18

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196









SINISTRO 3190015553 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO EDSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF/CNPJ: 07208117403
Posição em 26-04-2019 18:24:11
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	