



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: KELTON SOARES DA SILVA, menor impúbere, neste ato representado por sua genitora, **EMILCE SOARES TEIXEIRA**, brasileira, solteira, do lar, portadora da cédula de identidade nº 194137, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 722.011.692-68, residente e domiciliado na Avenida Boa Vista, nº 731, Quadra 765, Lote 614, Bairro Dr. Airton Rocha, nesta Capital, CEP 69.318-714, e-mail: emilcee_silva@gmail.com.

OUTORGADO: MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. **205-B**, e **MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, receber alvarás, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15). Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 20 de agosto de 2019.

x *Emilce Soares Teixeira*

EMILCE SOARES TEIXEIRA (outorgante)

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

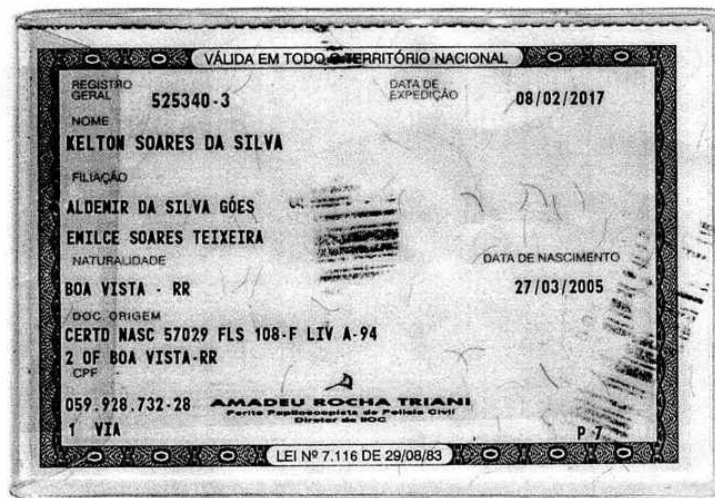
Eu, **EMILCE SOARES TEIXEIRA**, brasileira, solteira, do lar, portadora da cédula de identidade nº 194137, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 722.011.692-68, residente e domiciliado na Avenida Boa Vista, nº 731, Quadra 765, Lote 614, Bairro Dr. Airton Rocha, nesta Capital, CEP 69.318-714, e-mail: emilcee_silva@gmail.com, nesta Capital, 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 art. 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/RR, 20 de agosto de 2019.

Emilce Soares Teixeira

EMILCE SOARES TEIXEIRA





31 JUL. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 194137

DATA DE EMISSÃO 31/07/2018

DATA DE NASCIMENTO 01/03/1981

PL

NO ME

EMILCE SOARES TEIXEIRA

FILIAÇÃO NILSON TEIXEIRA ALBUQUERQUE MARIA SELMA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGINAL CERTD NASC S/Nº FLS S/Nº LIV A-113

BOA VISTA-RR

722.011.692-68

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Registrador do 2º Juízo Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Assinatura de titular

Emilce Soares Teixeira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

31 JUL. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contatá com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0131433-5

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 369/13

Nº da Nota Fiscal 000533160

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	01/05/2018	132	93,28

EMILCE SOARES TEIXEIRA
AV BOA VISTA 731 Q 765 LT 614 DR. AIRTON ROCHA
CPF: 00072201169268
CEP: 69.318-714 - BOA VISTA
ROT: 15.001.23.15.085000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4656	Atual:	06/04/2018
Anterior:	4524	Anterior:	07/03/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/05/2018
Consumo Medido:	132	Emissão:	05/04/2018
Consumo Faturado:	132	Apresentação:	06/04/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Polifase: 1 Dias de Contagem: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB03965 K	1404684	1.1.1.2	84

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	132 A R\$ 0,558811 = 73,76
MAR/18	125	CORRECAO MONETARIA DA 01/18-00	0,05
FEV/18	101	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00	0,58
JAN/18	117	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00	0,93
DEZ/17	96	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00	0,18
NOV/17	150	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00	1,32
OUT/17	130	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00	0,77
SET/17	45	ILUMINACAO PUBLICA	15,69
AGO/17	79		
JUL/17	61		
JUN/17	26		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 132 - 0,456770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
03/2018 90,52

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/04/2018, em função das contas realizadas nesta fatura, o não pagamento e/ou erro no lançamento bem como inclusão do nome do consumidor na SEFAZ. Informamos ainda existirem contas vencidas e já realizadas no valor de R\$ 76,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.9718.0BD1.8B18.CCD9.220C.9481.326F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	22,63	Base de Cálculo:	73,76
Energia:	36,18	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	12,53
Encargos:	1,50	Valor do PIS:	0,16
Tributos:	13,45	Valor do COFINS:	0,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	OC	CC	CC	CC	CC	CC	CC
OC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CC	0,00			0,00			0,00

02/2018 0,00

ROT: 15.001.23.15.085000

Eletrobras
Distribuição Roraima

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

Nº da Nota Fiscal 000533160

FCAM

0131433-5

04/2018

01/05/2018

000533160

FCAM

836200000000 5 93280075000 6 000000000131 3 43350418008 7

SEQ.: 00091 UC: 0131433-5 DT.LEIT.: 06/04/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 4656 NORMAL TOTAL: 93,28 CARGA: C16
DT.VENC.: 01/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1281

31 JUL. 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Emilce Soares Teixeira, portador do RG nº 194137
Orgão expedidor _____ e do CPF 772011.692-68 residente no
endereço Av. Boa Vista nº 731
Bairro Dr. Ayrton Rocha declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

_____, ____/____/____
(local, data)

Emilce Soares Teixeira

(Assinatura do declarante)



99177-1832





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019308/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/05/2018 12:50 Data/Hora Fim: 08/05/2018 13:05
Origem: Polícia Judiciária Data: 08/05/2018
Delegado de Polícia: Wulpslender Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/04/2018 13:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: RUA PADRE ANCRIETA ESQUINA COM A RUA ANTARES

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: EMILCE SOARES TEIXEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Nasc: 01/03/1981

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Maria Selma Soares da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 722.011.692-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. BOA VISTA

Nº: 731

Bairro: DR. AIRTON ROCHA

Telefone: (95) 99110-0696 (Celular)

Nome: KELTON SOARES DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 27/03/2005

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 059.928.732-28

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: ALDEMIR DA SILVA GOES (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira



Delegado de Polícia Civil: Wulpslender Trajano Junior
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 08/05/2018 13:06
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

31 JUL. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019308/2018

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAW4868	Número do Chassi 9C2JC41209R038855
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor AZUL
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Aldemir da Silva Goes

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante **EMILCE SOARES TEIXEIRA**, relata que na data, hora e endereço acima descrito, o Sr. ALDEMIR DA SILVA GOES, conduzia a motocicleta supracitada, tendo o seu filho KELTON SOARES DA SILVA, como garupa, trafegava sentido Bairro/Centro, quando ao chegar na esquina da Rua Antares foi colidido por outro motociclista; QUE o suposto infrator se evadiu do local; QUE KELTON foi levado ao Hospital Cosme e Silva por terceiros; QUE devido o acidente KELTON teve LESÃO CORPORAL; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do **SEGURO DPVAT**. É o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida

Agente de Polícia Civil

Mat. 042060213

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Emilce Soares Teixeira

Emilce Soares Teixeira
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Wulpslander Trajano Junior
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 08/05/2018 13:06
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

31 JUL. 2018

28/08/2019

Proexo DPVAT | Carta de pendência



Processo
3180/376148

Natureza
INVALIDEZ

Data
29/09/2018

Vítima
KELTON SOARES DA SILVA

COMUNICADO IMPORTANTE

Pendência(s)

1. DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

· Declaração do Proprietário do Veículo (Faltando página) - . Observações: - não recebemos a declaração do proprietário do veículo, que deve ser enviada com reconhecimento de assinatura por verdadeira.

Nome do responsável

Dep. Alimentação Sistêmica 2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Pelton Soares de Azevedo, 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24 / 04 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão do fragmento do platô tibial (S)

NO DIA 1 / 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Reconstrução SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27 / 04 / 18, AS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 16 / 05 / 18, AS 15:00h, COM O
DR. Jenete

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA

27 / 04 / 18

Dr. Marcos Aquino
Médico Roraima
CRM-RR-1995

31 JUL. 2018

24/04/2018

AZUL

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

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



Visto por:

St. Louis, Mo.
HAG 4/10

1800940868		24/04/2018 08:59:56		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		62	
Paciente KELTON SOARES DA SILVA				Data Nascimento 27/03/2005		Idade 13 A 0 M 28 D		CNS 898005101951716		CPF 99110-0696	
Tipo Doc IGNORADO		Documento		Orgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Mãe EMILCE SOARES TEIXEIRA				Pai				Contato (95) 99110-0696			
Endereço RUA - JOAO ARTUR DE LIMA - 677 - ALVORADA - BOA VISTA - RR								Ocupação			
Class. de Risco AZUL		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. 36.50		Poso 100 x 60	
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: FRANCIDALVA.MEIREL			
Queixa Principal DOR NA PERNA D				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem PA: HAS, DM e ALERGIA						GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA : h) paciente vítima de acidente de trânsito (no carro) evo quando com trauma contuso em perna direita											
Exame Físico norm											
Hipótese Diagnóstica avulsão fratura do péto direito											
SADT - Exames Complementares ☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
DOCUMENTO ORIGINAL						HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 14 JUL 2018 Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital					
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revolia ☐ 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 Dr. Marcelo Marques CRM 1018/RR					
Impresso por: marcia.cristianne Data Hora: 24/04/2018 09:08:43						 1800940868					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



31 JUL. 2018

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE KELTON SOARES DA SILVA					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 9 0 0 9 1 0 1 9 5 1 7 1 6				27/03/2006	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Emilia Soares Teixeira				M	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. São Antão da Lima 677 Alvorada				919 919 1119 9619	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
BV				RR	
15 - UF				16 - CEP	
RJ					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de trânsito (motos motos) envolvendo um TAMBOR COM RISO EM SOBRE O BOMBEIRO.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
TUMORAMENTO CERVICAL					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
TUMOR FÍSICO + TOMOGRAFIA DE TÓRAX.					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
AVULSÃO DE TUMORAMENTO DO PLATO TÍRÓIDEA					
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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

HOSPITAL GERAL DE NITERÓI
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planície Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
14 JUL 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

DOCUMENTO ORIGINAL

31 JUL 2018

5013 V299



KELTON SOARES DA SILVA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO
13 ano(s)
Data Exame: 13/04/2018 20:27:30
Tec: TEC RADIOLJOELHO AP 61,7 %



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"A Vontade Faz Acontecer"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Kilton Soares da Silva Idade: 13 anos
Data da Liberação: 5/4/18 Hora da Liberação: 09:00 Sexo: M
Requisição: 201 200632
Setor: BLA Leito: 103-2 Solicitante: Dr. Marcos

TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE
ANTICORPOS ANTI-HIV

1º ENSAIO

MÉTODO: Imunocromatografia KIT USADO: ☐ Alere Biceasy ☐ Abon Bioeasy ☒ Bioclin ☐ Bio-manguinhos
NATUREZA DA AMOSTRA: ☒ Soro ☐ Sangue Total ☐ Plasma NÚMERO DA AMOTRA: ☒ 1º ☐ 2º ☐ 3º
RESULTADO DO 1º ENSAIO: NÃO REAGENTE

DESCRIÇÃO:

1º Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV aprovado pela portaria nº 29 do ministério da saúde de 2013.

2º O diagnóstico negativo na primeira amostra de HIV do 1º ensaio não descarta a possibilidade de infecção, devendo ser repetido após 30 dias para descartar falso negativo decorrente de janela imunológica.

CONCLUSÃO LABORATORIAL

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV.

Observação: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV uma nova amostra deverá ser colhida 30 dias após a data de coleta dessa amostra.

Reinaldo Eduardo Costa Jr.
Responsável Técnico

Responsável pela liberação

Reinaldo Eduardo Costa Jr.
Responsável Técnico
CRF -122

31 JUL. 2018

103-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	27/03/2005
PACIENTE	KELTON SOARES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	AVULSÃO DE FRAGMENTO DO PLATO TIBIAL D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	não	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO	103-2	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5WS
2	ACESSO VENOSO SALINIZADO				manhã
4	TRAMAL 100MG + 100ml SF0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
5	TILATIL 40MG EV 1X/DIA S/N				
6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CEFTRIAXONA 1G 12/12HR EV				
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR LANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,					
# SOLICITADO: # CONDUITA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR		
6 H	110/75	84		Dr. Marcos Aguiar	
12 H	105/64	86		CRM/RR 1995	
18 H	110/70	83		Residente de Ortopedia e Traumatologia	
24 H	110/66	85			

26/04/18 as 20:00 - SUSPENSÃO CIRURGIA

Rele não representa fratura avulsão da TAT,
 Tem fragmento de possível avulsão do
 LCP:

At Ex: ADM ativa sem limitação
 Elevação em extensão normal

Gh Ex. ao Amb HAM

1259

103-2 *com.*

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KELTON SOARES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	AVULSION, LIGAMENTO, PLACATILAR DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	13 anos	LEITO		DATA	24/4/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18usp / Suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18usp / Suspensão
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Potência
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Dr. Marcelo Marques				
16	Medico Residente				
17	Ortopedia e Traumatologia				
18	CRM 1918/RR				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				SN
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

17:05 h
PA: 130x76
FC: 99
T: 35,4°C



DOCUMENTO
ORIGINAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Btg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Mundo Tel: (95) 31-21-0620
AUTENTICAÇÃO
11 JUL 2018
Certifico que o documento presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Interna
PA: 100x60
FC: 88
T: 36,5°C
Glicose: 110 mg/dL
Maria Helena de Lima S. Chaves
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 973.397

SINAIS VITAIS	PA	P	Sax
6 H	100/60	71	36°C
12 H			
18 H			
24 H			

Naute Oliveira Luz
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 795.086

Graciela Estell Carneiro
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 860.005

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

31 JUL 2018

Coleta de Exames-HGR
ATA 25/05/18
ORA 05
Coleta

103-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	27/03/2005
PACIENTE	KELTON SOARES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	AVULSÃO DE FRAGMENTO DO PLATO TIBIAL D				
ALERGIAS	NEGA	IAS	não	DM2	NEGA
IDADE	13	SEITO	103-2	DATA	25/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				TIPO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO SALINIZADO				manter
4	TRAMAL 100MG + 100ml S.O. 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
5	TILATIL 40MG EV 1X/DIA S/N				SN
6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				SN
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OJ PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				SN
13	CEFTRIAXONA 1G 12/12h EV				SN
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI. OU GLICOSE < 70 D/LM, GLICOSE > 50% 40 ML EV + AVISAR LANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AITABIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,					
# SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR		
6 H	97x56	80		35.2°C	
12 H	110x90	98		37°C	
18 H	111/63	86		36.6°C	
24 H	96x48	66		35.4°C	

Dr. Marcos Aguiar
CRM/RR 1995
Residente de Ortopedia e Traumatologia

24 e 06 hrs não foi adm. med. dipirona 2 ml EV, porque a mãe do paciente informa qd ele tem alergia a medicação. 06 hrs adm. med. ceftriaxona 1g EV. paciente alérgico a bbbv restáveis no período.

Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.340 TE

DOCUMENTO
ORIGINAL

31 JUL. 2018

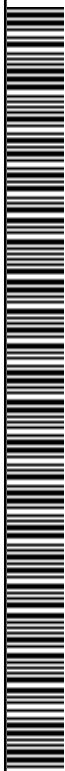
103-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		D.H		DN	27/03/2005
PACIENTE	KELTON SOARES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	AVULSÃO DE FRAGMENTO DO PLATO TIBIAL D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	não	DM2	NEGA
IDADE	13	LEITO	103-2	DATA	27/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO SALINIZADO				
4	TRAMAL 100MG + 100ml S/O.9% IV DE 8/8h SE DOR INTENSA				
5	TILATIL 40MG EV 1X/DIA S/N				
6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				12 18 20 06
7	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM HG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CEFTRIAXONA 1G 12/12HR EV				18 06
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 DI /ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR LANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,					
# SOLICITADO: # CONDUITA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
Dr. Marcos Aguiar CRM/RR 1995 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

DOCUMENTO ORIGINAL



31 JUL. 2018



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

Dr. Marcos
Médico de
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 100.000
Residente
em Traumatologia