



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

GISLAINE DE SOUSA RODRIGUES, NESTE ATO REPRESENTADA POR SEU GENITOR Celso Sousa Rodrigues PROFISSÃO: Motorista ESTADO CIVIL: casado, FONE: 98117-2142, E-MAIL: celso.sousa.rodrigues@gmail.com RG: 2048206 SSP- PA e CPF: 364.914.742-20, RESIDENTE À RUA: Rio Madeira N° 51, BAIRRO: Bela Vista, pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 17 de maio de 2019.

Celso S. Rodrigues

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Celso Sousa Rodrigues
ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Motorista
RG N ° 2048206 SSP/PA CPF: 364.914.742-20
ENDEREÇO: Rua: Rio Madeira, N: 51, Bairro: Bela Vista.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 17 de Maio de 2019.

x Celso S. Rodrigues



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

056.070.132-27

Nome

GISLANE DE SOUSA RODRIGUES

Nascimento

10/04/2005

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil

ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE ITAITUBA



DISTRITO SEDE
COMARCA DE ITAITUBA

REGISTRO CIVIL
 Eunice da Silva Mendes
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, sob Nº. 69200 a fls. 241vº do livro
Nº A-167 de Registro de Nascimento, encontra-se o assento de

GISLANE DE SOUSA RODRIGUES

Nascid. a a os Dez (10) de Abril (04) de
(2005) as 23:03 horas no Hospital
Menino Jesus de Itaituba-Pá. do Sexo Feminino

filh a de CELSO SOUSA RODRIGUES.
e de LILIAN DE SOUSA RODRIGUES.
sendo avós paternos Francisco Otaviano Rodrigues.
e Dona Rosa Maria Sousa Rodrigues.
e maternos João Martins de Sousa.
e Dona Rosa Rocha de Sousa.
tendo sido declarante O Pai da Registrada.
e testemunhas Maria Rosinda Ferreira Apinagés e Dalvanir
Maria da Silva.

O assento foi feito em 18 de Abril (04) de 2005
Observações O registro foi lavrado de acordo com
a Lei em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

Itaituba-(PA), 18 de Abril (04) de 200 5

Maria Juliana de Jesus
Esc. Juramentada
CPF: 164.078.867-05
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL


000793390

16 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
CELSO SOUSA RODRIGUES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
2048206 SSP-PA

CPF
367.914.742-20

DATA NASCIMENTO
02/02/1970

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO
RODRIGUES
ROSA MARI SOUSA
RODRIGUES

PERMISSÃO
ACC
CATMAG
C

Nº REGISTRO
00188294390

VALIDADE
25/11/2018

HABILITAÇÃO
15/07/1989

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
03/12/2013

15136812578
RR205748531

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
806635547

PROIBIDO PLASTIFICAR
806635547

16 ABR. 2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 02/2019 referente a UC: 534323

<http://www.eletrororaima.com/segundavia/fatura.php>



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2355769

CELSO SOUSA RODRIGUES

R. RIO MADEIRA, 51 ,

JARDIM BELA VISTA 69316108 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
534323	02/2019	17-JAN-19 a 14-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1055	06-MAR-19	R\$ 938,41

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

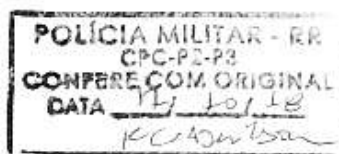
CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
534323	02/2019	R\$ 938,41

836900000099.384100750007.000000000539.432302190058



16 ABR. 2019

PMRR - CIPTUR		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I					
		Nº 809711					
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 02	CIPTUR	10/10/18	OESTE	19:40	19:40	19:45	20:50
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13999	XXXX	79188	79194			
LOCAL DA OCORRÊNCIA							
RUA: ESTRELA D'ALVA		Nº 1823	Bairro: RAIAR DO SOL	Ref: Pizzaria Agua Na Boca			
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR	Nome: JEFFERSON DE SOUSA RODRIGUES		Idade: 23	E. Civil: SOLTEIRO			
Endereço:	RUA RIO MADEIRA		Nº 51	Bairro: BELA VISTA			
RG:	3958574-SSP/RR		CNH: 05832142341	Profissão: Autônomo			
CPF:	028.220.862-30		Contato	991454285			
2 Passageira	Nome: GISLANE DE SOUSA RODRIGUES		Idade: 13	E. Civil: SOLTEIRA			
Endereço:	RUA RIO MADEIRA		Nº 51	Bairro: Autônomo			
RG:	Não informado		CNH: Não possui	Profissão: Estudante			
CPF:	Não portava		XXXXXXXXXX				
VEICULO ENVOLVIDO/DANOS.							
VEICULO DO ITEM 01 - V1: HONDA/CG 160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL4518. DANOS: passador de machas, estribo lado esquerdo e carenagem.							
Não houve materiais apreendidos ou conduzidos.							
ASSINATURA	CARGO		APC	LOCAL		CF	
HISTÓRICO							
Senhor DELEGADO (a)							
Acionados via CIOPS para atendimento de acidente de trânsito no endereço acima citado. Quando chegamos no local encontramos somente o Condutor Item 01 Srº JEFFERSON e a Item 02 Srº GISLANE, que estava sendo atendida pelo SAMU. Que fomos informados pelo Item 01, que conduzia o V1 HONDA/CG 160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL4518, e tinha a Item 02 Sr GISLANE (passageira) e trafegava na Rua Estrela D'alva Sentido Bairro>Centro quando ao passar em frente ao Nº1823 houve o abaloamento com um veículo que trafegava no sentido contrario do Item 01, cuja marca/modelo, placa e cor não foi identificado Srº JEFFERSON. Que o veículo evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima. Que o SAMU removeu Srº GISLANE para o PSE/HGR. Que o item 01 foi orientado e liberado no local juntamente com seu veículo. Era o que tinha a informar.							
ANDRADE ANJOS DA SILVA	41.683-5	SD/PM	CIPTUR				
Nome	Matrícula	Posto/Grad	Und	Assinatura			



16 ABR. 2019

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040345/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:40 Data/Hora Fim: 30/01/2019 10:42
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 809711 SÉRIE J Data: 10/10/2018
Delegado da Polícia: Wulpstlander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 10/10/2018 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA

Bairro: Raiar do Sol
Nº: 1823

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abaloamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON DE SOUSA RODRIGUES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade: 23
Profissão: Autônomo Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RIO MADEIRA Nº: 51
Bairro: BELA VISTA

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: GISLANE DE SOUZA RODRIGUES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Idade: 13
Profissão: Estudante Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RIO MADEIRA Nº: 51
Bairro: BELA VISTA

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040345/2018-A01

Razão Social: (ESTADO) (VÍTIMA)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 034.024.042-30

Placa NUL4518

Renavam 01095399079

Número do Motor KC25E0G017421

Número do Chassi 9C2KC2500GR017417

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 START

Modelo HONDA/CG 160 START

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 25/08/2016

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jefferson de Sousa Rodrigues

Passuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor DELEGADO (a)

Accionados via CIOPS para atendimento de acidente de trânsito no endereço acima citado. Quando chegamos no local encontramos somente o Condutor Item 01 Sr^o JEFFERSON e a Item 02 Sr^a GISLANE, que estava sendo atendida pelo SAMU. Que fomos informados pelo Item 01, que conduzia o V1 HONDA/CG 160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL4518, e tinha a Item 02 Sr GISLANE (passageira) e trafegava na Rua Estrela D'alva Sentido Bairro>Centro quando ao passar em frente ao Nº1823 houve o abaloamento com um veículo que trafegava no sentido contrario do Item 01, cuja marca/modelo, placa e cor não foi identificado Sr^o JEFFERSON. Que o veículo evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima.

Que o SAMU removeu Sr^a GISLANE para o PSE/HGR.

Que o item 01 foi orientado e liberado no local juntamente com seu veículo.

Era o que tinha a informar.

DANOS:

VEICULO DO ITEM 01 - V1: HONDA/CG 160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL4518. DANOS: passador de machas, estribo lado esquerdo e carenagem.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento



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



Delegado de Polícia Civil: Wulpslander Trajano Junior
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 30/01/2019 10:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

16 ABR. 2019

10/10/2018

Rosália Gomes da Silva
A. ex. Serv. Saúde

... Guia de Atendimento 17 ...

Ueda

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSPE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	
1801020697	10/10/2018 20:19:22	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19.
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF
GISLANE DE SOUSA RODRIGUES	10/04/2005		13 A 6 M 0 D		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
				F	
Mãe	Pai		Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
LILIA DE SOUSA RODRIGUES	CELSO SOUSA RODRIGUES		PARDA		BRASILEIRA
Endereço	Contato		Ocupação		
RUA - RIO MADEIRA - 51 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR	(95) 99113-2415				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Pren
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		LEANDRO		
Queixa Principal					
Paciente ferido pelo SAMU.					
Anamnese de Enfermagem					
GSC TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					
Apresentar lesão aberta					
Exame Físico					
Pele (E) - lúida e mística.					
Hipótese Diagnóstica					
DR. MUSIRA AB: sem alterações.					
SADT - Exames Complementares					
RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					
1. Analgésico forte no SAMU					
2. Rx Pele (E)					
3. Glicose 1v					
4. TGO, mel					
Condição					
Alta por Decisão Médica					
Alta a Pedido					
Alta a Revella					
Transferência para: D. T. P. dia					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: leandro					
Data Hora: 10/10/2018 20:24:26					
6 ABR. 2019					
15/10/2007					

Ortopedia e Urologia

Ex. apont. b. Plst. h. d.

Acidente - b. Insunt

cd. A- 65

propor

P/ C

Dr. Eduardo Gomes Lins dos Santos
CRM: 12.121-0/2019
OAB: 12.121-0/2019



16 ABR. 2019

FLOCO B

ALTA 29/4

 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			
HGA				2319655			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Gastão L. Souza Rodrigues				168558			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
704809510123846				10/04/05		F	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO		11 - TELEFONE	
LILIA DE SOUSA RODRIGUES							
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
						15 - UF	
						16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
F exp plot h-p (C)							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Hto cr							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Dx e exames físicos							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL			
F exp plot h-p (C)							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				23 - CID 10 CAUSAS ASSO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Hto cr							
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
Dr. Vitor P.				10/04/18			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLENCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				34 - CNPJ DA SEGURADORA			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				36 - SÉRIE			
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO				38 - CNPJ EMPRESA			
39 - CNAE DA EMPRESA				40 - CBOR			
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURAD							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
10/04/18							

16 ABR. 2019

V299



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	
Gislene da Souza Resalrigues		GT	10/10	
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento Cirúrgico de Glândula Endócrina		INICIO	FIM	TEMPO TOT
Glândula Tireoide		20:25	23:00	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
Dr. Vilas Boas	ANESTESISTA:		Dr. Eduardo	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
	CIRCULANTE		Raimundo + Michel	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
100	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3.0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº
	SERINGA 10ML			GEOFOAM
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
	Desinfecção de superfícies			OUTROS: 20ml de álcool
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TC TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SC		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

16 ABR. 2019



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 06/04/18 O.S. _____

Gaspar de S. Rodriguez



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exp. do fêmur

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Chirúrgico: Dr. Vitor P 1º AUXILIAR: Dr. Leonardo R3

2º AUXILIAR: Dr. Rêgo 22 INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Recente em DDA sob plano anatômico
- 2) Anestesia - Antivertigem
- 3) Lavagem extensa e/ou SFARZ 10L
- 4) Fixação externa transarticular

Seguindo o plano

- 6) Anestesia
- 7) RLA

Dr. Leonardo Rabelo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17150

Vitor Paracoti Santiago
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RR 1655
RQE 610

16 ABR. 2019

208-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	10/10/2018	DIH		DN	10/04/2005
PACIENTE	GISLANE DE SOUSA RODRIGUES				
AGNOSTIC	FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL				
ALERGIAS					
IDADE	13	HAS		DM2	
LEITO	208-3	DATA	23/10/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3ND
2	AVP				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12 0 18 24
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SN
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN
14	SSVV + CCGG 8/6 H				Rotina
15	CURATIVO DIÁRIO				M
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)				0 12
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

18:00hs
Realizar
medicac
do itus
16 e 556
C.P.09 -

Maria Cecília G.
COREN-RR 387

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	122/86	92		36,3°C
18 H	95/69	76	16	36
24 H	120/80	74	18	36,5°C

Antônia Rodrigues
Fisioterapeuta em Enfermagem
COREN-RR 784.228 TE

Antônia Rodrigues
Técnicas em Enfermagem
COREN-RR 784.228 TE
19:00
07-02

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185114
Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

12ND
Paciente não referiu
queixas algicas - reuemat.

16 ABR. 2019

208



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

208

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		10/10/2018		DIH		DN		10/04/2005	
PACIENTE		GISLANE DE SOUSA RODRIGUES							
AGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL							
ALERGIAS									
IDADE		13		HAS		DM2			
LEITO		208-3		DATA		24/10/2018			
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE							SND
2		AVP							MANUTER
4		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS							12:00 24:00
7		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N							SN
8		PLASIL 10MG 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
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							SN
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							SN
13		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N							SN
14		SSVV + CCGG 6/6 H							SN
15		CURATIVO DIÁRIO							Rolinda
16		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)							M (14) NTS
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							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131 x 77	73	18	36,5
18 H	121 x 70	106	20	36,5
24 H	118 x 67	95		

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 URN: 1851/R

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

admissionado no leito de observação
 e veriificado sinais vitais
 no período em 14 SE.

16 ABR. 2019

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO	10/10/2018	DIH		DN	10/04/2005																				
PACIENTE	GISLANE DE SOUSA RODRIGUES																								
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL																								
ALERGIAS																									
IDADE	13	HAS		DM2																					
		LEITO	208-3	DATA	20/10/2018																				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE				SF																				
2	AVP																								
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS																								
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N																								
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																								
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N																								
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																								
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																								
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																								
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N																								
14	SSVV + CCGG 6/6 H																								
15	CURATIVO DIÁRIO																								
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)																								
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																									
EVOLUÇÃO MÉDICA:																									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																									
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																									
 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM. 188.144																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>102 x 57</td> <td>80</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>67 x 43</td> <td>94</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				6 H	PA	FC	FR	12 H	102 x 57	80		18 H	67 x 43	94		24 H			
SINAIS VITAIS																									
6 H	PA	FC	FR																						
12 H	102 x 57	80																							
18 H	67 x 43	94																							
24 H																									

16 ABR. 2019

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		10/10/2018	DIH	DN	10/04/2005
PACIENTE GISLANE DE SOUSA RODRIGUES					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL					
ALERGIAS					
IDADE	13	HAS	DM2		
LEITO	208-3	DATA	21/10/2018		
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				3 N/A
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				3 N/A
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				3 N/A
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				3 N/A
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				3 N/A
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				3 N/A
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				3 N/A
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				3 N/A
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				3 N/A
14	SSVV + CCGG 6/6 H				3 N/A
15	CURATIVO DIÁRIO				3 N/A
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)				3 N/A
17					NTF (14)
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
Dr. Odinachi Okemiri Médico Res. Gen. de Ortopedia e Traumatologia - CRM 1651/RK					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	111 x 71	90	17	35,8°C	
18 H	125 x 74	92	16	35,5°C	
24 H	123 x 66	87			
Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia					

22 / 10 / 18
05:30
celso

16 ABR. 2019

208.3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	10/10/2018	DIH		DN	10/04/2005																									
PACIENTE	GISLANE DE SOUSA RODRIGUES																													
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL																													
ALERGIAS																														
IDADE	13	HAS		DM2																										
LEITO	208-3	DATA	22/10/2018																											
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																									
2	AVP				monter																									
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12:18 (24) (06)																									
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN																									
8	PLASIL 10MG 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																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																									
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SN																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				na																									
15	CURATIVO DIÁRIO				na																									
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)				na																									
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																														
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																														
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 18511/R																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TAX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>122/67</td> <td>103</td> <td></td> <td>35.5</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130/70</td> <td>98</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130/50</td> <td>86</td> <td>26</td> <td>36.4°C</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR	TAX	12 H	122/67	103		35.5	18 H	130/70	98	26		24 H	130/50	86	26	36.4°C
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR	TAX																										
12 H	122/67	103		35.5																										
18 H	130/70	98	26																											
24 H	130/50	86	26	36.4°C																										

12h medicado
e verificado
SSVV. Andreza
COREN RR 1

na

06hs 125/65 89

16 ABR. 2019

F=13

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		GISLAINE DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	
				12/10/2018	
1	DIETA GRAL LIVRE			HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			S/N	
3	CETALOTINA 1G EV 6/6H			S/N	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			SUSPENSO	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN			- 22 - 10	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVV + CCGG 8/6 H			S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			S/N	
14	CURATIVO DIÁRIO			S/N	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			S/N	
16	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA			S/N	
17				S/N	
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)			S/N	
19	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%			S/N	
20	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			S/N	
CONCLUSÃO MÉDICA:					
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA					

SINAIS VITAIS	TAX	FC	PA
6 H	100+00	62	38
12 H	36.3°C	91	112/67
18 H	36.6°C	84	108/63
24 H	110/90	81	36.2°C

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15171RR
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

16 ABR. 2019

16 APR. 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	GISLAINE DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	73 anos	LEITO		DATA	15/10/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFAZOLINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				
6	TRAMAL 100MG + SI 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIME DICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVY + GCGG 6/6 H				
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				
14	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 20U 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:					
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA					

SINAIS VITAIS	PA	FE	FR	T
6 H	110x70	85	14	36.2
12 H	120x60	80	20	36.7
18 H	103x54	88		36.5
24 H	100x60	81	19	36.5

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente EM
Ortopedia e Traumatologia
CRM 29171RR

F-13

2083

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Gislene R. Souza				
AGNOSTIC					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	13	LEITO	13	DATA	16/04/19
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNB
2	SFO 9% 500ML S/N EV				SN
4	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SN
6	TRAMAL 100MG + SFO 9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAFTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				ATENÇÃO
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
11	SSVV + CCGG 8/6 H				ROTINA
12	Gislene R. Souza				13
13					
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					

Gislene

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140/140	62		
12 H				
18 H				
24 H	140/140	63		

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
MARCIA E. RODRIGUES
MARCIA E. RODRIGUES
MARCIA E. RODRIGUES

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN-RR 71579

16:30h: PA 125/69 FC 109 FR 19 Tc 36.5°C.
18:00h: Gislene R. Souza recebeu a medicação e não tem mais dor.
18:00h: Admitida no bloco (3)
18:00h: Paciente em contato no leito
sem queixa de dor, segue bem cuidado,
ela em farmácia. PA 113x71
FC 100
Tc 36.5°C

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN-RR 71579

Regulado para leito
PI BID 208-1
Compilação Interna
208-3

16 ABR. 2019

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		10/10/2018	DIH	DN	10/04/2005																				
PACIENTE GISLANE DE SOUSA RODRIGUES																									
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL																									
ALERGIAS																									
IDADE	13	HAS	DM2																						
LEITO	208-3	DATA	17/10/2018																						
PRESCRIÇÃO																									
ITEM					HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																				
2	AVP				SND																				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				MANUTER																				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				24.06																				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SND																				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				SND																				
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND																				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND																				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SND																				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SND																				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SND																				
15	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA																				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 17/10)				M																				
17					14																				
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																									
EVOLUÇÃO MÉDICA:																									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																									
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																									
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>90x70</td> <td>99</td> <td></td> <td>36.2</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>113/62</td> <td>95</td> <td>20</td> <td>35.9</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x60</td> <td>106</td> <td></td> <td>37.1</td> </tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	T	12 H	90x70	99		36.2	18 H	113/62	95	20	35.9	24 H	100x60	106		37.1
6 H	PA	FC	FR	T																					
12 H	90x70	99		36.2																					
18 H	113/62	95	20	35.9																					
24 H	100x60	106		37.1																					
Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia																									

18
10
18
5:00
culta

06/11
PA 113x70
FC 95
T 35.9

16 ABR. 2019

NO

208-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Abner de Souza Gomes Lins dos Santos, 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/10/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura do fêmur

NO DIA 1/11/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/10/18 AS 12,00h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 13/11/18 AS 8,00h, COM O
DR. Leonardo

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
- 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.



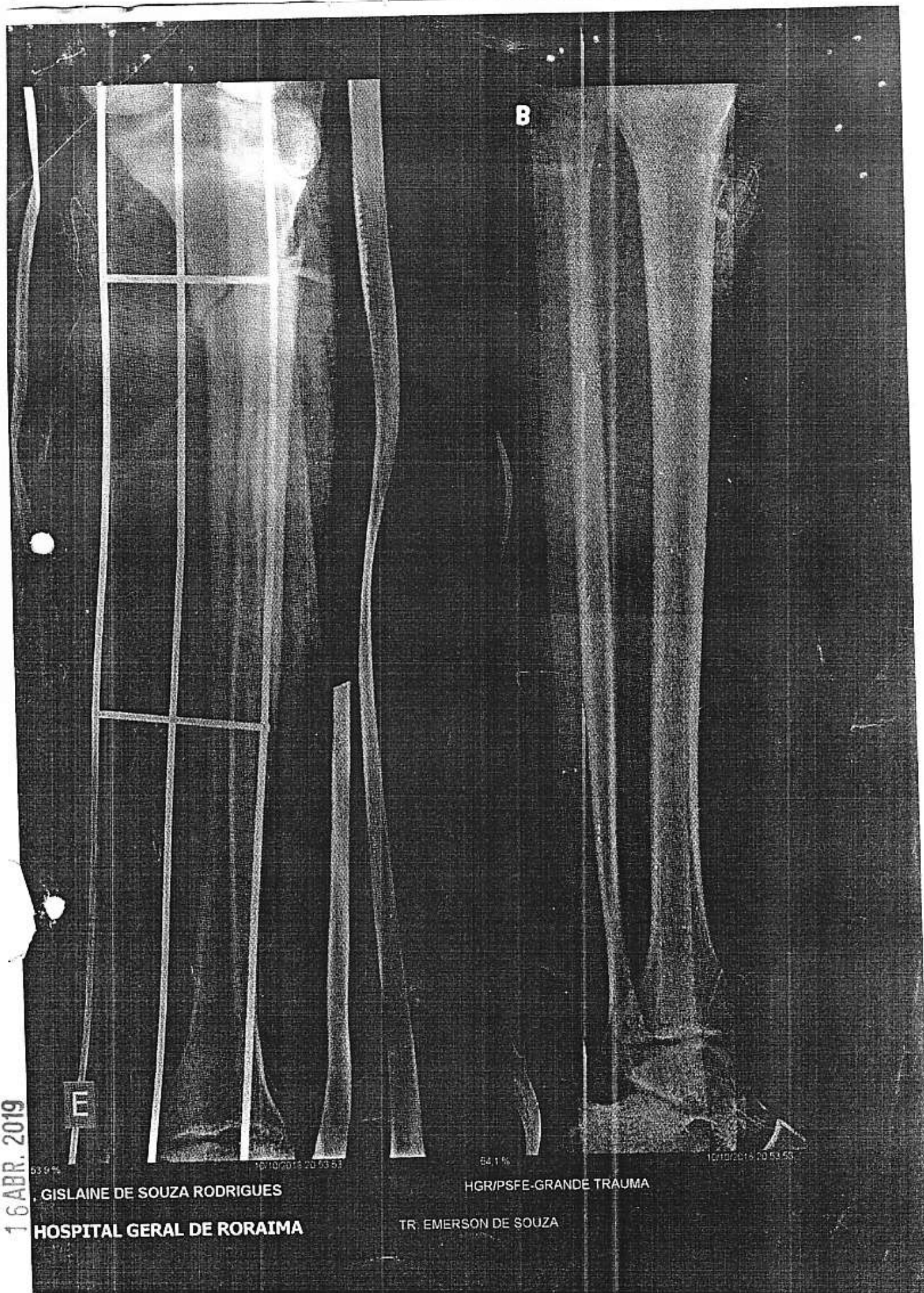
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Abner

Dr. Odinachi Okenda
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185188

BOA VISTA, 27/10/18

16 ABR. 2019

MÉDICO



B

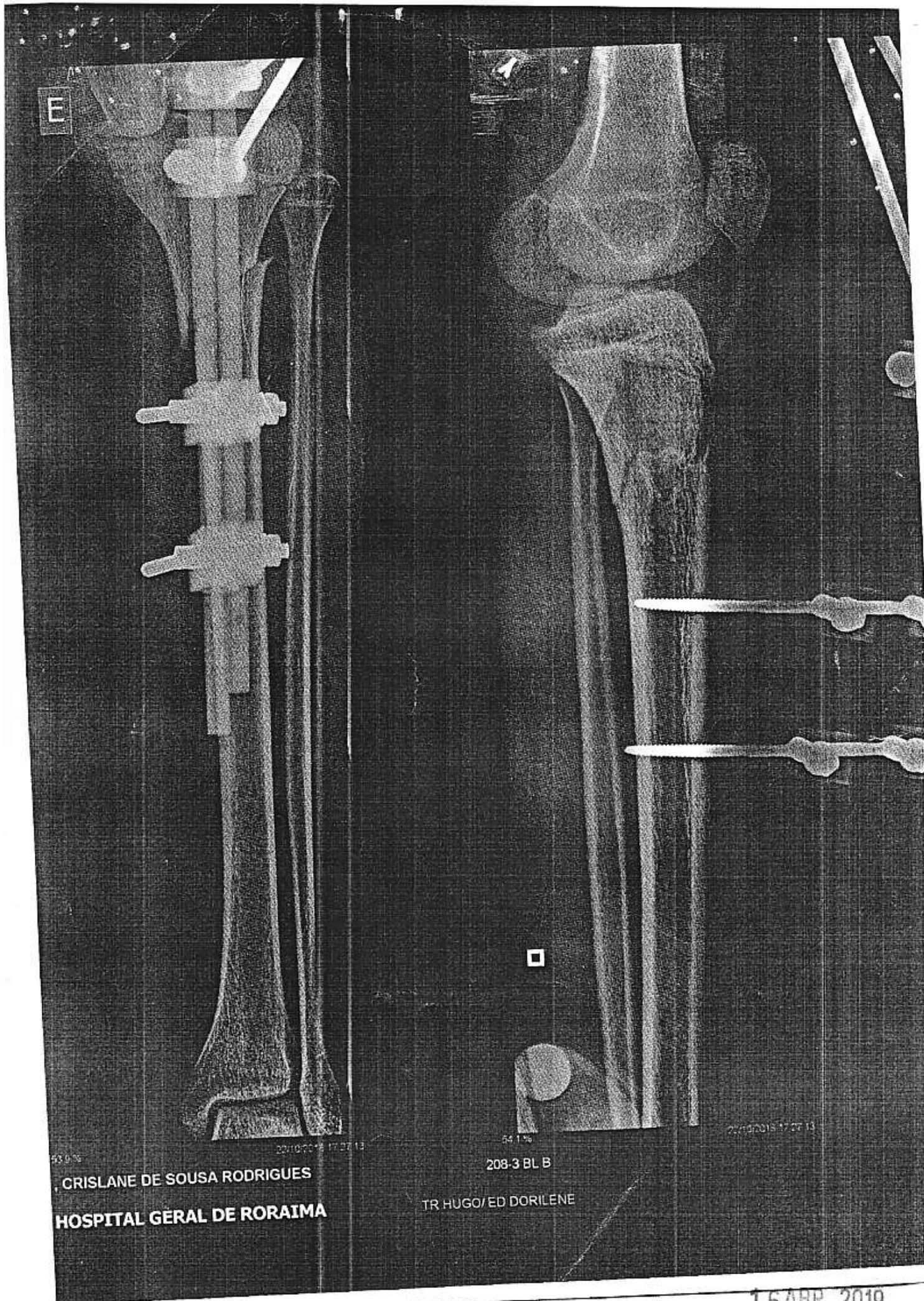
16 ABR. 2019

GISLAINE DE SOUZA RODRIGUES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. EMERSON DE SOUZA

HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA



53.0 %
20/10/2018 17:27:13
CRISLANE DE SOUSA RODRIGUES
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

54.1 %
20/10/2018 17:27:13
208-3 BL B
TR HUGO/ED DORILENE

16 ABR. 2019

Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	000.000.000.00	Airlane de Souza Rodrigues	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DO BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012)			
Nome completo:		CPF:	
Gislane de Souza Rodrigues		000.000.000.00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Estudante	Rua: Rio madeira	51	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Bela Vista	Bela Vista	RR	69.316.108
E-mail:	Tel.(DDD):		
ilorr@hotmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
REDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)			
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0653	13211		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não			
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não			
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
Local e Data: Bela Vista - RR, 01/04/2019.		TESTEMUNHAS	
Nome: Airlane de Souza Rodrigues		1ª Nome: _____	
CPF: 367.934.742-20		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		CPF: _____	
		Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

16 ABR. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ileir Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512- / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elza Souza Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 367.914.742 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Giulane de Souza Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.302-202</u>
Email <u>ileir@hotmal.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>9598403-5060</u>

_____, de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Declarante

16 ABR. 2019



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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282197

Vítima: **GISLANE DE SOUSA RODRIGUES**

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), **CELSO SOUSA RODRIGUES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Cálculo de Atualização Monetária - Gislane de Sousa Rodrigues
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	10/10/2018 a 1/7/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	10/10/2018 a 3/7/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	264 dias	1,027824
Percentual correspondente	264 dias	2,782434 %
Valor corrigido para 1/7/2019	(=)	R\$ 7.284,71
Juros(266 dias-9,22352%)	(+)	R\$ 671,91
Sub Total	(=)	R\$ 7.956,62
Valor total	(=)	R\$ 7.956,62

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	7.087,50		
Data inicial	10/10/2018		
Data final	1/7/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
10/10/2018	1/11/2018	0,4113 (%)	7.116,65
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.130,17
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.118,76
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.140,12
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.164,39
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.203,08
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	7.254,94
1/5/2019	1/6/2019	0,3500 (%)	7.280,34
1/6/2019	1/7/2019	0,0600 (%)	7.284,71
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(266 dias-9,22352%)	(+)		R\$ 671,91
Sub Total	(=)		R\$ 7.956,62
Valor total	(=)		R\$ 7.956,62

[Retornar](#) [Imprimir](#)