

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

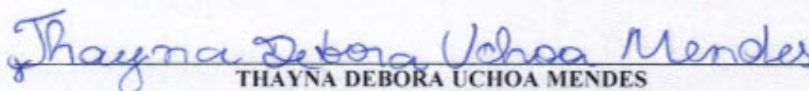
PROCURAÇÃO

Outorgante: THAYNA DEBORA UCHOA MENDES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 241312 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 018.851.492-98 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Caimbe, nº 710, Bairro: Paraviana , CEP: 69.307-130. Tel: (95) 99161-1102 E-mail:kaynauchoa60@gmail.com.

Outorgado: : Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. ANDRESSA SANTOS MIRABILE**, Brasileira, Solteira, Advogada, OAB/RR 1560, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A – Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) - 99129-6312 (vivo) 98108-7779 (Tim), onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judícia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 02 / 10 / 19.


THAYNA DEBORA UCHOA MENDES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA

Polegar Direito

Thayna Debora Uchoa Mendes

ASSISTÊNCIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

241312

05/12/2017

THAYNA DEBORA UCHOA MENDES

NILTON JOSÉ MENDES
ADALICIA BARROSO UCHOA

BOA VISTA - RR

26/05/1996

CERTD NASC 88490 FLS 175V LIV A131
BOA VISTA-RR

018.851.492-98
3ª VJA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

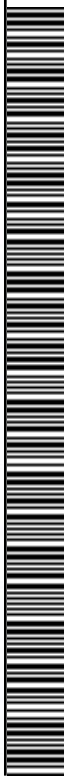
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

THAYNA DEBORA UCHOA MENDES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 241312 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 018.851.492-98 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Caimbe, nº 710, Bairro: Paraviana , CEP: 69.307-130.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 02 / 10 / 19

Thayna Debora Uchoa Mendes
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES



CAERR
CNPJ: 08.908.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 29.058.439-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 62.305-410

Atendimento
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **583740** Junho/2019

Dados do Cliente:
ADALICIA BARROSO UCHOA

Endereço para entrega:
RUA CAIMBE, 710 - PARAVIANA BOA VISTA RR
69007-130

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.030.128.0388.000	13	1865	RESIDENCIAL

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Nº448378	15/06/2002	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 4790	4804	14	30
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 14/05/2019	13/06/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

Período	Consumo
201905	13-0
201904	14-0
201903	18-0
201902	16-0
201901	13-0
201812	12-0
MEDIA	14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOTHS	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	212	212	212	212	212
CONFORMES	207	212	212	212	212

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	14 M3	36,46
CONSUMO DE AGUA		29,17
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	

TOTAL A PAGAR 65,63

VENCIMENTO: 15/07/2019

CAERR

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
583740	06/2019	15/07/2019	65,63

82690000000- 9 65630004001- 0 00058374001- 4 06201950003- 2

Via do Cliente

Via da CAERR

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

THAYNA DEBORA UCHOA MENDES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 241312 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 018.851.492-98 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Caimbe, nº 710, Bairro: Paraviana, CEP: 69.307-130.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista/RR, 02 / 10 / 19.

Thayna Debora Uchoa Mendes
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Thayna Debora Uchoa Mendes, CPF nº 018.851.992-98

Residente e domiciliado à rua Coimbe', nº 710, bairro

Paraviana, na cidade de Boa Vista, estado de

Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

la cozeira recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 800,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 02 de setembro de 2019.

Thayna Debora Uchoa Mendes
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES	
FILIAÇÃO	NILTON JOSÉ MENDES
NASCIMENTO	26/09/1994
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR
DOCUMENTO	R.G. 241312 SSP RR/04/03/2010
LEI Nº	9.049, DE 19 DE MAIO DE 1994
CNPJ	018.951.492-40
TÍT. ELEITOR	SEÇÃO
LOCAL/DATA DE EMISSÃO	SRI/ERR - 01/02/2012
ASSINATURA DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	PARA
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

L E G E N D A			
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	F - DATA DE NASCIMENTO
R - SEPARAÇÃO	D - ADOÇÃO	F - MODIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA	

03

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	

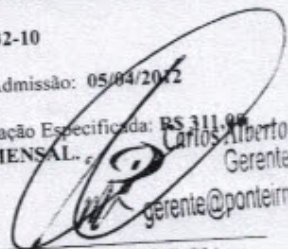
04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR	

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANULAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANULAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANULAÇÃO			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANULAÇÃO			

08

CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador: PONTE IRMAO & CIA	
CNPJ: 04.228.987/0109-77	
Endereço: AV: SEBASTIAO DINIZ 113 - CENTRO	
Município: BOA VISTA	UF: RR
Esp. do Estabelecimento: COMERCIO	
Cargo: ADOLESCENTE APRENDIZ	
CBO: 7832-10	
Data de Admissão: 05/04/2012	
Registro: Renuneração Especificada: R\$ 311,99	
PGTO MENSAL	
 Carlos Alberto Amorim Gerente gerente@pontearmao.com.br	
PONTE IRMAO E CIA	
DATA DE SAÍDA	08 PONTE IRMAO & CIA 2013
Eraldo de Almeida Carlos Analista Administrativo CPF: 008.540.102-97	
CÓDIGO DE DISPONIBILIDADE	
RG: N° DA CARTA	

37

CONTRATO DE TRABALHO	
CONTRATO DE TRABALHO Empregado.....THAYNA DEBORA UCHOA Empregador.....IKHON GESTÃO CONHECIMENTO CNPJ/CEI nº: 05.355.405/0001-66 Endereço.....Rua Q SCR N 710/711 BLOCO A N 52 Município.....Brasília - DF Esp. Estab.....Desenvolvimento e licenciamento de Cargo.....AUX. ADMINISTRATIVO CBO.....411005 Data Adm: 15/01/2018 Ficha Registro: Livro: Folha: Salário: 1.099,33 (um mil e noventa e nove reais e trinta e três centavos), pagos mensalmente. IKHON GESTÃO CONHECIMENTO E	
DATA DE SAÍDA.....12.....DE.....JULHO.....DE 2016 IKHON TECNOLOGIA CNPJ: 05.355.405/0001-66	CONTRATO DE TRABALHO EMPREGADO..... CCG/CPF/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO Nº..... DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO Nº.....FLS. FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... COM. DISPENSA CD Nº..... FGTS Nº DA CONTRA.....

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR..... CCG/CPF/CEI..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO.....UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CBO Nº..... DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE..... REGISTRO Nº.....FLS. FICHA..... REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA..... DATA DE SAÍDA.....DE.....DE..... COM. DISPENSA CD Nº..... FGTS Nº DA CONTRA.....	





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

BOLETIM N° 969/2019
DATA: 26/02/2019
HORA: 19H:40MIN

DELEGADO: Marcus Antônio de Paiva Albano Junior		
EQUIPE "CHARLIE"		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RR 209, OBS: Antes da Vila Novo Progresso.	DATA	HORA
	09/10/2018	18h00min

COMUNICANTE/VÍTIMA

NOME: MARCIO DINIZ FERREIRA	RG: 222268	ORGÃO EXP: SESP/RR
IDADE: 37 ANOS	END: RUA CAIMBE, N° 710, BAIRRO: PARAVIANA	
PAI: MOACIR DE LIMA FERREIRA	MÃE: SCHIRLENE PIMENTEL DINIZ	
GRAU ESC: ENS. MÉDIO INCOMPLETO	NATURAL: Boa Vista/RR	NACION: Brasileira
SEXO: M	DATA NASCIMENTO: 17/11/1981	ESTADO CIVIL: Solteiro
TEL CEL: 95 99157-5692	PROF: MOTORISTA	

VÍTIMA

NOME: THAYNA DEBORA UCHOA MENDES	RG: 241312	ORGÃO EXP: SESP/RR
IDADE: 22 ANOS	END: RUA CAIMBE, N° 710, BAIRRO: PARAVIANA	
PAI: NILTON JOSÉ MENDES	MÃE: ADALICIA BARROSO UCHOA	
GRAU ESC: ENS. MÉDIO COMPLETO	NATURAL: Boa Vista/RR	NACION: Brasileira
SEXO: F	DATA NASCIMENTO: 26/05/1996	ESTADO CIVIL: Solteiro
TEL CEL: 95 99159-0169	PROF: DESEMPREGADA	

OBJETO

HONDA/NXR 150BROS ESD	PLACA NBA-5211	COR VERMELHA	CHASSI N°9C2KDO540CR526438	ANO 2012/2012
-----------------------	----------------	--------------	----------------------------	---------------

NATUREZA DA INFRAÇÃO

A TIPIFICAR

HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEM A ESTE DP PARA NOS INFORMAR QUE NA DATA E HORA SUPRA, ESTAVA TRAFEGANDO COM A MOTOCICLETA, RELACIONADA ACIMA, NO CITADO ENDEREÇO; QUE NA OCASIÃO A VITIMA THAYNA, ERA PASSAGEIRA NA REFERIDA MOTOCICLETA; QUE O COMUNICANTE/VITIMA (MARCIO), E A VITIMA (THAYNA), SOFRERAM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO; QUE DESTE ACIDENTE A VITIMA THAYNA SOFREU FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO; ERA O QUE TINHA A REGISTRAR, E PEDE PROVIDÊNCIA.

Francisco Osmany Fontenele
Agente De Policia Civil
Mat. 042000456

MARCIO DINIZ FERREIRA
COMUNICANTE/VITIMA

THAYNA DEBORA UCHOA MENDES
VITIMA

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."

09/10/2018

... 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



1801020154		09/10/2018 18:06:28		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		43	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES		26/05/1996		22 A 4 M 14 D		703004835001175		01885149298		00160644	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		241312		SSP/RR		27/03/2014		F		SOLTEIRO(A)PARDA	
Mãe		ADALICIA BARROSO UCHOA		Pai		NILTON JOSE MENDES		Contato		(95) 99159-0169	
Endereço		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		Ocupação		DO LAR					
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		REILA RODRIGUES	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA									
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
PTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO-CARRO).											
REFEZO POR EM ANTES DO (E) NELA ALERGIA A COMORBIDADES											
Exame Físico											
BEB, ACC, CORACO, HIDRATADO, EUNIVIL,											
Hipótese Diagnóstica											
TRAUMA CONTUSO											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECO	
PRESCRIÇÃO											
1) DIPIRONA 1g (EU)											
2) FENILFENOL 10mg (EU)											
3) Clonidina 0,2mg (EU) 18/10											
4) guta com 24mg (EU) 18/10											
5) ATT 0,5ml 18/10											
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica											
☐ Alta a Pedido											
☐ Alta a Revelia											
☒ Transferência para: ORTO PEDIA											
☐ 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											
Impresso por: reila.rodrigues											
Data Hora: 09/10/2018 18:07:14											
Dr. Luel da Silva											
Médico											
CRM-RR 2015											

09/10/2018

... 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



1801020154		09/10/2018 18:06:28		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		43	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
THAYNA DEBORA UCHOA MENDES		26/05/1996		22 A 4 M 14 D		703004835001175		01885149298		00160644	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		241312		SSP/RR		27/03/2014		F		SOLTEIRO(A)PARDA	
Mãe		Pai		Naturalidade		Nacionalidade		Contato		Ocupação	
ADALICIA BARROSO UCHOA		NILTON JOSE MENDES		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA		(95) 99159-0169		DO LAR	
Endereço		Endereço		Endereço		Endereço		Endereço		Endereço	
RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR		RUA - CAIMBE - 710 - PARAVIANA - BOA VISTA - RR	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
ACIDENTE DE MOTO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		URGÊNCIA		URGÊNCIA		URGÊNCIA		URGÊNCIA	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Procedimento Sol.		Procedimento Sol.		Procedimento Sol.	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA		DEMANDA ESPONTANEA		DEMANDA ESPONTANEA		DEMANDA ESPONTANEA		DEMANDA ESPONTANEA	
Queixa Principal		Queixa Principal		Queixa Principal		Queixa Principal		Queixa Principal		Queixa Principal	
ACIDENTE DE MOTO		ACIDENTE DE MOTO		ACIDENTE DE MOTO		ACIDENTE DE MOTO		ACIDENTE DE MOTO		ACIDENTE DE MOTO	
Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem	
GSC		GSC		GSC		GSC		GSC		GSC	
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	
PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).		PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).		PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).		PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).		PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).		PLT E VITIMA DE ACIDENTE MOTO (COLISÃO MOTO - CARRO).	
REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.		REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.		REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.		REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.		REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.		REFEIO POR EM ANTES DO ACIDENTE (E) NELA AGENCIA DE COMERCIO.	
Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico	
BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.		BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.		BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.		BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.		BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.		BEB, AOE, COAR, HIDRATADO, EUNIVEL.	
Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica		Hipótese Diagnóstica	
TRAUMA CONTUSO		TRAUMA CONTUSO		TRAUMA CONTUSO		TRAUMA CONTUSO		TRAUMA CONTUSO		TRAUMA CONTUSO	
SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares	
RAIO-X		RAIO-X		RAIO-X		RAIO-X		RAIO-X		RAIO-X	
ULTRA-SON		ULTRA-SON		ULTRA-SON		ULTRA-SON		ULTRA-SON		ULTRA-SON	
TC		TC		TC		TC		TC		TC	
SANGUE		SANGUE		SANGUE		SANGUE		SANGUE		SANGUE	
URINA		URINA		URINA		URINA		URINA		URINA	
ECO		ECO		ECO		ECO		ECO		ECO	
OUTROS		OUTROS		OUTROS		OUTROS		OUTROS		OUTROS	
PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO	
DIPIRONA 1g (EU)		DIPIRONA 1g (EU)		DIPIRONA 1g (EU)		DIPIRONA 1g (EU)		DIPIRONA 1g (EU)		DIPIRONA 1g (EU)	
FILATIL 30mg (EU)		FILATIL 30mg (EU)		FILATIL 30mg (EU)		FILATIL 30mg (EU)		FILATIL 30mg (EU)		FILATIL 30mg (EU)	
Clonazepam 0,5mg (EU)		Clonazepam 0,5mg (EU)		Clonazepam 0,5mg (EU)		Clonazepam 0,5mg (EU)		Clonazepam 0,5mg (EU)		Clonazepam 0,5mg (EU)	
Fenta 0,5mg (EU)		Fenta 0,5mg (EU)		Fenta 0,5mg (EU)		Fenta 0,5mg (EU)		Fenta 0,5mg (EU)		Fenta 0,5mg (EU)	
ATT 0,5mg 1mg		ATT 0,5mg 1mg		ATT 0,5mg 1mg		ATT 0,5mg 1mg		ATT 0,5mg 1mg		ATT 0,5mg 1mg	
Condução		Condução		Condução		Condução		Condução		Condução	
Alta por Decisão Médica		Alta por Decisão Médica		Alta por Decisão Médica		Alta por Decisão Médica		Alta por Decisão Médica		Alta por Decisão Médica	
Alta a Pedido		Alta a Pedido		Alta a Pedido		Alta a Pedido		Alta a Pedido		Alta a Pedido	
Alta a Revelia		Alta a Revelia		Alta a Revelia		Alta a Revelia		Alta a Revelia		Alta a Revelia	
Transferência para ORTOPEDIA		Transferência para ORTOPEDIA		Transferência para ORTOPEDIA		Transferência para ORTOPEDIA		Transferência para ORTOPEDIA		Transferência para ORTOPEDIA	
óbito		óbito		óbito		óbito		óbito		óbito	
Antes do 1º Atendimento?		Antes do 1º Atendimento?		Antes do 1º Atendimento?		Antes do 1º Atendimento?		Antes do 1º Atendimento?		Antes do 1º Atendimento?	
Sim		Sim		Sim		Sim		Sim		Sim	
Destino: Família		Destino: Família		Destino: Família		Destino: Família		Destino: Família		Destino: Família	
IML Anatomia Patológica		IML Anatomia Patológica		IML Anatomia Patológica		IML Anatomia Patológica		IML Anatomia Patológica		IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável	
Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico	
Impresso por: reila.rodrigues		Impresso por: reila.rodrigues		Impresso por: reila.rodrigues		Impresso por: reila.rodrigues		Impresso por: reila.rodrigues		Impresso por: reila.rodrigues	
Data Hora: 09/10/2018 18:07:14		Data Hora: 09/10/2018 18:07:14		Data Hora: 09/10/2018 18:07:14		Data Hora: 09/10/2018 18:07:14		Data Hora: 09/10/2018 18:07:14		Data Hora: 09/10/2018 18:07:14	
Dr. Lael da Silva		Dr. Lael da Silva		Dr. Lael da Silva		Dr. Lael da Silva		Dr. Lael da Silva		Dr. Lael da Silva	
Médico		Médico		Médico		Médico		Médico		Médico	
CRM-RR 2015		CRM-RR 2015		CRM-RR 2015		CRM-RR 2015		CRM-RR 2015		CRM-RR 2015	

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
F-06				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				160 644	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
71013616148351010111715				26/05/96	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Adalicio Barros Uchoa					
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua Caímbé 710 Paranaíba				15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
Boa Vista					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Acidente Transitório com depressão Autismo @					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
R+					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Autismo @					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DO 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 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ EMPRESA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSP					
46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
09/08/2019					
5524					
V99					

F-06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Thaís Debora Vekoa		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP		mon
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H		16:22:05
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		16:22:05
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		16:22:05
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SU
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SU
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SU
11	CURATIVO DIARIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13			
14			
15			
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:

Solicitação Preop

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM/R 498

SINAIS VITAIS			
6 H	36,8°	62	110 x 70
12 H			
18 H			
24 H	36,6°	67	120/80

H 18:04 - PA - 130 x 84

FC - 82

T 36

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				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Thayana Debora Uchoa</i>				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - TELEFONE DE CONTATO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vitimas de Acidente Transitório com lesões de membros</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Cirurgia</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fx 03503 Autômato (E)</i>							
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteosintese de Mão Uchoa (E)</i>							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
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, VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SE							
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CB							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEI							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HC							

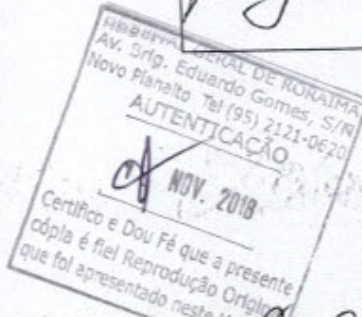
HGR

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 11/10/18

O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx 05505 Anelobroço @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteosintese 05505 Anelobroço

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteosintese 05505 Anelobroço

INDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. C. Enrique

1º aUXILIAR: Dr. J. J. J. J.

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Fabiano

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Tuor 12 cm

Dissecção x Planos

Exatidão - se Fx Radio sem deslocamento

Estabilização com placa DCP & Furos

+ 06 Parafusos

Tuor 12 cm

Dissecção x Planos

Exatidão - se Fx Ulnar 1/3 1/2 fortemente

Desplacada

Redução - Estabilização com placa DCP

3-5 cm & Furos + 06 Parafusos

Fechamento x Planos

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RS 483

Dr. Jessé A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 "Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Thayna Debona Uchwa Mendes Id: 22 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
Etorondil 80mg midazolam 4mg		11/10/18	
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES	N 20 02		
LIQUIDOS VENOSOS	A M Y S D	15F 500	
DA	°C	240	
X	38	220	
ULSO	36	200	
ANES	34	180	
X	32	160	
OP	30	140	
O			
TEMP		120	
ASPIR.		100	
A		80	
RESP		60	
O		40	
		20	
Exponi			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS		X 2 3 5 4 X	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Lidocaina	350mg	Alargamento do Plexo Braquial E axilar, gucho por USG e + ventilação mecânica	x manobrões + deck lid
B			① Uprta de a sub cotato, nard 2yr
C			② Anesie e antiesmia de região axilar E com álcool, compressores, identificação de artéria e plexo braquial E, gucho por USG
D			injeção no redor do plexo com Lidocaina 350mg, aspiração negativa para sangue antes de injeção
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
	SFO, 8%	Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	Não
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	8:15
OPERAÇÃO		Larngia - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	
Anestesia		Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque	

Osteosíntese de fratura de rádio e ulna E

Dr. Fabien
 R2 Danielle
 R1 Marcos
 R1 Agost

Dr. Roberto P. M. Roraima
 Anestesiologista

Dr. Jesus
 Dr. Carlos

- ③ Epilidina 2g (IV)
- ④ Ondansetron 8mg (IV)
- ⑤ Atropina 100mg (IV)

x Encaminhado a SRPA

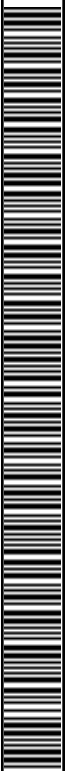


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
TAYNA DEBORA UCHOA		BL F - 06				11/10/18	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSINTESI DE ANTE-BRACO (E)				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				09:35	10:45		
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		2 FABIAN			
2 Jesus		RES. ANESTESIA:		2 DAMIAN			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE					
2 C. ENRIQUE		JANK		Setno, BAHIA			
TIP DE ANESTESIA:		BRB		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR		
17	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml			
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO 250ml			
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 0-2			
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3-0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURINº 1L			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
	SERINGA 01ML			SURGICEL			
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO			
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº			
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM			
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA			
1	Eletrodo		60ml	OUTROS: Amarel 70ml			
1	CATGUT 0L		50ml	Clotexil de sang			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALC	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		- Bruno - Suelen - Dilene		SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



NOME: Thayana Debona Uchôa

Mega Nerya / HAS e 1m e

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA				
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	Sinais Vitais				
								41°C	T	P	PA	SPO2
08145	08145	08100	10:45	10:55	B.P.B.	Ortopedia de F. do L. Art. do L. do L.		1h	60	90/60	90	90
Reg. _____ Idade: <u>22</u>												
Chegada: _____												
Emergência: ☐ U.T.I. 1												
Internação: ☐ U.T.I. 2												
Outros: _____												
Cirurgia Proposta: _____												
1. Informações:												
☒ Jejum ☐ Pré-anestésico												
☐ Adesão ☐ Intracath												
☒ Banho ☐ Sangue												
☐ Alegria ☐ Cardiopata												
☐ Exames ☐ Anafático												
☐ Outros: _____												
2. Estado Emocional/Mental												
☐ Choro ☐ Sonolento												
☐ Agitado												
☐ Outros: _____												
3. Sinais Vitais:												
T _____ °C P <u>86</u> bpm												
FC <u>96</u> PA <u>113/72</u> mmHg												
SAT <u>96</u> % R _____ rpm												
☐ Regular ☐ Irregular												
4. Condições da Pele:												
☒ PSAB ☐ Ferimento												
☒ PFAF ☐ Queimado												
☐ Dor ☐ Hietatoma												
☐ Prto ☐ Contusão												
☐ Edema ☐ Deformidade												
☐ Avulsão ☐ Amputação												
☐ Alerteio ☐ Fret. Exposta												
5. Exames na SO: ☐ Ht ☐ Hb ☐ Hemograma ☐ Raio X												
☐ Outros: _____												
6. Legendas:												
1. Eletrodos ☒												
2. Oxímetro ☒												
3. PVC ☒												
4. Placa de Bisturi ☒												
5. Anestésico ☒												
6. Cartão ☒												
7. Venóclise ☒												
8. Dreno ☒												
9. SNG ☒												
10. Faixa de Smarch ☒												
11. Outros: _____												
12. ☒												
Destino: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Outros: _____												
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015												

Suellet da S. Ramos
Enfermeira
COPEN-RR 319.905
Assinatura e Carimbo



Governo do Estado de Roraima
Amaro de Oliveira dos Santos

UNIDADE / SETOR

QUARTO

□

LEITO

26

N° DE REGISTRO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

NOME DO PACIENTE

Theresa Baker

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

25

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

8/10/88

27-D-1000

2/ 444
3/ Cephaloscytus 1 gr 6/6 EV

37	Cephus			
41	Diprion	aug	6/6	EV - 10/16/94
41	Diprion	aug	7/7	OII - 10/16/94

4/	Viscous	avg 210
5/	Viscous	12/12 20
6/	Viscous	8/8 20

a)	Stamm	100 y	8/8 BV	5/1 p	sn
----	-------	-------	--------	-------	----

of Yucca...	
7/ CUMATIVO	18
...	...

7/ CLIMATE
168755V

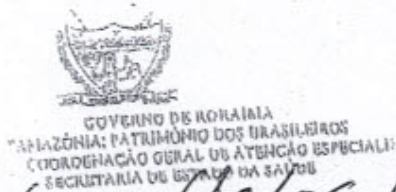
Carlos Enrique La Rosa
Medico
CRM-RP 463

24.00	116.00
14-118175	1000000
FC: 83	50
T: 367	363
#2: 19	19

363
 49
 Maria Regina - Av. Nossa
 Senhora do Carmo, 100 -
 Centro - Curitiba - PR
 81.000-000

06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		Thayana Debor Uelag							
DIAGNÓSTICO									
ALERGIAS		HAS		DM2		12/10/18			
IDADE		LEITO		DATA					
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE								
2	AVP								
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H								
4	TENOXICAM 20MG 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	PLASIL 10 mg EV 8/8h (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 DIARIO								
12	SSVV + CCGG 6/6 H								
13									
14									
15									
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:									
BEG, LOYED ALTO ALTO									
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Srg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO X NOV. 2018 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Representação Original que foi apresentada nesta Instituição									
Carlos Enrique La Rosa Médico CRM-RR 463									
SINAIS VITAIS									
6 H									
12 H									
18 H									
24 H									



Thayari Debor Uchoa Mendes
SECRETÁRIO

Vacante 22a, com quadro
de Fx 03501 de Autismo
e oporda
Atualmente em curso de ensino
com sete professores fixos

CD 552-9

04/02/19

Carlos E. da Rosa
Médico
CRM 463
Assistente Social

CLÍNICA ESPECIALIZADA CENOMEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 536 - Centro-Joaquim Nery
1574-80.201-110 - 1574-80.201-111



74,9 % 9/10/2018 18:36:30

THAYNA DEBORA UCHOA MENDES ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

75,1 %

TR. DORILENE/ ED. FRANCILENE

9/10/2018 18:36:30



TPR SEGUROS
Aqui nosso negócio é seguro.



Obs: seu entendedor
me administrativo
pelos convênios.

() MORTE
(X) INVALIDE
() DAMS

OME: Thayna Debara Vecher Mendes

RG: _____ SSP: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ COMP: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: 195199461.1102 EMAIL: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA DO ACIDENTE: _____

PROCESSO JUDICIAL Nº _____ PROCESSO ADMIN Nº _____

AGENTE: Caroline

