



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Valdinete Santana dos Reis, brasileiro(a),
estado civil solteira, profissão Autônoma, portador(a) da Cédula de
Identidade CIRC 213074, SSP/RR, e inscrito(a) no CPF/MF
805.915.662-49, residente na Rua IV Q.B.S
nº 18, Bairro Lambará, Município Boa Vista/RR,
telefone: (95) 99115-4038 / e-mail
valdinete.santana@gmail.com vêm através de seu advogado in fine
assinado, por este instrumento particular nomear e constituir seu procurador.

OUTORGADO: Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na
OAB/RR sob o nº. 317B com escritório profissional na Rua General Penha Brasil 102
Centro, Boa Vista, Roraima a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula *ad
judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou oponente, ou por qualquer
modo interessado, podendo para isso, requerer e promover judicial ou extrajudicialmente,
em qualquer causa, conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC, bem como propor
ações, produzir provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer, apelar,
transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás junto a
secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada, receber valores e dar quitação,
receber bens penhorados ou em adjudicação, enfim, tratar de seus interesses, bem como
praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente mandato,
dando tudo por bom, firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança de Seguro
Dpvt em Face da Seguradora Líder.

Boa Vista 17 de Maio de 2019.

Senhor(a) Valdinete Santana dos Reis

Outorgante

CPF/MF nº _____



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

DECLARANTE: Valdinete Santana dos Reis, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Autônoma, portador(a) da Cédula de
Identidade CIRG 213047 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF
805.915.662-49, residente na Rua IV
nº 18 Bairro Cambora Município Boa Vista/RR,
telefone: (95) 99115-4038 / e-mail
valdinete.santana@gmail.com.

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

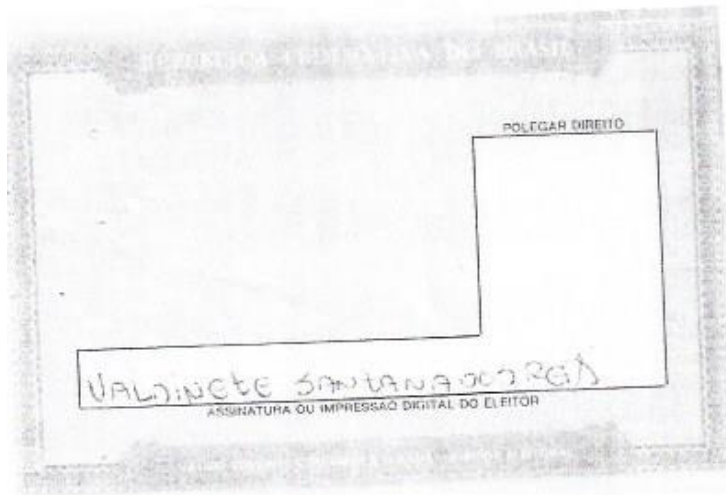
Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Boa Vista 17 de, Maio de 2019.

Senhor(a) Valdinete Santana dos Reis

Declarante

CPF/MF nº _____



24 ABR. 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0024369-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal: 002056386
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica - Série B-1) A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	11/01/2019	314	296,10

VANESSA SANTANA DOS REIS
R. IV 18 Q81 CAMBARA
CPF: 00091724767291
CEP: 69.313-332 - BOA VISTA

R01: 5.001.12.11.055700

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	kWh	kVarh	Atual:	24/12/2018
Anterior:	44998		Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	44684		Próxima Leitura:	25/01/2019
Consumo Medido:	1,000		Emissão:	21/12/2018
Consumo Faturado:	314	FCAM	Apresentação:	24/12/2018
Tipo de Consumo: NORMAT			Divisão de Consumo: 28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2803833	M 1502362	1.1.1.2	492

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 314 A R\$ 0,791912 = 248,66
NOV/18 603	ILUMINACAO PUBLICA 47,44
OUT/18 372	
SET/18 705	
AGO/18 362	
JUL/18 299	
JUN/18 343	
MAI/18 374	
ABR/18 598	
MAR/18 524	
FEV/18 531	
TARIFA EEM TRIBUTOS:	
0 A 314 - 0,634520	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26.
Parabéns! Até o dia 21/12/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO B38E.9C7C.686E.F8D5.D947.FB5A.85A7.EB34

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	61,69	Base de Cálculo:	248,66
Energia:	130,80	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	42,27
Encargos:	6,79	Valor do PIS:	1,26
Tributos:	49,38	Valor do COFINS:	5,85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012920068964

VIA 01 Cód. RENAVAM 01065971394 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
VALDINETE SANTANA DOS REIS

RR

CPF / CNPJ 805.915.662-49 PLACA NUKB498

CHASSI 9C2KC2200GR010324

PLACA ANT. / UF

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/0162CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGU* VENC. COTA ÚNICA *PAGU*

1* *****
2* *****
3* *****

FAIXA PVA PARCELAMENTO / COTAS

** PAGO COTA ÚNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 20/12/2017

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA AMAZON OCID *

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 18/01/2018

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012920068964 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/01/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 805.915.662-49 PLACA NUKB498

RENAVAM 01065971394 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 CATEGORIA PARTICU Nº CHASSI 9C2KC2200GR010324

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0.77 JOF (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DATA DE QUITAÇÃO 20/12/2017

24 JAN. 2019



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CEPS, 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.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui 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 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
126.03589.66-2

NÚMERO
2611223

SÉRIE
001-0

UF
RR

VALINETE SANTANA DOS REIS

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

NOME VALINETE SANTANA DOS REIS
LOC. DE NASC. BOA VISTA
FILIAÇÃO WALDIR GONCALVES DOS REIS
MÁRIA ANTONIA SANTANA DOS REIS
DOC. APRESENTADO R.G. 213077 SESE RR

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

UF RR, DE 18 DE MAIO DE 1982

RG 213077

CNH

T. ELEITOR 3066732682

SEÇÃO 29

DATA

NATURALIZADO PORT. M. L. N.

LOCAL DE EMISSÃO DRT/RR

DATA DA EMISSÃO 18/02/2002

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO
DATA DE NASC. DE PARA
DOCUMENTO
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
MOTIVO

NOME
DOCUMENTO
MOTIVO

LEGENDA
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

08		09	
259819 DE IRAPUETI 22.888.549/0001-15		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: VIDRACARIA UNIÃO INDÚSTRIA		EMPREGADO: VISUAL FINITAS LTDA	
E COMÉRCIO LTDA		CNPJ: 05.117.585/0004-761	
C/C: Av: General Alcide Teive, 2608 - Liberdade		C/C: Av. Nêro H. de Melo, 5550 - Tanqueiros Nêro	
CEP: 69.309-000		CEP: 69.312-000	
UF: RR		UF: RR	
MUNICÍPIO: BOA VISTA		MUNICÍPIO: Boa Vista	
ESP DO ESTABELECIMENTO: 4101 - Pça. 1900470		ESP DO ESTABELECIMENTO: 4101 - Pça. 1900470	
CARGO: DON		CARGO: 49.14-9.5	
DATA DE ADMISSÃO: 09 DE JULHO DE 2013		DATA DE ADMISSÃO: 03 DE JULHO DE 2014	
RECEITO Nº: 76698.02		RECEITO Nº: 14.003	
RECONHECIMENTO: 76698.02		RECONHECIMENTO: 14.003	
Assinado digitalmente por: Karim de Souza Almeida		Assinado digitalmente por: Karim de Souza Almeida	
DATA DE SAÍDA: 05 DE FEVEREIRO DE 2014		DATA DE SAÍDA: 05 DE FEVEREIRO DE 2014	
Assinado digitalmente por: Karim de Souza Almeida		Assinado digitalmente por: Karim de Souza Almeida	
CONDIÇÃO DE TRABALHO: PESSOAL		CONDIÇÃO DE TRABALHO: PESSOAL	
CARGO: PESSOAL		CARGO: PESSOAL	
CARGO: PESSOAL		CARGO: PESSOAL	

2611233

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

RESSALVA: (Contrato da pág. 08)
Data do último dia efetivamente
trabalhado, conforme IN nº 15 SRT,
é: 06/01/14.

Vidracaria União Ind. e Com. Ltda

Assinatura: Camilo

ANOTAÇÕES GERAIS

31

(Anotações autorizadas por lei).

ASSISTIDO EM CARÁTER EXPERIMENTAL NO PRAZO DE ____ DIAS

CONFORME ARTIGO 443 LETRA "C" DA CLT FICANDO

Visual Tintas
Ioneide Silva
Sócia Gerente

Ressalva

Na página 09 desta CTPS, no
campo data de admissão, onde se
lê 01 de julho de 2014, leia-se
16 de maio de 2014.

Maria Ioneide da Silva
Visual Tintas LTDA - EPP
Sócia - Proprietária

20

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM

CASTRO SÓCIA LTDA
PARA R\$ 850,00

MOTIVO

AUMENTADO EM

CASTRO SÓCIA LTDA
PARA R\$ 850,00

MOTIVO

AUMENTADO EM

01/10/13 PARA R\$ 859,00

MOTIVO

AUMENTADO EM

01/01/2015 PARA R\$ 808,00 Silva

MOTIVO

AUMENTADO EM

01/01/16 PARA R\$ 900,00

MOTIVO

AUMENTADO EM

01/10/16 PARA R\$ 958,50

MOTIVO

AUMENTADO EM

01/10/17 PARA R\$ 987,26

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

21

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

	PMRR - 1ºBPM	RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL	SERIE "J" Nº 064300
---	---------------------	----------------------------------	------------------------

Vit 134	SUCp Leste	Data 02/11/18	S/Setor ---	H/Transm 11:37	H/Ini 11:40	CH/II 11:40	H/Fim 14:30
Cód. Oc. 1001,1003		Cód. Prov. 13023,13999		Cód. Ser. Prest. -----		Km/Ini 96.806	Km/Fim 96.821

LOCAL DE OCORRÊNCIA
R: Moacir da Silva Mota com Ruth Pinheiro Bairro: Tancredo Neves Ref.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 * Envolvido Nome: Giovanni Lima Barros Idade: 50 E. Civil: União Estável
Endereço: R: Dec Fonteles, Nº 123, Aeroporto
Edt. R.G. 81423 PM RR CNH 009950544231 AD Profissão: Policial Militar

2 Envolvido Nome: Valdinete Santana dos Santos Idade: 38 E. Civil: Solteira
Endereço: Rua: IV - nº 18, Cambará
Edt. R.G. 213077 SSP RRS CNH 05348861342 AB Profissão: VENDEDORA

DANOS MATERIAS

V 1: TOYOTA HILUX CD 4X4, cor Azul de placa OAC 9098 AM: para-choque frontal danificado

V2: HONDA / CG 160 FAN ESDI, cor Vermelha de placa NUK 8498 BV: Foram danificados os seguintes itens: pedaleira central, amortecedor traseiro esquerdo, carenagem do tanque, pisca do lado direito, farol dianteiro e a máscara do farol.

ASSINATURA *[Assinatura]* CARGO *ACPC* LOCAL *CF*

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia do 5º DP-CF

Comunico-vos que fomos acionados via CIOPS, para atender ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado. Ao chegar ao local encontramos o item 2, em atendimento médico (RESGATE); em seguida foi encaminhada ao PS. Que o item 1, nos relatou que estava trafegando em sentido centro-bairro (RUTH PINHEIRO), e que o Item 2 estava no sentido Mario de Melo -Ataíde Teive (Moacir da Silva Mota) ; Que o SR. Giovanni (item 2) avançou a preferencial, não obedecendo a sinalização de Pare ocasionando a colisão com a SRA Valdinete (item 2) ., Que o item 2 por conta do acidente teve uma fratura na perna esquerda. Que o Item 1 se prontificou a arcar com os prejuízos materiais e auxiliar na compra de medicamentos do item 2 ; Que os veículos envolvidos foram liberados no local. Sendo que a motocicleta HONDA / CG 160 FAN ESDI, cor Vermelha de placa NUK 8498, foi entregue ao Vaney Santana dos Reis, CNH 06651582083 RR categoria AB, segundo ele, seria irmão da envolvida.

Era o que tinha a relatar.



Bo 964118

DAT - memo 1907/18

12/12/18

24 ABR. 2019

WASTNES Nome	40.846-8 Cadastro	CB PM Posto/Grad	1º BPM Suop
Assinatura <i>[Assinatura]</i>			



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 964/2018
DATA: 02/11/2018
HORA: 13h40min

DELEGADO: MARCUS ANTONIO DE PAIVA ALBANO JUNIOR		
EQUIPE "CHARLIE"		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: MOACIR DA SILVA MOTA COM RUTH PINHEIRO	DATA 02/11/2018	HORA 14h:30min

COMUNICANTE

ROP/PM/RR	Nº 064300	SERIE: J
-----------	-----------	----------

ENVOLVIDO

NOME: GIOVANNI LIMA BARROS	RG: 81423-RR	CPF: PJ
Data Nascimento: PJ	END: RUA DEC. FONTELES, 123 AEROPORTO	
PAI: PJ	MÃE: PJ	
GRAU ESC: PJ	NATURAL: PJ	NACION: Brasileira
SEXO: M	Idade: 50 Anos	
TEL CEL.: 95 99131-0841	PROF: POLICIAL MILITAR	

ENVOLVIDO

NOME: VALDINETE SANTANA DOS SANTOS	RG: 213077 SSP/RS	CNH: 05348861342-AB
Data Nascimento: PJ	END: RUA IV Nº18 CAMBARÁ	
PAI: PJ	MÃE: PJ	
GRAU ESC: PJ	NATURAL: PJ	NACION: Brasileira
SEXO: M	Idade: 68 Anos	
TEL CEL.: PJ	PROF: VENDEDORA	

OBJETO/DOCUMENTO

V1: MARCA: TOYOTA HILUX CD 4X4	MODELO: HILUX CD 4X4, COR AZUL	PLACA: OAC-9098
V2: MARCA: HONDA CG	MODELO: FAN EDSI COR VERMELHA	PLACA: NUK-8498-3217

DADOS DA OCORRÊNCIA

	A TIPIFICAR	
--	-------------	--

HISTÓRICO

Senhor Delegado

SR. DELEGADO,

POR MEIO DO ROP/PM FOI INFORMADO QUE GUANIÇÃO ACIONADA VIA CIOPS PAR OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, NO LOCAL A ENVOLVIDA VALDINETE ENCONTRAVA-SE EM ATENDIMENTO MÉDICO E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADA AO OS, QUE O ENVOLVIDO GIOVANNI RELATOU QUE: TRAFEGAVA PELA EM SENTIDO CENTRO BAIRRO PELA RUA RUTH PINHEIRO E QUE O A ENVOLVIDA VALDINETE TRAFEGAVA PELA MARIO HOMEM MELO ATAIDE TEIVE, QUE O ENVOLVIDO GIOVANNI ATRAVESSOU A PREFERENCIAL NÃO OBDEENDO A SINALIZAÇÃO DE PARE OCASIONADO ASSIM A COLISÃO, QUE DEVIDO A COLISÃO A ENVOLVIDA VALDINETE TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA, QUE O ENVOLVIDO GIOVANNI SE PRONTIFICOU A ARCAR COM OS PREJUÍZOS MATERIAIS E AUXILIAR NA COMPRA DE MEDICAÇÃO, QUE O S VEICULO ENVOLVIDOS FORAM LIBERADOS, É O RELATO.

DINA COSTA - Mat 4200049
Agente Carcerário de Polícia Civil

DESPACHO

DESPACHO

Obs.: O denunciante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúnciação Caluniosa, previsto no art. 339 do Código Penal, que assim dispõe: "Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: Pena- Reclusão de 02 (dois) a 08(oito) anos e multa."

Confere com original

Data: 19/03/2019

Giovanni da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil

Av. Brasil, s/n.º - Distrito Industrial - Boa Vista/ RR.
☎ (95) 4009-4050

24 ABR. 2019

02/11/2018

Guia de Atendimento 17

Rosalia Gomes do Silva
Aux. Serv. Saude

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - TAVR / PSE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300

Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro

001030133	02/11/2018 12:03:42	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07.18	18
Paciente	VALDINETE SANTANA DOS REIS	Data Nascimento	27/12/1982	Idade	35 A 10 M 6 D
Sexo	F	Estado Civil	PARDAS	Naturalidade	BRASIL
Nome	MARIA ANTONIA S. DOS REIS	Endereço	RUA EDSON CASTRO - 246 - -	Ocupação	NÃO INFORMADA
Plano Convênio	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	
Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	
Grande Trauma	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por	OZIERES, PRADO

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

nome de Enfermagem: GSC TOTAL AD 1204 PR 12345 MRV 123456

nome de (HORA DA CONSULTA - : :)

Exame Físico: BACULOS, sem ruídos de TC e

Hipótese Diagnóstica: mm + pulso fraco

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. DOR FÚND. TAG 1000		
2. DOR FÚND. TAG 1000		
3. DOR FÚND. TAG 1000		
4. DOR FÚND. TAG 1000		
5. DOR FÚND. TAG 1000		
6. DOR FÚND. TAG 1000		
7. DOR FÚND. TAG 1000		
8. DOR FÚND. TAG 1000		
9. DOR FÚND. TAG 1000		
10. DOR FÚND. TAG 1000		

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impressão por: ozieres.prado Data Hora: 02/11/2018 12:04:12



grupos

Quanto à primeira questão (anexo 1) - a primeira
aer. primeira e parte do ano de 1991
especial.

Est. 1991

Novo

Futuras futuras para o
a. As outras questões

24 ABR. 2019

Ministério da Justiça
Secretaria de Defesa do Consumidor
Superintendência de Defesa do Consumidor
Brasília, 24 de Abril de 2019

HOSPITAL GERAL DE NOVA
AV. Eng. Eduardo Gomes,
Nova Friburgo, RJ 25211-000
AUTENTICADO
24/04/2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentada nesta data

BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

Valdineire Santana dos Reis

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 DO PAI DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - CID

14 - CÓD. FONE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CID

WALDINEIRE SANTANA DOS REIS

27/12/82

FEM

Maria Antonia S. dos Reis

Rua Edison Castro 246

BRIT

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Problema visto através de transtorno (muito x camol), ocorrendo com sintomas expostos nos exames da urina e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno urinário

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

Exame físico e EL

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Enferma exposta ORGÃO URINA E

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)

OTOPRIMO

BRITAX

02/11/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. 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

0308016019

5828

T068

V299

0308090200

24 ABR. 2019

05

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	VALMINE TE SANTANA DO RIBEIRO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPERTA (PRO DA PLATA)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	03/11/11
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CERATOLOFIA 10 AMP + AD EV DE 6/6H		
4	FENILTOFENOL 100MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	FLASIL 10mg EV 6/6h (S/N)		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SERVO 1000 5/6 H		
13	GENTAMICINA 240 mg EV 1X/24h		
14	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6h		
15	Sonda Vesical de Alívio		
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	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:				
20:30 SEM COMA DA INEQUILIBRADA				
A. Alison Martins MÉDICO CRM 1475				
DA FR FR T				
SINAIS VITAIS	DA	FR	FR	T
6 H	115/80	93	19	36.7
12 H	111/80	72	36.3°C	3
18 H	114/77	86	36.5	36.5
24 H	106/74	70	19	36.5

24 ABR. 2019

118-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA				
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	118-5	DATA	06/11/2018
ITEM	HORARIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
-	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
13	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA				
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 DULML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RR 2007
6 H	110/60	80	-	36,6°C	
12 H	138/55	-	-	36,6°C	
18 H	110/86	96	-	36,2°C	
24 H	110/71	100	-	36,9°C	

24h paciente no leito, sem
queixas

Dilcia da Silva Souza
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 982.941 TE

As 18:00 hrs, paciente recebeu 100mg (5) de morfina por via
oral, não houve efeitos adversos, verificamos sinais vitais, sem
alterações de importância.

24 ABR. 2019

118.6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS		DM2	
		LEITO	118	DATA	07/11/2018
IDADE					HORÁRIO
ÍTEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
13	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA				
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2007
6 H					
12 H	123x77	92	17	35,9	
18 H	102x68	85		35,8	
24 H	119x74	85	-	36,1	

12:00h. Aféido SSVV, adm. Item 6. as 8:30h.
 Pet. com algia após curativo. adm.
 as med. CRM

18H Pet. no leito, após aféido SSVV, adm.
 realizada med. todos os dias

Edmar de Almeida Matos
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR Nº 372

24 ABR. 2019

EGh
PA 104 072
R: 64
T: 36.00

18 H	205400	98	36	
24 H	205400	99	36	

12 Hs. glicemia em jejum - 150 mg de Tiazac. ACP com glicose no
 furosemida 40 mg administrado com medicação
 humana com glicose 550
 Mima Renia da C. da Luz
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR 948476 - TE

24 ABR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	VALDINETE SANTANA DOS REIS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA				
ALERGIAS	HAS	DM2	09/11/2018		
IDADE	LEITO	118-6	DATA		
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8h				
13	LEVOFLOXACINO 500MG EV 12/12h				
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 > 200 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO ORTOPEDISTA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2007
6 H				36°C	
12 H	14x75	70			
18 H					
24 H					

As 12:00h Paciente, no leito, higienizada com água, orientada, verbalmente, SSVV, segue sem alterações nas condições da equipe de enfermagem.

Tarde. Paciente estável. Ad. m. c. p. m + SSVV

Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza Paulo Sergio de Souza,
04/07/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

24 ABR. 2019

Richard M. Venable
12 MAY 2018

24 ABR. 2019

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS	DM2	DATA 11/11/2018	
IDADE		LEITO 118-4			
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/6h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
13	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA				
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 190-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	96x68	74	18	36,2
12 H	112x77	96	19	36,4
18 H	104x81	83		36,3
24 H	94x62	85	20	34,2

DR FERNANDO REZENDE
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2007

2h Paciente recusou tomar o
Válido do SSVV Tricazepam

14:16 - Paciente referiu dor aguda e difusa
14:36 - Resposta do médico a quem disse que
Fornecido a quem disse que a dor estava melhorando
dos pontos abrigados comido pela mordida e repouso
pela pasta

Francisco Soares Silva
CORE-RR 510.931-TE

Francisco Soares Silva
CORE-RR 510.931-TE

24 ABR. 2019



Atendimento às Feridas
Curativo de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO:

NOME: <u>Valéria Araujo</u>		Localização / Região	
DATA: <u>11/11/18</u>	☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		Localização / Região
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara		
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		
Cor do exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo		
Dor	☐ Sim ☐ Não		
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: _____		
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: _____		
Hora do curativo	☐ Manhã ☒ Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	☐ Manhã ☒ Tarde		
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro	Valéria da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152 TE Adonilde Vieira Araujo Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152 TE		
OBS:	01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40- 41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50- 51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60- 61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70- 71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80- 81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90- 91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100-		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 82 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

24 ABR. 2019

118.6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
		LEITO	118.6	DATA	12/11/2018
IDADE		HORÁRIO			
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 20 mg VO SE PAS 100-140 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
13	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA				
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 PI ANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	113x73	87		36.9	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2007
12 H	110x80	80		36.8	
18 H	112x70	70		36.8	
24 H	118x80	92		36.6	

Não adm
dipirona
fede ser
a med.
que caus
alergia

Jeane da Silva Holanda
Enfermeira
CRM-RR 254.176

Paciente neurol adm de clindamicina 600 EV
com a alergia de proco alérgico.
fel com lesões sugestivas de alergia
medicamentosa. Chamo o plantão para
Do farmácia 10/04/2019 - 07/10/2019
Plantão 15/04/2019 - 07/10/2019
e li 6/64.

Jeane da Silva Holanda
Enfermeira
CRM-RR 254.176

Dr. GALANDRINI
CRM 252
11 NOV 2018

24 ABR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	118-6	DATA	13/11/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SND
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SUSP.
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	CURATIVO DIÁRIO				SND
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
12					SND
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SND
14	PARACETAMOL 500MG VO 8/8H				SND
16					SND

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100x67	94		36,2°C
18 H	103x69	93		36,5°C
24 H	100x67	92		36,5°C

DR FERNANDO REZENDE
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR-2007

12hs - Pet no leito, medicado CPM, apresentando
alérgico, médico ciente, afecção 35.

15 - Dexametazone 4mg @ 12/12h - 17

Francisco Junior
Médico
CRM-RR-1990

18:00h. Afecção SSVV, adm. as med. CPM.
Plano nutricional para 7 dias med. CPM
afecção SSVV.

Dr. Zeli C. M. Araújo
Enfermeira
CRM-RR-638.564

124 ABR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	VALDINETE SANTANA DOS REIS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
LEITO	118-6	DATA	14/11/2018		
IDADE					
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	SF0,9% 500ML S/N EV	SND			
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SUSP.			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	SND			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SND			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SND			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SND			
10	CURATIVO DIÁRIO	SND			
11	SSV + CCGG 6/6 H	SND			
12		SND			
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SND			
14	PARACETAMOL 500MG VO 8/8H	SND			
16	Hidrocortisona 200mg (EU) Agone				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	92/71	74	-	36.1°C	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2007
12 H	117/77	82	-	36.1°C	
18 H	122/93	80	-	36.4°C	
24 H	92/61	68	-		

11. Paciente em NPO, medicação CPN, sempre a 3500, não há febre.

24 ABR. 2019

14/11/18 às 15h
Paciente em observação durante visita ao médico, em observação da
função da deformidade devido que a mesma influencia o diagnóstico de lesão
o tratamento adequado ao mesmo paciente. Baseado em análise de
não possuem indicação para a cirurgia ortopédica que a mesma op
tar entre (13/11/18). Relato a qual estava a a guerra da u
em mãos - acinte. Análise em presença confidencialmente.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MEDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNOSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	118-6	DATA	15/11/2018
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.V.
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S.V.
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S.V.
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SUSP.
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S.V.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S.V.
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.V.
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S.V.
10	CURATIVO DIÁRIO				Am. curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				6/6 h
12					
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				1g/6h
14	PARACETAMOL 500MG VO 8/8H				500mg/8h
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 MEDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2007
6 H					
12 H	120/79	98	-	-	
18 H	118/84	103	-	-	
24 H					

Obs pet no lcto aceitando
medicações de humanos CPM
SSVV fute sem queixas segue aos
cuidados da enf. fte de lcto

24 ABR. 2019

Plantão diurno
Adm. medicações CPM. Trocado AVF.
Aterido SSVV. segue aos cuidados
da enfermagem.

Socinia Campalica
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 00000 - TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALDINETE SANTANA DOS REIS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSO DA PERNA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
LEITO		118-6	DATA	16/11/2018	
IDADE	HORÁRIO				
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD + 100MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12					
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
14	PARACETAMOL 500MG VO 8/8H				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR FERNANDO REZENDE MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-BR 2007
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

Paciente transferida para
URMED às 08:10h
Marcella Lima Mesquita
Enfermeira
COREN-RR 147315-ENF



24 ABR. 2019

Prefeitura Municipal de Boa Vista		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
 Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55		Número da Nota 00000214 Data e Hora de Emissão 30/11/2018 15:48:12 Data do Fato Gerador 30/11/2018 Código de Verificação AACCCPAO-CKACGN	
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível		Local da Incidência BOA VISTA/RR	
Dados do(s) Serviço(s)			
Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL			
Prestador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA LTDA - ME Nome Fantasia: ITOR Endereço: AV. NOSSA SENHORA DA CONSOLATA, 930 CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-010 CNPJ/CNPJ: 25.383.760/0001-56 Insc. Municipal: 9612718 Telefone: (95) 3224-1652 E-mail: admin@clinicaitor.com.br			
Tomador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: GIOVANNI LIMA BARROS Nome Fantasia: Endereço: RUA DECO FONTELES, 123 AEROPORTO BOA VISTA - RR CEP: 69310-073 CNPJ/CNPJ: 241.570.662-00 Insc. Municipal: Telefone: (95) 3626-9223 E-mail: giovanni-barros@bol.com.br			
Discriminação do(s) Serviço(s)			
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO NA PACIENTE VALDINETE DE SANTANA DOS REIS			
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DO DOCUMENTO ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ ISS Em testemunho <i>[Assinatura]</i> da verdade, Boa Vista-RR, 03/12/2018 Empl: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12 Selo: RECIR1583456LBJQH1AIGB0FB43 Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br CPF Solicitante: 24157086200			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8630501 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos			
Valor do(s) Serviço(s)		Base de Cálculo ISS	
1.500,00	Valor Dedução 0,00	Desconto Incondicionado 0,00	1.500,00
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
0,00	0,00	0,00	0,00
Retenções Federais			
Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00
Total		Total Líquido	
Total do(s) Serviço(s)		1.500,00	
Outras Informações			
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL *** O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP) Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 276,75 - (18,45%) - Fonte: IBPT			
Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://bcavista.saatri.com.br			

Conferida e achada conforme, nesta data,
com o original existente no meio eletrônico
e no endereço registrado.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTADOR
R. VILHÉ 304, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

[Assinatura]
Marjory C.C. Estrela Brindia
Escritório Autorizada
Cartório Loureiro

24 ABR. 2019

 Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota: 00028052 Data e Hora de Emissão: 28/11/2018 08:19:11 Data do Fato Gerador: 28/11/2018 Código de Verificação: CIADAPER-IZAEKN	
Dados do(s) Serviço(s)			
Exigibilidade de ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL	Local da Incidência BOA VISTA/RR	
Prestador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: UNIMED DE BOA VISTA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO Nome Fantasia: Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 1027 SAO VICENTE BOA VISTA - RR CEP: 69303-340 CPF/CNPJ: 10.169.852/0002-41 Insc. Municipal: 0192996 Telefone: () - E-mail:			
Tomador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: GIOVANNI LIMA BARROS Nome Fantasia: Endereço: R DECO FONTELES, 123 AEROPORTO BOA VISTA - RR CEP: 69310-073 CPF/CNPJ: 241.570.662-00 Insc. Municipal: Telefone: (95) 3626-9223 E-mail: giovanni-barros@bol.com.br			
Discriminação do(s) Serviço(s)			
SERVIÇOS HOSPITALARES			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatorios e congêneres. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8610102 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências			
Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS
2.487,61	0,00	0,00	2.487,61
Aliquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
5,00	124,38	0,00	0,00
Retenções Federais			
Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00
INSS		Outras Retenções	
0,00		0,00	
Total		Total	
2.487,61		2.487,61	
Outras Informações			
Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 458,96 - (18,45%) - Fonte: IBPT			
 CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO TABELADO E REGISTRADOR Av. Villa Rica nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR AUT. Confere com o Documento Original Apresentado. Dou fé e SS. Em testemunho da verdade. Boa Vista-RR, 03/12/2018 Emp.: 2,40, FUNDEURR: 0,24, FISC.: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12 Selo REC FIR 158345IKFH32SKX8F7VX16 Consulte seu selo: https://cidadao.portalsei.rr.com.br CPF Solicitante: 24157066200 <i>Manoel C. C. Esbell Brighia</i> Representante Autorizada Cartório Loureiro			
Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://boavista.saatri.com.br			

Conferida e achada conforme, nesta data, com o original existente no meio eletrônico e no endereço registrado.

28.11.18
Vale

24 ABR. 2019

04/07/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

 AMAZON ORTHO INSTRUMENTAIS E IMPLANTES AMAZON ORTHO LTDA - EPP Rua 24 de Maio, 220 - 7º andar Sala 701 - Edif. Rio Negro Center - Centro - Manaus/AM - CEP: 69010-080 CNPJ: 03.285.836/0002-59 - IE: 04.142.382-8 Fones: (92)3231-1655 / (92)3234-1758 / (92)99982-7339		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 000.002.743 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 1318 1203 2858 3600 0259 5500 1000 0027 4310 0109 7200 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora							
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA FORA ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 113181070069006 04/12/2018 13:09:23									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 04.142.382-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 03.285.836/0002-59									
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL GIOVANNI LIMA BARROS ENDEREÇO RUA DECO FONTELES, 123 MUNICÍPIO BOA VISTA		CNPJ / CPF 241.570.662-00 DATA DA EMISSÃO 04/12/2018 BAIRRO / DISTRITO AEROPORTO CEP 69310-073 DATA DA SAÍDA UF RR FONE / FAX (95) 99112-5173 INSCRIÇÃO ESTADUAL UF RR HORA DA SAÍDA									
FATURA / DUPLICATA 001 04/12/2018 3.000,00											
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE CÁLC ICMS 0,00 VALOR ICMS 0,00 BASE CÁLC ICMS ST 0,00 VALOR ICMS ST 0,00 TOTAL DOS PRODUTOS 3.000,00 VALOR FRETE 0,00 VALOR SEGURO 0,00 VALOR DESCONTO 0,00 OUTRAS DESP 0,00 VALOR IPI 0,00 TOTAL DA NOTA 3.000,00											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO ENDEREÇO 0-EMITENTE QUANTIDADE 0 ESPECIE 000000 MARCA 000000 NUMERAÇÃO 000000 PESO BRUTO 000000 PESO LÍQUIDO 000000											
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS											
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
10230	PARAFUSO CORTICAL 4,5X30MM Registro ANVISA: 10209780031 Lote: (4) 13324	90211020	0400	6108	UN	4	85,00	340,00	0,00	0,00	
10232	PARAFUSO CORTICAL 4,5X32MM Registro ANVISA: 10209780031 Lote: (2) 13327	90211020	0400	6108	UN	2	85,00	170,00	0,00	0,00	
10244	PARAFUSO CORTICAL 4,5X44MM Registro ANVISA: 10209780031 Lote: (1) 12777	90211020	0400	6108	UN	1	85,00	85,00	0,00	0,00	
10246	PARAFUSO CORTICAL 4,5X46MM Registro ANVISA: 10209780031 Lote: (1) 7341	90211020	0400	6108	UN	1	85,00	85,00	0,00	0,00	
18008	PLACA DE COMPRESSÃO LARGA 4,5MM 08 FUROS Registro ANVISA: 10209780037 Lote: (1) 674016	90211020	0400	6108	UN	1	2.320,00	2.320,00	0,00	0,00	
	CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES VENDEDOR: 001 VI. A-002.094										
DADOS ADICIONAIS				RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Hospital.....: HOSP UNIMED DE BOA VISTA COOP DE TR RUA INACIO MAGALHAES 1083 BOA VISTA / RR CEP: 69301-340 CNPJ: 010.169.852/0002-41 IE: ISENT0 Paciente: VALDINETE SANTANA DOS REIS Data cirurgia: 20/11/2018 Médico...: DR DALSON DENIS FEITOSA Convênio: PARTICULAR BOA VISTA VIMAN Sistemas www.vimansa.com.br											
RECEBEMOS DE AMAZON ORTHO LTDA - EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 04/12/2018 VALOR TOTAL: 3.000,00 DESTINATÁRIO: GIOVANNI LIMA BARROS - RUA DECO FONTELES, 123, AEROPORTO, 69310-073-BOA VISTA-RR				NF-e 000.002.743 SÉRIE 1							
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR									

PREScrição DIÁRIA

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		VALDINETE SANTANA DOS REIS		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS		FRANKA EROSIO LEO DA SILVA (E)		
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		OBSERVAÇÃO		
03/04/19	1. DIETA GEL. LÍQUIDA	SAU		
	2. ACP	AA		
	3. GASTROENTEROLOGIA - 20mg EV. 1X/12H	AA 20mg 03/19		
	4. GASTROENTEROLOGIA - 10mg EV. 6/6H	AA 10mg 03/19		
	5. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA 10mg 03/19		
	6. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	7. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	8. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	9. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	10. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	11. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	12. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	13. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	14. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	15. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	16. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	17. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	18. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	19. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	20. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	21. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	22. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	23. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	24. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	25. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	26. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	27. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	28. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	29. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	30. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	31. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	32. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	33. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	34. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	35. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	36. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	37. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	38. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	39. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	40. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	41. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	42. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	43. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	44. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	45. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	46. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	47. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	48. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	49. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	50. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	51. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	52. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	53. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	54. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	55. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	56. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	57. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	58. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	59. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	60. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	61. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	62. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	63. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	64. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	65. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	66. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	67. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	68. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	69. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	70. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	71. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	72. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	73. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	74. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	75. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	76. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	77. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	78. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	79. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	80. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	81. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	82. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	83. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	84. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	85. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	86. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	87. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	88. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	89. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	90. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	91. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	92. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	93. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	94. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	95. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	96. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	97. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	98. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		
	99. DOR - 10mg EV. 3/3H	AA		
	100. TIA - 10mg EV. 1X/12H	AA		

Dr. Alison Martins
MEDICO
CRM-PR 1475

24 ABR. 2019

Marta V. Silva
Enfermeira
CRM-PR 302.282



BOLETIM OPERATÓRIO

VAGNETE SANTANA DO REIS

Data: 2/11/12 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DO OMO DA MÃO (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação com placa e parafusos
TIPO DE INTERVENÇÃO: Aberto
MEDICAÇÕES E AGENTES: _____
HISTÓRICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Max Souto Major
1º AUXILIAR: Dr. Leonardo A. B.
2º AUXILIAR: Dr. Medeiros
INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Dr. Fabiano
ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DOA + Anestesia
- 2) Assepsia + antissepsia + campo estéril
- 3) Aberto na incisão + lavagem exaustiva > 20 litros de solução + antiseptico
- 4) Imobilização com TALA temporária, pois não dispomos de fixador externo na UNIDADE
- 5) RPA

Dr. Ricardo de Souza
Medicina Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 695

24 ABR. 2019



AUTENTICAÇÃO

24 FEB 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Phenobarbital 50 mg (10)

[illegible]

26 APR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Vilfredo Fortes de Souza				02/11/18		
CIRURGIA						
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO		
Intervenção cirúrgica de fístula de 13 46		13 46	14 59			
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:				
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:				
		INSTRUMENTADOR				
		CIRCULANTE				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:				
Q	NT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1		PCT'S COMPRESSAS 7/63 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1		PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1		LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1		LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N°	
1		LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2	
10		LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1		LÂMINA BISTURI N°		1	FIO CATGUT SIMPLES N°	
1		DRENO DE SUÇÃO N°		1	FIO CATGUT CROMADO N°	
1		DRENO DE TORAX N°		1	FIO PROLENE N°	
1		DRENO DE PENROSE N°		1	FIO SEDA N°	
1		SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1		SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	
1		SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N°	
1		SERINGA 10ML		1	GEFOAM	
1		SERINGA 20ML		1	BITA CARDIACA	
1		agulha 18		1	OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
			TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

24 ABR. 2019

24 ABR. 2019

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRPA

NOME: *Roberto Nogueira do Rio*

SRPA

DADOS PRE-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

SRPA

Idade: *35*

Localização: *13-35 (1400)*

Localização: *Região do 1º andar*

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Diagnóstico: *12432*

Cirurgia Realizada: *Anestesia*

Posicionamento

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Cirurgia Proposta: *12432*

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Informações:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

1. Informações:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

2. Estado Emocional/Mental

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

3. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

4. Sinais Vitais:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

5. Outros:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

6. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

7. Sinais Vitais:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

8. Outros:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

9. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

10. Sinais Vitais:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

11. Outros:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

12. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

13. Sinais Vitais:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

14. Outros:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

15. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

16. Sinais Vitais:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

17. Outros:

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

18. Exames na SO: () Hb () Hb () Hemograma () Rolo X

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Posicionamento

Localização

Localização

Qh	T	P	PA	SPQ2
15'	1	95	85	95
30'	1	95	85	95
45'	1	95	85	95
2h	1	95	85	95
3h	1	95	85	95
4h	1	95	85	95
5h	1	95	85	95

Posicionamento

Localização

<

RECIBO #4.000.000

Recebi de Francini Lima Barros

Por valor de Quatro mil Reais — x —

A importância de Procedimento Curioso Valdemir Santana dos
Reis

Data do pagamento BV 29 11 de 2018

Entregado a Dalson Feitosa CPF/RG Dalson Feitosa
Assinatura 514.490.642-72 Dalson Feitosa
CRA/RG 1178



24 ABR. 2019

EM BRANCO
CARTÓRIO LOUREIRO

Monjony C. C. Estrela Brighio
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Solomao de Oliveira - CRM: 814/RH

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: VALDINETE SANTANA DOS REIS

LAUDO MÉDICO RG: 213077 SSP/RR
CPF: 805.915.662-49

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE A PACIENTE SUPRA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) NO DIA 02/11/18 TENDO DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO 1/3 MEDIAL DE TÍBIA E FÍBULA DE PERNA ESQUERDA, SENDO SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO P/ COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS E INTERNAÇÃO HOSPITALAR (15 DIAS) P/ TRATAMENTO CLÍNICO C/ ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIINFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS. REALIZOU 45 SESSÕES

09/04/19

Dr. Lael Silva
Médico
CRM/RR 2015

Rua José Coelho, N° 72, Centro
69.301-300 - Boa Vista, Roraima

24 ABR. 2019

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lotty.iris@gmail.com

→
CONTINUANDO...

DE FISIOTERAPIAS. EVOLUIU C/ PERDA
DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARCIAL
DE TORNOZELO POR BLOQUEIO ARTICULAR,
DOR RESIDUAL E EDEMA DE REPETIÇÃO
AOS ESFORÇOS. DOR E INSTABILIDADE
NO APOIO EM MIE NECESSITANDO DE
USO DE MULETA P/ DEAMBULAÇÃO.
ATENCIOSAMENTE.

09/04/19

Dr. Lael Silva
Médico
CRM/RN 2015

24 ABR. 2019

<http://acs.proevodpvat.com.br/cadastre>

vo DPVAT | Carta de pendência



Processo
3190/290312

Natureza
INVALIDEZ

Data
06/05/2019

Vítima
VALDINETE SANTANA DOS REIS

COMUNICADO IMPORTANTE

Descrição
inconsistência de campos chave

Pendência(s)

1. OUTROS

FABIANA DE MATTOS SANTOS CLARO (Seguradora Lider) cancelou o sinistro. Sinistro cancelado tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária inadimplente, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15.

Nome do responsável

ACS - Dep. Cadastro