

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Wilson Moreira Soares

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Pedreiro

RG nº: 344091-5 CPF nº: 843.850.822-20

E-MAIL: _____ TELEFONE: 99162-0723

ENDEREÇO: Rua Outeiro, Bairro Oudom - 61

OUTORGADOS: IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, e as cláusulas "ad judícia", exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA - RR, 12 de julho de 2019.

Wilson Moreira Soares

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Wilson Moreira Soares

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

344091-5

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/04/2016

NOME

WELSON MOREIRA SOARES

FILIAÇÃO

VALTER MOREIRA SOARES

IRENI SANTOS DE JESUS

NATURALIDADE

ALTAMIRA - PA

DOC ORIGEM

CERTD NASC 8152 FLS 171 LIV A-08

PACAJÁ-PA

CPF

873.850.822-20

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Faltascopista de Polícia Civil
Diretor do IOC

DATA DE NASCIMENTO

03/09/1985

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

18 MAR. 2019

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0107722-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal

002219186

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

JANEIRO/2019

06/02/2019

37

37,50

MARIA DIVINA CONCEICAO DA SILVA
R. ORIENTE 61 EQUATORIAL
CONJUNTO CRUVIANA II
CEP: 69.317-350 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.06.065800

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 10964	23/01/2019
Anterior: 1.000	21/12/2018
Constante de Multiplicação: 37	20/02/2019
Consumo Medido: 37	22/01/2019
Consumo em kWh: NORMAL	23/01/2019
	Emissão: 33
	Aprovação: 33

RESID. BY RENDA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
MONO	1411
	Código Pat. Média 12 meses

CONSUMO	DEBTA R\$	DEBTA R\$
DEZ/18 64	0,373234	8,19
NOV/18 93	7 A R\$ 0,468396	3,27
OUT/18 18		
SET/18 119	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 18,02	
AGO/18 123	ILUMINACAO PUBLICA	26,13
JUL/18 136		
JUN/18 156		
MAI/18 39		
ABR/18 117		
MAR/18 75		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,217500		
31 A 37 - 0,372950		

Mes/Ano	Valor R\$	UNIDADE CONSUMIDORA
12/2018	52,42	1411

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/02/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão do nome do consumidor na SCERSA. Informamos ainda existir(em conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 500,10 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA, CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELO RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

CFE3.C51D.FB61.E3B4.E96A.B60A.475B.0C95

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 6,00	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 1,94
Transmissão: 0,31	Valor do ICMS: 0,06
Encargos: 2,31	Valor do PIS: 0,31
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,45 16,91 33,82 8,46 16,92 33,84 4,65
2,21 10,00 0,41

DISTRITO

11/2018

13,9

ROT: 7.001.28.06.065800

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Eletrobras
Distribuição Roraima

0107722-8

37,50

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2019

06/02/2019

Nº da Nota Fiscal:

002219186

FCAM

836800000000 9 37590075000 7 00000000107 3 72280119008 2



SEQ.: 00247 UC: 0107722-8 DT.LEIT.: 23/01/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 10964 NORMAL TOTAL: 37,59 CARGA: 023
DT.VENC.: 06/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1131

18 MAR. 2019

SEQ.: 00136 UC: 0103973-3 DT.LEIT.: 19/07/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 24008 NORMAL TOTAL: 128,74 CARGA: 009
DT.VENC.: 06/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0093495-0

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

Nº da Nota Fiscal 001118312

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	11/08/2018	444	265,00

IRENE SANTOS DE JESUS
R. NORTE 3840 ECUATORIAL
CPF: 00073593036215
CEP: 69.317-384 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.129690

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	16077			Atual:	19/07/2018
Anterior:	15633			Anterior:	19/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	21/08/2018
Consumo Medido:	444			Emissão:	18/07/2018
Consumo Faturado:	444		FCAM	Apresentação:	19/07/2018
Fator de Potência: NORMAL		Fator de Potência		Dias do Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	TRI	14TDT00027N	1417164	1.4.1.3	558

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/18	533	CONSUMO	30 A R\$ 0,196018 = 5,88
MAI/18	538		70 A R\$ 0,336033 = 23,52
ABR/18	597		120 A R\$ 0,504055 = 60,48
MAR/18	553		224 A R\$ 0,560059 = 125,45
FEV/18	572	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	36,89
JAN/18	554	CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL. PUBL	0,11
DEZ/17	630	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X)	7,17
NOV/17	620	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC	2,24
OUT/17	576	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL	0,46
SET/17	551	MULTA POR ATRASO (2X)	12,88
TARIFA SEM TRIBUTOS:		JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	8,18
0 A 30	0,196018	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	18,63
31 A 100	0,270190		
101 A 220	0,405290		
221 A 444	0,560059		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/08/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	296,44	

REVISÃO CADASTRAL 2018 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO ÚNICO
ATE 14/12/2018 PARA NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL.
INFORMAÇÕES PELO TEL. 0800 707 2003
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9463.67B2.E337.EA27.0370.72F5.DFD8.1260

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	64,94	Base de Cálculo:	215,33
Energia:	103,89	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	36,60
Encargos:	4,32	Valor do PIS:	0,98
Tributos:	42,18	Valor do COFINS:	4,60

INDICADORES DE CONTINUIDADE									4,60
	DIO			FIU			DIOFI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual	
Limite	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65		
Realizada	0,00			0,00			0,00		

Cal. Unit: DISTRITO 05/2018 E. Unit: 103,41

ROT: 8.001.16.11.129690

Eletrobras
Distribuição Roraima

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

SEU CÓDIGO

0093495-0

TOTAL A PAGAR - R\$

265,00

MÊS FATURADO

07/2018

VENCIMENTO

11/08/2018

Nº da Nota Fiscal: 001118312 FCAM

836300000002 0 65000075000 2 000000000093 5 49500718008 8



você também está obrigado a usá-los, para prevenir ac-
 dentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o
 cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,
 para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser
 pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médi-
 co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"
 concorram para o agravamento de sua lesão.

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

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

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

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
 seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde
 você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a aci-
 dentes pela desatenção.

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

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não
 fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-
 nas nos devidos lugares.

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

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-
 vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-
 lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 33093 Série 00042-PA

ASSINATURA DO PORTADOR
 Valdemar Moreira Soares

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Valdemar Moreira Soares

Loc. Nasc. Altamira PA Data 03/09/85

Filiação Valdemar Soares de Jesus

Doc. Nº CN. Raciola PA nº 8152 43.11.20.11-8

ESTRANGEIROS

Exp. 11/06/93

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 27/04/02

DRT PA

Assinatura do Funcionário

Carimbo Circular

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **04.801.147/0001-31**
 CNPJ/MF **PARALELLA ENGENHARIA LTDA**
 Rua **Rua Sorocaima, 123 N° São Vicente**
 Município **CEP 69303-400**
 Esp. do estabelecimento **Boa Vista - RR**
 Cargo **CBO n° 715215**
 Data admissão **01 de julho de 2015**
 Registro n° **3033** Fls./Ficha **215215**
 Remuneração especificada **215215 (444)**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Raimunda 95**
 1º **30** de **junho** de **15**
 Data saída **30** de **junho** de **15**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **30**
 1º **30** de **junho** de **15**
 Com. Dispensa CD N° **30**

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão de de
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD N°



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001012/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2019 12:17 Data/Hora Fim: 01/03/2019 12:18
Origem: Pessoa Física - Particular
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 04/06/2018 11:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez

Bairro: Santa Luzia

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WELSON MOREIRA SOARES (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Altamira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/09/1985
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Iremi Santos de Jesus			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 873.850.822-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Oriente
Bairro: Cruviana
Telefone: (95) 99162-0723 (Celular)

Nº: 61

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 873.850.822-20	Placa NAP5283
Renavam 00459306561	Número do Motor KC16E7C527650
Número do Chassi 9C2KC1670CR527650	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 15/12/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Welson Moreira Soares	Proprietário

18 MAR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001012/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafega pela Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez, sentido bairro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando ao ultrapassar um carro, o mesmo convergiu repentinamente sem sinalizar, fazendo com que o comunicante colidisse na lateral. Que caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

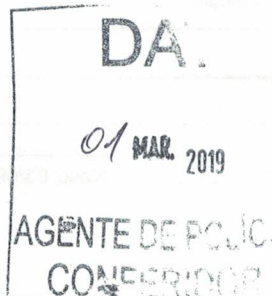
ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

MAT. 042000925

Welson Moreira Soares
(Vítima / 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 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DA.

01 MAR. 2019

AGENTE DE POLICIA
CONFERIDO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001012/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2019 11:50 Data/Hora Fim: 15/01/2019 11:59

Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/08/2018 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Luzia

Logradouro: Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WELSON MOREIRA SOARES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Altamira

Sexo: Masculino

Nasc: 03/09/1985

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Iremi Santos de Jesus

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 873.850.822-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Oriente

Nº: 61

Bairro: Cruviana

Telefone: (95) 99162-0723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 873.850.822-20

Placa NAP5283

Renavam 00459306561

Número do Motor KC16E7C527650

Número do Chassi 9C2KC1670CR527650

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 15/12/2014

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Welson Moreira Soares	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

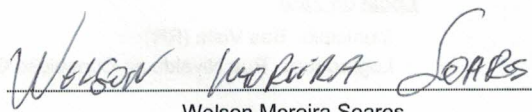
Nº: 001012/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafega pela Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez, sentido bairro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando ao ultrapassar um carro, o mesmo convergiu repentinamente sem sinalizar, fazendo com que o comunicante colidisse na lateral. Que caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Welson Moreira Soares
(Vítima / Comunicante)

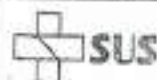
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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



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

1809990838		04/08/2018 11:58:50		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19			
Paciente WELSON MOREIRA SOARES				Data Nascimento 03/09/1985		Idade 32 A 11 M 1 D		CNS 707603240792895		CPF 87385082220	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 344081-5		Órgão Emissor 31/08/2011		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO/APARDA		Raça/Cor ALTAMIRA - PA	
Nome WELSON SANTOS DE JESUS				Pai WALTER MOREIRA SOARES				Correlato (95) 99162-0723		Ocupação	
Endereço RUA - ORIENTE - 761 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR											
Classe de Acesso		Plano Convênio SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis. Prontuário	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Tempo		Poso	
Sinal GRANDE TRAUMA		Tipo de Chogada TRANSPORTADO POR TER		Procedimento Sol.		Registrado por DAL					
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem										GSC AO: 1234 RV: 12345 NRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Escurecimento MSD											
Exame Físico Fratura exposta mão D?											
Hipótese Diagnóstica											
Exames Complementares ☒ RX ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☒ OUTROS											
PRESCRIÇÃO 1) Talatol 400mg 2) 2mg 15a 3) AT+IM 4) Cefalotina 2g a											
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Nova Planície, Tel. (95) 99162-0723 AUTENTICAÇÃO 04/08/2018 APROZAMENTO Cópia e Col. Te. C. e L. Autentica cópia e Col. Te. C. e L. Autentica que foi apresentado neste Hospital											
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revolução ☒ Transferência para: ORTO PEDI											
Óbito Faleceu do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI, Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico Kelly Duarte Médica CRM/R 1708											
Impresso por: dal Data e Hora: 04/03/2018 12:00:09											

18 MAR. 2019



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

BLOCO D

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alta 09/08/2015

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H. G. R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Welson Moreira Soares

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

91076032407192695

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/85

6 - N° DO PRONTUÁRIO

16739

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Sumi Santos de Jesus

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Rua Uruti 561, Tucumã

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

RR

15 - UF

RR

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com hemorria nos
por fenda de neta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hemorria

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

Hemorria - Exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão hemorria externa 2° grau (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Rogério

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/08/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/08/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019

T012

5663 V299

18 MAR. 2019

Alta 8.8



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		04/08/18	DIH	DN	03/09/18
PACIENTE: <u>Welson Marcena Soares</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>Lesão tendão extensor 4º MTC (R)</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	401-5	DATA	04/08/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				S/N
4	TILATIL 20mg 12/12hs				S/N
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H				Notific
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica



Dr. Odinechi Okereke
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10515/R

SINAIS VITAIS				
6 H	125/75	77	20	36°C
12 H				
18 H				
24 H	125/65	76	20	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

16:00 PA: 128x71 mmHg
FC: 48 bpm
FR: 22
TX: 36.2°C

18 MAR. 2019



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



DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985

PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNOSTIC LESAO TENDAO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE 32 HAS DM2
LEITO 401-5 DATA 05/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S/N

2 AVP S/N

4 CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS S/N

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 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)

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.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	125x70	50	19	36,2°C
18 H				
24 H	130x70	57	20	36,1°C

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985

PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNÓSTICO LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE 32 HAS DM2
LEITO 401-5 DATA 06/08/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS

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 + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)

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.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1001/MR

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	80	18	35.9
18 H	115/80	50	18	36.0
24 H	130/80	60	-	-

Dr. Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

06/08/2018 130/80 58 1 - Dr. T. T. T. T.

Colado no Livro de Evolução
02/09/18
02/09/18
02/09/18

18 MAR. 2019



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



DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985

PACIENTE **WELSON MOREIRA SOARES**

AGNÓSTICO **LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO**

ALERGIAS HAS DM2
 IDADE 32 LEITO 401-5 DATA 07/08/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	
7	TENOICAM 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	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)	
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.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	98	19	36,5
18 H	120/66	81	16	35,8
24 H	110/66	79	-	-

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

06 120/72 52 - -

18 MAR 2018

PRÉ OPERATÓRIO DE:

NOME

Adilson Marques Junior

340

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

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

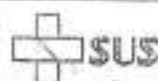
299

300

301

302

303



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

110

11 - TELEFONE DE CONTATO

1° ou 2° TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Varicela múltipla
último mês @*

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínico + US

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Clínico + US

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

Varicela múltipla

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO EMPLEADO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Rogério L. de F. Lima
Médico
Trauma e Traumatologia
CRM-RR 1778

18 MAR. 2019

8-8

8/8/18

Uliana Morais

Sociedade

HGR/CC

Reaj: Lúcia Tardes, extenuar

40 mm
4° Q.D.

Tratamento: Tumorografia múltipla

Acidant: 0

Crax P.O.: 0 número

Dalson Feltosa
Médico
CRM 1178

1º Prescrição: M. Roberto Dias

2º — — — — — M. Delian

Dr. Rogério L. de P. Dias
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 120

Amatante: M. André; B.P.B. + Kurat

1.700

1.500 mm D.D. em 100 mm

2. 100 mm em 100 mm

3. 100 mm em "2" 100 mm

em pulso ①, recalcitrância de

estudo de tendões "Rogério L. de P. Dias"

em 40 Q.D., tumorografia múltipla

4. 0 mm, sutura por ligamento

1000, fusão de 1 vertebra, com

Torç. 1000, R.P.A.





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
"Assessoria Técnica dos Serviços"

FICHA DE ANESTESIA

Welson Maximiano

8/8/2018

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100																			
	DA	240																		
X	220																			
USO	200																			
AMER	180																			
3	160																			
OP	140																			
O	120																			
TEMP	100																			
ASPIR	80																			
A	60																			
RESP	40																			
O	20																			
Expos																				
Assist																				
Contes																				

SÍMBOLOS

ADRES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 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.			
GLICOSE	LÍQUIDOS	CÂNULA - MASC / C/O FOLGEM	
NOVO		MASC / DENTOPAST - CING	
SANGUE		SOL - TAMP - COLANDO TUBO	
		SOL MASC	
		DIFÍCIL TUBO	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

18 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

32ª

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Wilson Moreira Soares	401-5	5/N	8 18 1

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Trocáreo de tendão extensor 40	INICIO FIM TEMPO TOTAL
MTC nos Direta	20:40 21:00

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Dalsen	Dr. Eudes
1ª AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Rogério	INSTRUMENTADOR
2ª AUXILIAR	CIRCULANTE
	Orézio
	Crustiane / Raimundo

TIPO DE ANESTESIA: BBP + Agu

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 4-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	4 LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 100% m/g			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT CROMADO Nº 4-0	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO SEDA Nº 4-0	
	DRENO DE PENROSE Nº			SURGICEL	
	SERINGA 01ML			CERA PLOSSO cateter de 02	
	SERINGA 03ML			KIT CATAPATA Nº	
	SERINGA 05 ML			GEOFOAM, guelha 25 x 7	
	SERINGA 10ML			100% LTA CARDIACA	
	SERINGA 20ML			100% OUTROS: 100% 70/	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	Aline E
	Agueline
FUNCIÓARIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VAL
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

18 MAR. 2019

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

Data: 08.11.18

Idade: 22

Chegada: 10h30

Intubação: 10h30

Curatela: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Entrada na Sala: 10h30

Início de Cirurgia: 10h30

Início Anestesia: 10h30

Término Cirurgia: 10h30

Saída S.O.: 10h30

Cirurgia Realizada: 10h30

Anestesia: 10h30

Posicionamento: 10h30

Hidratação: 10h30

Antibiótico: 10h30

Terapia: 10h30

CH: 10h30

Plasma: 10h30

Plaquetas: 10h30

Anfionômico: 10h30

Nº de compressas: 10h30

Sinal Vital: 10h30

T: 10h30

SAT: 10h30

FC: 10h30

PA: 10h30

Exames na S.O.: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Cirurgia Realizada: 10h30

Anestesia: 10h30

SRPA: 10h30

Localização: 10h30

1. Sonda: 10h30

2. Curativo: 10h30

3. Dreno: 10h30

4. Acesso Venoso: 10h30

5. Outros: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

Exames: 10h30

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Welson Wagner Soares
Responsável Cirurgião Dr. Rogério

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- () Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- () Sim () Não () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() CXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- () Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- () Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Eudete

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica () Sim, Qual: _____ Hora: ____:____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- () Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- () Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- () Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO, PARA SER RESOLVIDO

- () Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

- () Sim () Não () Não se Aplica

Altere J. S. Oliveira
Enfermeira
CRM-RR 526.537 BR

Assinatura e Carimbo _____



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



DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985

PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNÓSTICO LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE 32 HAS DM2 LEITO 401-5 DATA 08/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	
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 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
14	SSVV + CCGG 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)	
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.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	110x63	56	18
18 H	128/65	46	
24 H			

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

11hs Dr. ortopedista. Lucio Oliveira
Lucio SSVV. Dr. ortopedista
Suzana Maria M. do Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 081.713-TE

18 MAR. 2019



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



DATA DE ADMISSÃO 04/08/2018 DIH DN 03/09/1985

PACIENTE WELSON MOREIRA SOARES

AGNÓSTICO LESÃO TENDÃO EXTENSOR 4º MTC MAO DIREITO

ALERGIAS

IDADE 32 HAS DM2
 LEITO 401-5 DATA 09/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS

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 + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (1º DIA 05/08/18)

17

18

19

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120 x 70	-	-	sem alteração
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

18 MAR. 2019

401-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

CIENTE Welson Macieira Soares, 32 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 04/08/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão tendão extensor 4º MTC mto (17)

NO DIA 08/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
tenossotomia do tendão do 4º MTC mto (17) SENDO

OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Rogério

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 09/08/18 ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

PARA O ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
DR. IRONEL MOTA NO DIA 20/08/18 ÀS 14,00h, COM O

Dr. Dalson

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

CIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Aruda

Carlos L.S.

Dr. Irineu Okenia
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 105310

18 MAR. 2019

D



83.1 %

4/8/2018 12:22:48

83.3 %

4/8/2018 12:22:48

WELSON MOREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SUBSTABELECIMENTO

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

Assinatura digital

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS

OAB/RR 1639