



RECIBO

Recebemos da empresa **TECHFRIIO IMPORTAÇÃO E COMERCIO LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.191.074/0001-67, a importância de **R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais)**, referente ao pagamento de mão de obra de pintura em prédio comercial localizado na Av. Mario Homem de Melo, 3841, Bairro Buritis, nesta cidade.

Boa Vista-RR, 08 de março de 2019.

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA

CPF: 001.877.602-76



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº: **12/2018**.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Dezembro de 2018 à 05 de Janeiro de 2019.

Recebido por: Tainá Francisca Cavalcante Malinowski

CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 05 de Dezembro de 2018.



Assinatura do Responsável

Tainá Fca Cavalcante Malinowski

845.711.792-00



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº:01/2019.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

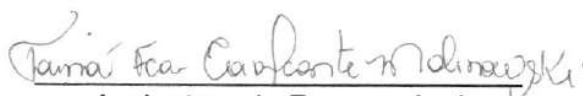
Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Janeiro de 2019 à 05 de Fevereiro de 2019.

Recebido por: Tainá Francisca Cavalcante Malinowski
CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 08 de Janeiro de 2019.



Assinatura do Responsável
Tainá Fca Cavalcante Malinowski
845.711.792-00



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº: **02/2019**.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Fevereiro de 2019 à 05 de Março de 2019.

Recebido por: **Tainá Francisca Cavalcante Malinowski**

CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 04 de Fevereiro de 2019.

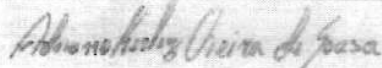


Assinatura do Responsável

Tainá Fca Cavalcante Malinowski

845.711.792-00



TRABALHADOR				
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Devido à sua importância, e seu devido amparo legal, cabe ao seu titular o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. ESTA CARTEIRA CONTÉM 36 PÁGINAS NUMERADAS				
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 134.70732.27-1 <table><tr><td>NÚMERO 7100590</td><td>SÉRIE 001-0</td><td>UF PA</td></tr></table>  ASSINATURA DO TITULAR  POLEGAR DIREITO		NÚMERO 7100590	SÉRIE 001-0	UF PA
NÚMERO 7100590	SÉRIE 001-0	UF PA		



[illegible]

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

14	CONTRATO DE TRABALHO	15	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR.....		EMPREGADOR.....	
COCC/CEI.....		COCC/CEI.....	
ENDEREÇO.....		ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....		MUNICÍPIO.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....		ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....		CARGO.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....		DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....		REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECÍFICA.....		REMUERAÇÃO ESPECÍFICA.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....		DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....		COM. DISPENSA CD Nº.....	
FOTO Nº DA CONTA.....		FOTO Nº DA CONTA.....	



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: Dália Brasil S/A
 CNPJ/CEI 02.386.450/0021-33
 Rua Rua Belo Horizonte, 358
 Município MANAUS-AM
 Estado AM

EMPREGADO: Fum, Adriano Kerley Vieira de Sousa (230999)
 Registro nº 00206976
 Data admissão 7 de Agosto de 2013
 Cargo Pintor
 Esq. do estabelecimento
 Valor da remuneração especificada 992,55

INFORMAÇÕES DO EMPREGADO:
 Nome FUM, ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
 Data de nascimento 23/08/1999
 CPF 034.556.070-43
 RG 1.133.991-4
 Estado AM
 CBO 716610

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR:
 Nome Dália Brasil S/A
 CNPJ/CEI 02.386.450/0021-33
 Endereço Rua Belo Horizonte, 358
 Município MANAUS-AM
 Estado AM

INFORMAÇÕES DO CONTRATO:
 Data de assinatura 26/05/2014
 Local de assinatura Manaus
 Assinado por Fum, Adriano Kerley Vieira de Sousa
 Assinado por Dália Brasil S/A





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

Para contato com a
 Eletrobras, informe
 este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0010431-0

000166358

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	16/10/2017	266	182,25

ALINE DE ALMEIDA CAVALCANTE
 R. GAL PENHA BRASIL 826 1 SAO FRANCISCO
 CPF: 00022547878291
 CEP: 69.305-130 - BOA VISTA

ROT: 14.001.06.02.008301

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1,000	Atual:	30/10/2017
Anterior:	266	Anterior:	28/09/2017
Constante de Multiplicação:	266 FCAM	Próxima Leitura:	28/09/2017
Consumo Medido:	NORMAL	Emissão:	29
Consumo Faturado:		Apresentação:	

RESIDENCIAL	MONO	DADOS DA LEITURA	CONSUMO	TOTAL A PAGAR (R\$)
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
AGU/17	271	266	A	R\$ 0,417389 = 111,02

HISTÓRICO	CONSUMO	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGO/17	271	111,02
JUL/17	271	111,02
JUN/17	271	111,02
MAI/17	317	167,76
ABR/17	255	108,87
MAR/17	295	129,87
FEV/17	509	219,87
JAN/17	600	266,00
DEZ/16	593	266,00
NOV/16	627	282,00

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 266 - 0,337290

MES/ANO	VALOR	MENSAGENS IMPORTANTES
08/2017	207,88	REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
 ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO
 AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA!
 LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

7EED.4CB7.4E07.E6A7.63A2.B495.1BCD.4451

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
38,08	Distribuição: 0,00	Base de Cálculo: 18,87
50,67	Energia: 0,98	Alíquota ICMS: 0,42
50,67	Transmissão: 21,29	Valor do ICMS: 2,00
50,67	Encargos:	Valor do PIS:
50,67	Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,55	11,10	22,21	3,55	7,10	14,20	3,20	0,21
0,21			1,00				

CENTRO 07/2017 37,06
 ROT: 14.001.06.02.008301



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

SEU CÓDIGO

0010431-0

TOTAL A PAGAR - R\$

182,25

MÊS FATURADO

09/2017

VENCIMENTO

16/10/2017

000166358 FCAM

83680000001 7 82250075000 2 00000000010 9 43100917008 2

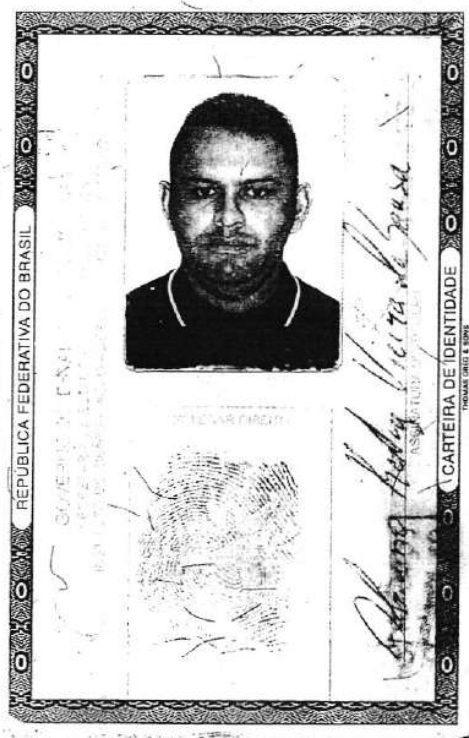


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	Nº 011387732018
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA 01	COD. RENAVAM 00925063894
NOME/ENDEREÇO CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA BR 174 APT CAUAME Nro:522 BOA VISTA-RR 69311137	
CPF/CNPJ 851.270.511-60	PLACA NA04016
NOME ANTERIOR BRUNO AGUIAR LOPES	
PLACA ANT/UF	CHASSI 9C2JC30707R192739
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN	ANO FAB 2007
CAP/POT/CIL 2P/0124CC/	CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE BETA	
OBSERVAÇÃO SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR ANO DEBENTRARIO	
LOCAL BOA VISTA-RR	DATA 19/01/2016
EXPEDICIA	



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2360219-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2014

NOME ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA

MARLETE VIEIRA DE SOUSA

SANTAREM-PA 16/08/1987

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186

LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA

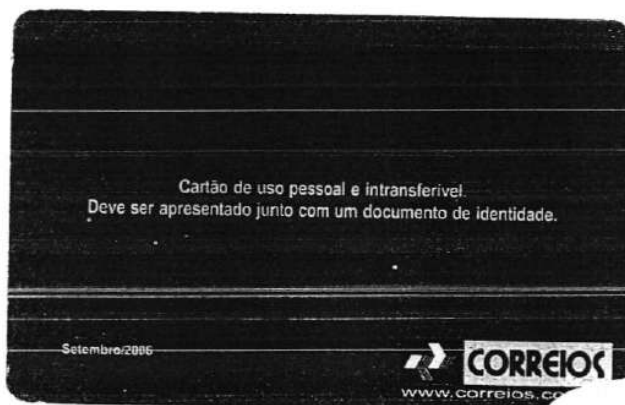
CPF

Assinado digitalmente por Liliane Raquel de Melo Cerveira:77717430215liliane Raquel de Melo Cerveira:77717430215

PAC03-NSD 2A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GREEN & SONS



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



ADRIANO KERLEY

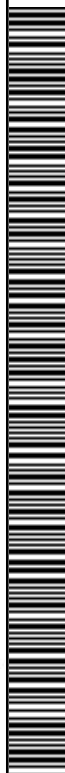
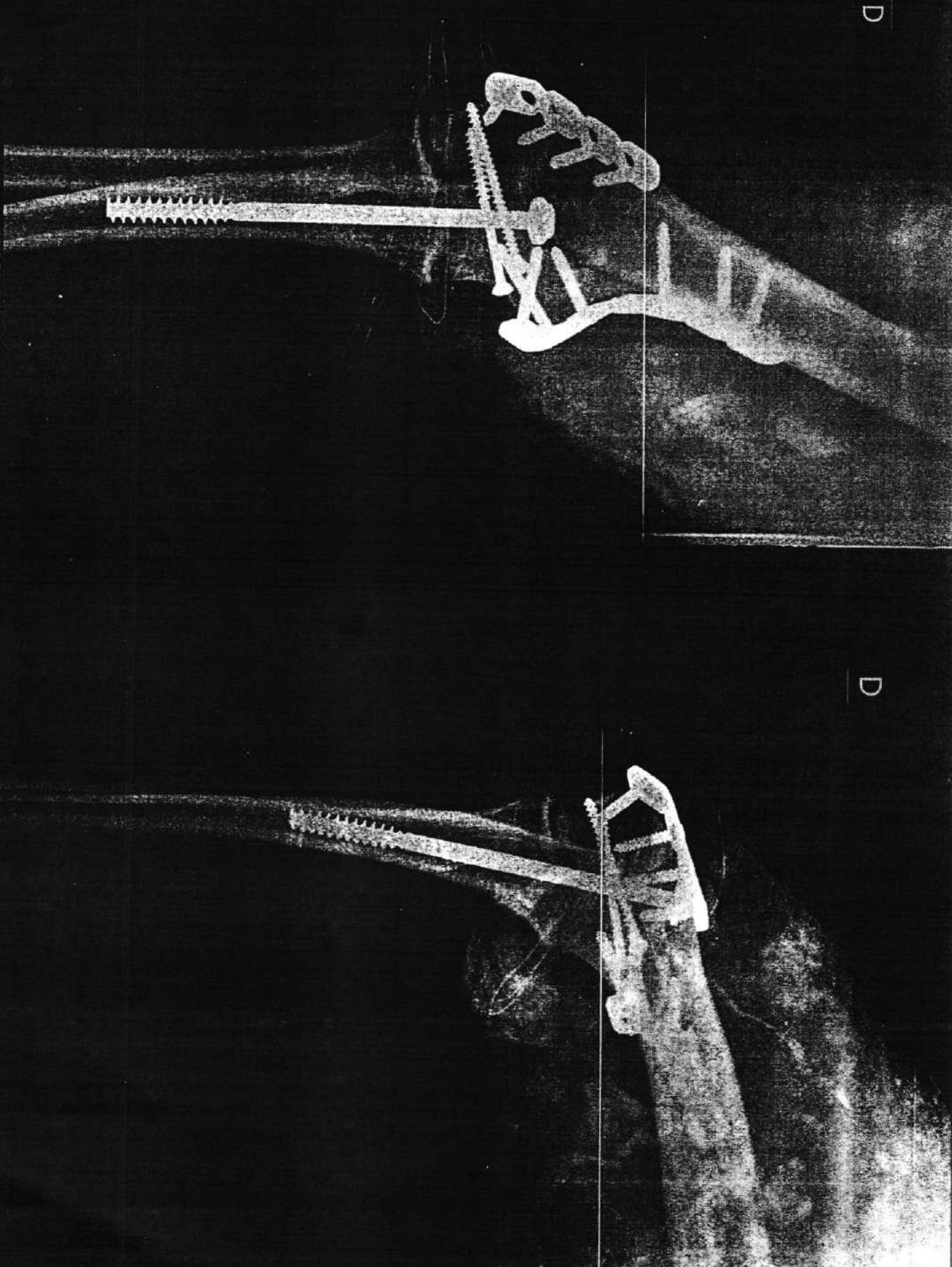
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

61.9 %

20/9/2017 07:38:12

57.4 %

20/9/2017 07:38:12



SINISTRO 3170650301 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 00187760276

Posição em 02-02-2018 17:15:48

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/12/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Recebido de A. de Sousa

*Mensagem
14/02/14*

99171-4247

~~99153-5448~~ (whet?)
99143-2277

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 112 Equipe: Tea-Jerky / and. Natalino

Paciente: ADRIANO KENLEY VIEIRA DOS SANTOS Idade: 30 Sexo: M

Endereço: R. Bacabeno C/ Ville Roy, Cacarí

Nº 13217 DATA 16/09/17 HORA: _____

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Nussen

☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO 8/10-0 18:35

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítiima ☐ projetada ☐ ☐ encarcerada ☐ Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Motorista ☐ dianteiro ☐ Passageiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☒ Condutor ☐ Carona ☐ Capacete ☐ SIM ☒ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>moto x cachorro</u> BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão pl. animal ☒ Outros: <u>colisão moto x cachorro</u>

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☒ Outro: <u>E</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hiperfempanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrémia ☐ Otorragia ☐ Rinorrégia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>8:5</u>		<u>95</u>	<u>20</u>	<u>95</u>				
Fim								

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

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

AVANÇADO CARDIOVASCULAR	RESPIRATÓRIA	DIGESTIVA	DIABETES	ALERGIAS
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra: <u>trauma</u> ☒ MORTO	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros

☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinado digitalmente por Dr. Elias Carvalho Sousa

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 20/10/17

Socimar

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

☐ Iniciada as: _____ ☐ Término as: _____

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.: _____

DADOS PESSOAIS DA VITIMA



DESTINO	☒ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
	20/10/17 Lucas	

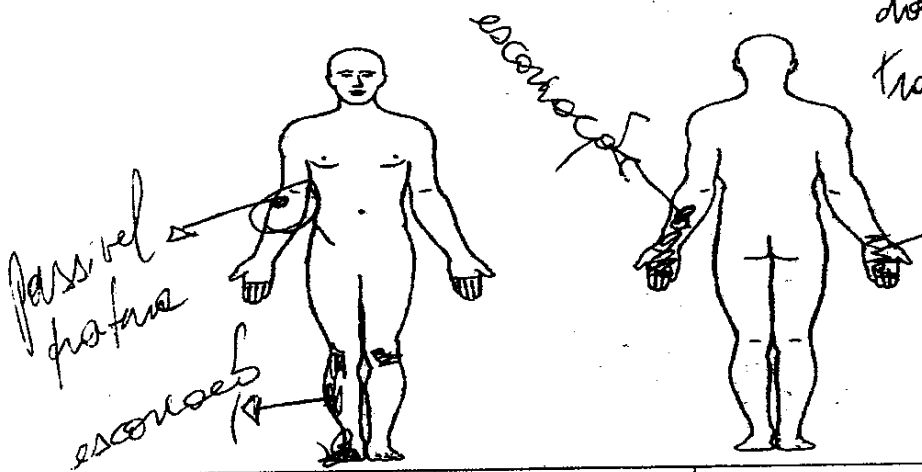
ERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

litina de coxão moto x cachorro encontrado de
 de cubito dorsal, verbalizando, orientado, lucido, LOTA
 mesmo retirou o capacete, com possível fratura mso
 e esboços nos membros mmjt/mmss, feito amobilizar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sístola (mmHg)	0	0	
	Orientado	Balbucia	5		> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				

15

SSVU preservado. Info
 vinda ao médico regular
 dor que influenciou ao
 trauma.



exames com RR
 342249

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	01 Equipamento	01 agulha 40;
Perda de líquido: _____	BCF: _____	02 gelos 20	01 amp. Dipirona
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		01 SF 500ml	02 tubos 20ml
		01 compressa	03 atadura
		no. Serrax 20ml	er...

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

ortopedia
paciente com acidente transverso
apresentando dor + deformidade
cotovelo

pt exatidão de ft
CD = TC agudo
interna

Dr. Ilerson P. Silva
Médico Ortopedista
Traumatologia e Artror
CRM: 1709

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	- LAIU - ATA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	------------------------	---------------------	--

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		159637	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
71000000571110A19011		16/08/87	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Marlene Ruyra de Sousa		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Av. General Pimenta Brasil, 829, São Francisco		9159911432277	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		RR	
		15 - UF	
		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
pet. cefaléia oc. transt. agudo dor + dependência colateral rx = fr. colateral	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
amfio	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
ex fr	

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
fratura colateral							

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
amfio colateral			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
MSX		16/8/17	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		Dr. [Assinatura] Reumatologia - CRM 1733	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
		() EMPREGADO		() APOSENTADO		() NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
16/8/17		[Assinatura]	

0308010019 - T068
V299

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLD 404-3_{p2-12}. 404-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA							
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
		PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN			
PACIENTE	Adriano K. V. de Souza,								
DIAGNÓSTICO									
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		LEITO		DATA	17/08/17				
ITEM	PRESCRIÇÃO								HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE								S/N
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS								12/18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H								SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H								Susp
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA								18
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H								24/08
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN								SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)								SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H								16-24
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)								SN
13	CURATIVO DIARIO								
14	SSV + CCGG 6/6 H								
15	Do blow								NIF
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
Trouxe para o blow p/ prognóstico corrigido - Steve visito os SH. Paciente não estava no leito. Ao 10:30 Recusado Traco de Acesso 12:00 PA=150x110 FC:99 T:36°C 15:04 PA=159x102 FC:100 T=36,2°C Cidio Morais de Melo Téc. Enfermagem LWEM - HPF 000.524.042-TFA Gemai Prowill Little Técnica de Enfermagem RR 001.058.361-TFA Márcia dos Santos Sousa Gomes Téc. em Enfermagem COREN-RR 418.701 TE Edirle O. Coelho Técnica de Enfermagem COREN-RR 001.055.026-TEC									
6 H	153/103	60	35.5	21					
12 H	142/93	82	37.0	82					
17	143/83	76	36.7	82					

143183 / 70 / 30. F
 12:00 Realizado medicaco corpora
 medicos
 Lacerda Silva Vale
 Técnico de Enfermagem
 120. 221 15

Cidrio Moraes de Melo
Doc. Intermediário
WUOL - NK 164.524 642-YFC

Luciana da Silva Vale
Técnica de Enfermagem
COREN-RS 630.121 TE

Francisco J. Ferrel
HENIR - 353.432

OBS: Admitido no setor
às 16:30. procedente do
PAE, deambula afébril
OTE as curadas da

09:50 h - Realizado curativo. Meibex-loreu 130838;

^{13 e 14}
17/08/17 às 17:00 h aferido sinais vitais, administração
medicações de horário paciente sem queixas até o fim
do plantão AE梅林 com SIO509 AU

13 e 07 administrado medicações de aferido sinais
vitais de horário paciente sem queixas até o término
deste plantão segue aos cuidados da enfermagem
AU-梅林 com SIO509 AU

21: h - Paciente refere dor foi administrado
Dipirone de Horário - enf Janet
C1908166

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN 16-2/87	
PACIENTE		adriano K. V. de Souza			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA 16/08/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIARIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	Solicito exames pré-op. cliente...				
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
24h FC: 40 PA: 160x90 T: 37,0°C medicações dos 2 dias 24h 30h/14h 315-750 * Realizado curativo, RX e ECG * Am. (12) feita corretamente. PA FC 238x124 80 36.8°C  Bruno Nogueira S. Queiroz Costa T. 315-8900 COREN-RR 1.221907 6H 238x124 80 36.8°C 2H H MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

- Realizado Medicacao 06hrs.



Valia da Conceição Costa
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 628.963



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

4043

GOVERNO DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA							
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO							
ALERGIAS							
IDADE		HAS		NEGA		DM2	
30 ANOS		LEITO		404-3		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)						
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)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)						
14	CURATIVO DIÁRIO						
17	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS						
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	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:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160x120	86	36,5
18 H	160x120	96	36,2
24 H	179x103	73	36,5

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6h - PA = 164 x 100
P = 61
T = 36°C

11h - Paciente apresentou quadro hipertensivo realizado com 12. Regueiros com observações de comportamento - Teófilo. Com. RR 081.713

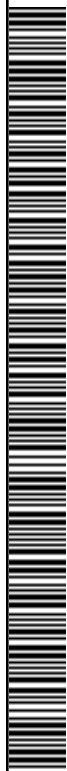
14.45 - Paciente relatou dor, foi administrado medicação do item (3). Teófilo. 12:35 h - Paciente relatou dor intensa; Apresentando quadro hipertensivo, realizado a medicação do item 5 e 12. Teófilo. 1

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

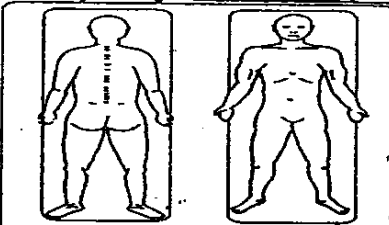
21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

2019

..



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 4043		

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>			
DATA: <u>18/08/17</u>	Localização / Região <u>M.I.D</u>		DATA:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II X 3X			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: <u>EXCORAÇÃO</u>		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>19/08/17</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Angela</u>	02- <u>Parreira</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

40
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA	19/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M. ANTER
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13:50 + 22:00				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				NOTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N 13:45
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTINA
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
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: SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

Obs: Trocado AUP. utilizado
 G: 22 em M.S.D. Tec. Franciêde
 Com RR, 151318.

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36.2	59
12 H	150x90	88	36.5	20
18 H	160x100	80	36.5	20
24 H22	140x80	93	36.0	59

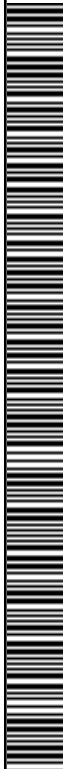
MÉDICO: MARCELO MARQUES
 CRM: 1918
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

13:50 Só Alexson - se de alexson, administ
 dipirona EV, silvan ter: ura: 11/11/21

Obs: Administrado item
 5 às 22:00 e item 6
 às 23:00 paciente referiu
 dor em M.S.D. aferido
 sinais vitais às 22:00
 e 6:00. Tec. Franciêde
 151318

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago	
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA			
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		30 ANOS		DM2	
		LEITO		404-3	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5ND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 22:10 06:00 L				manhã
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SR
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SR
10	SSVV + CCGG 6/6 H				noturno
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SR
14	CURATIVO DIÁRIO				SR
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SR
17					21.06
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:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	150/90	80	-	35°C
12 H	170/110	80	20	36°C
18 H	150/90	71	20	36,5°C
24 H	162x91	72	-	35,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

22:10h foi realizado duplo exame físico
paciente relatou alívio no local da
fratura. Verificado sinais vitais, de acordo
com as medições de horário. Sinais vitais: Coração

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

401-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA	
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO	
ALERGIAS		HAS NEGA DM2 NEGA	
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		21:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)		06
7	PARALIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
	FALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		
17			
18			
19	DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:		
	3UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,		
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS			
6 H	140/80	80	36
12 H	140/80	88	36.2
18 H	130x90	90	36.1
24 H	147/91	74	36

MÉDICO: MARCELO MARQUES
 CRM: 4918
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Paciente refere dor e febre item 5 e PM
 as 24hs e as 06hs - Leodi

17:00
 Paciente refere dor,
 febre e febre.
 Dr. Família
 Contato: 776.767

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

14



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago		DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	22/08/2017
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SD
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				12h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				12h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS					
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR	MÉDICO: MARCELO MARQUES
6 H	130/95	68	35.9°	CRM: 1918
12 H	150/90	85	36.3°	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	160/85	75	36.5°	TRAUMATOLOGIA.
24 H	145/85	68	36°C	

FF: presente

2:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona + tramal de Rosário.

8h Paciente refere dor, administrado item 5

Marcelo Marques
Técnico em Radiologia
COREN 910.000

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago	
DN		16/ago		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
DM2		NEGA		NEGA	
IDADE		30 ANOS		LEITO	
401-3		DATA		23/08/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE		SUJ	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SUJ	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		21:40 06:00 18:00	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		SUJ	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SUJ	
10		SSV + CCGG 6/6 H		SUJ	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SUJ 06:00	
14		CURATIVO DIARIO		SUJ	
		CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		12:00 24:00	
17					
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
20		6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS			
6 H	170/110	63	36,8°
12 H	NUNCA		
18 H	160/90	86	36,6°
24 H	160/90	80	36,6°

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

21:30
Paciente refere dor, com
dipirona c.p.m. Ter. Valde
387479

06:00 paciente refere dor,
com dipirona e PA: 170/110 Valde
com tramal c.p.m. Ter. Valde 387479

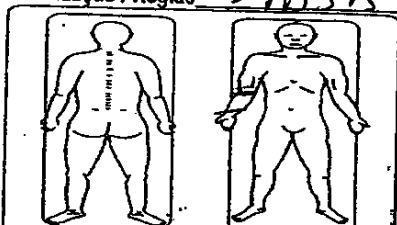
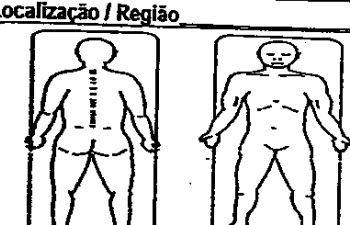
17:30 Paciente em repouso no leito
sem feixes durante o plantão.
feito medicação + SSV. Se refere dor
de enxaqueira

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015				
	ENF/LEITO: 401-3				

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>					
DATA: <u>23/08/17</u>	Localização / Região: <u>Dorsal</u>		DATA:	Localização / Região:	
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:		Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo		Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim <u>Moderado</u> ☐ Não		Dor:	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☒ Outro: <u>Buixutan Ag</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>26/08/17</u>		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		
Enfermeiro e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>César</u>	02- <u>Adenilde</u>	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:			OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



(coleta
4:20
25/8/17)

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO				DATA
1	DIETA ORAL LIVRE				24/08/2017
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				
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)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS					
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

	T	D	P.A
SINAIS VITAIS			
6 H	36,2°C	82	150x90
12 H	36,2°C	86	146x91
18 H	36,2°C	79	130x99
24 H	36,2°C	84	200x100

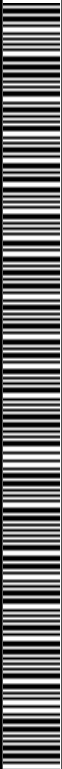
MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

27.4.15
Paciente necessita mais de
uma tentativa para o acesso venoso.
Nesse venoso.

Tec. Inani.
04h - PA: 200x100, adm. medicação
cpm. ITEM (42)
Deixou - se de dor. Adm medicação cpm.
- 12.11.17 - remane.

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	25/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				-
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <i>12h 23:30h 06h</i>				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				M
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				<i>12 18 24 06</i>
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:					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

10:00 - Administração Terminal C.P.M.; Paciente queixando-se de dor intensa; Segue aos cuidados da Enfermeira, ANC

SINAIS VITAIS				
6 H	152 x 99	66	35°C	—
12 H	160 x 111	82	36	
18 H	160 x 80	82	36-2°	20.
24 H	154 x 90	80	36.5°C	

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

4. 1. 1. Paciente apresenta hipertensão arterial
Oxigenado além 12. Segue as medidas
de prevenção - Trópicos com 081 713

18hs: Pac. no leito, realizado procedimentos de higiene
SSU, adm. med. e pm. Segue as evoluções da
enfermagem sec. 3



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC



401.3. W

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	26/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 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
10	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				SN
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS				SN
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS				SN
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 151/94	59	36°	
12 H 140/90	403	36°	16
18 H 140/62	84	36°	
24 H 159/100	80	36,5°	

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Plantão Matutino: pac em repouso no leito, acordado, orientado. Mantém
AVP em MSE, adm. med. com. Sem queixas no período. Segue
sob cuidados da equipe de enfermagem. — Reclamação.

401-3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	28/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110' MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				evolução
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS. D3				10/22
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3				12/18 24/06
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					
<i>ATA Hospitalar</i>					

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

401.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGN TEMPERATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
AL		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ID	10 ANOS	LEITO	401-3	DATA	27/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				antes
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				20.00
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)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rokna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2				
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2				10.22
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				18.29.06
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

22.00. Trocado AUP. utilizado
G. 22 em MID. Tê Francisca
com RR 151317

SINAIS VITAIS	PA	EC	T	FR
6 H	140/90	62	36°C	19
12 H	138/100	86	36.5°C	18
18 H	157/99	81	36.5°C	19
24 H 22	140/91	85	36°C	19

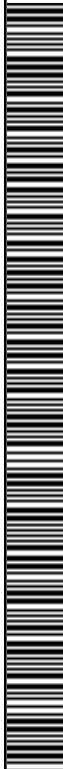
MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 4918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Obs: Administrado medicações conforme
prescrição das 19:00 as 7:00. e aferi-
do sinais vitais as 22:00 e 6:00.
Sem intercorrência. Tê Francisca
com RR 151318.

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

OSTIN
RGIA
ADE





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Kenley Vieira 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/09/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fx corvula

NO DIA 18/09/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese fx corvula SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montalvão E DR. Vitor Pinheiro.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17, ÀS 10:00h., EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/17, ÀS 08:00h., COM O
DR. ENRIQUE BRUNO

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. Marcus Bruno

BOA VISTA, 20/09/17

Dr. Marcus Bruno
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 194770

MÉDICO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2017 12:40 Data/Hora Fim: 27/11/2017 13:00
Origem: Polícia Judiciária Data: 27/11/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/08/2017 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Ville Roy

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Padaria Trigos
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Santarém Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Marlete Vieira de Sousa Nome do Pai: Antonio Domingos Brasil de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2360219-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.877.602-76

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: General Penha Brasil Nº: 826 Complemento: Casa
Bairro: São Francisco
Telefone: (95) 99143-2277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0925063894	Placa NAO4016
Número do Chassi 9C2JC30707R192739	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 27/11/2017 13:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta, também já descrita acima, onde a mesma está no Nome de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, CPF 851.270.511-68, no sentido bairro - centro, onde colidiu em cachorro. Que perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR por uma equipe do SAMU, onde foi constatada a fratura de seu cotovelo direito. Que no local não teve atendimento policial. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

27 NOV. 2017

Adriano Kerley Vieira de Sousa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, pintor, portador da Cédula de Identidade nº 2360219-8 SSP/AM, inscrito no CPF sob o nº 001.877.602-76, residente e domiciliado na Rua General Penha Brasil, nº 826, Bairro: São Francisco, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

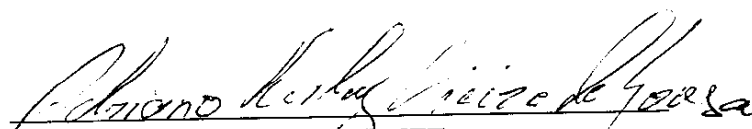
OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 26 de Dezembro de 2017.

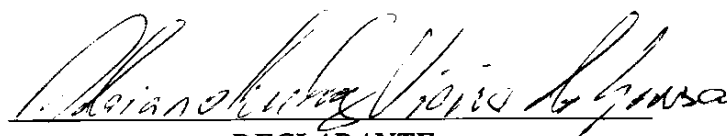

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, pintor, portador da Cédula de Identidade nº 2360219-8 SSP/AM, inscrito no CPF sob o nº 001.877.602-76, residente e domiciliado na Rua General Penha Brasil, nº 826, Bairro: São Francisco, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista-RR, 26 de Dezembro de 2017.


DECLARANTE





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Adriano Kerley Vieira de Sousa CPF da Vítima 001.977.602-76 Data do Acidente 16/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bom Vista, 04 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adriano Kerley Vieira de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal