

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO Brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 222447 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 709.087.102-91 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Raimundo Rodrigues Coelho nº 1115 Q-278B, Bairro: Senador Hélio Campos , CEP: 69.316-392. Tel: (95) 98406-6803 / 99166-0113 E-mail:juridicosememail@gmail.com.

Outorgado: : Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, 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 judicium”, 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, 31 / 04 / 2020

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO Brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 222447 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 709.087.102-91 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Raimundo Rodrigues Coelho nº 1115 Q-278B, Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-392.

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, 37 / 09 / 2020

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691
CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160
CNPJ 07.341.470/0001-41 IE: 240070223
Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br
Ouvigona: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

Nota Fiscal de Energia Elétrica - Série U - Nº 4541151
Fatura Eventual
JESAIDE FELIX CARVALHO
R. RAIMUNDO RODRIGUES COELHO, 1115 Q278B
SENADOR HELIO CAMPOS -
CEP 69.316-392 - BOA VISTA - RR
CPF 447.356.202-72 CTPS 2631151 SSP RR 14-10-03
Roteiro: 001.26.31.015000

Para contato com a empresa, informe este número

Código Único
0036906-3

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
31/01/2020	31/01/2020	31/01/2020	11/02/2020	00	31/01/2020	01/2020
Cod. Fat	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial Normal	Monofásica			51	01
Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
12/2019		TUSD (*)			
11/2019		TE (*)	Parcelamento De Debitos		39,41
10/2019		Transmissão			
09/2019		Encargos			
08/2019		Tributos			
07/2019		Receita Irrec.			
06/2019					
05/2019					
04/2019					
03/2019					
01/2019					
12/2018					
Média		Pis/Pasep - 0,00			
12 meses		Cofins - 0,00			

Indicadores de Continuidade: 11/2019					Contas em Débito							
Cj	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	11/2016	0	01/12/2016	103,08	01/2017	0	01/02/2017	26,97
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	02/2017	0	10/03/2017	7,03	03/2017	0	01/04/2017	4,71
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	04/2017	0	01/05/2017	4,63	05/2017	0	09/06/2017	4,51
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	Total de Conta(s) Pendente(s): R\$: 150,93							

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
0,00	0,00	0,00	31/01/2020	R\$39,41

Reservado ao Fisco

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO Brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 222447 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 709.087.102-91 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Raimundo Rodrigues Coelho nº 1115 Q-278B, Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-392.

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, 27 / 04 / 2020

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Joander Ednei Gomes da M., CPF nº 709.087.502-93

Residente e domiciliado à rua Primo Mourão Rodrigues Coelho nº 1135, bairro

Senador Helio Campos, na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de

R\$ 950,00 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, 17 de Abril de 2020.

JOANDER EDNEI GOMES CIMENTO



POLEGAR DIREITO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSCRIÇÃO Nº **125.93919.66-5**

CPF Nº **5329805** Estado **0040** RR

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

BRASIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO

FLUXÃO: **BRASILEIRO**

NASCIMENTO: **20/08/1986** SEXO: **MASCULINO**

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

NATURALIDADE: **BOA VISTA - RR**

DOCUMENTO: **R.G. 722447 SSP RR CATEGORIA 1**

LEI Nº 8.046, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: **709.057.102-31** CNIL: **1**

TÍT. ELEITOR: **SEÇÃO: 1** ZONA: **1**

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: **SRTTERR - 26/05/2014**

ASSINATURA DO EMISOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TIPO	DATA DE NASC.	CPF	DOCUMENTO	NOME
1	20/08/1986	5329805	722447	JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

LEGENDA

A - CASAMENTO B - ADOPÇÃO C - DATA DE NASCIMENTO D - SEPARAÇÃO E - MUDANÇA VOLUNTÁRIA F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA G - MUDANÇA VOLUNTÁRIA H - MUDANÇA VOLUNTÁRIA I - MUDANÇA VOLUNTÁRIA J - MUDANÇA VOLUNTÁRIA K - MUDANÇA VOLUNTÁRIA L - MUDANÇA VOLUNTÁRIA M - MUDANÇA VOLUNTÁRIA N - MUDANÇA VOLUNTÁRIA O - MUDANÇA VOLUNTÁRIA P - MUDANÇA VOLUNTÁRIA Q - MUDANÇA VOLUNTÁRIA R - MUDANÇA VOLUNTÁRIA S - MUDANÇA VOLUNTÁRIA T - MUDANÇA VOLUNTÁRIA U - MUDANÇA VOLUNTÁRIA V - MUDANÇA VOLUNTÁRIA W - MUDANÇA VOLUNTÁRIA X - MUDANÇA VOLUNTÁRIA Y - MUDANÇA VOLUNTÁRIA Z - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FIL. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL DATA TABELA DE INSCRIÇÃO	

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR	
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°
FIL. PROC. N°	
PROFISSÃO	
FUNÇÃO	
LEGISLAÇÃO	
LOCAL DATA TABELA DE INSCRIÇÃO	

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO TATTOO RH	DIABETE SIM ☐ NÃO ☐	HEMOPILIA SIM ☐ NÃO ☐
ALERGIAS SIM ☐ NÃO ☐		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Lei nº 875, de 12 de julho de 1993) SIM ☐ NÃO ☐		

CARTEIRAS ANTERIORES		
NÚMERO 2498434	SERIE 0010	DATA DE EMISSÃO 21/03/2001
27/06/2014		
NÚMERO 2618735	SERIE 0010	DATA DE EMISSÃO 13/09/2002
27/06/2014		
NÚMERO 2418290	SERIE 0020	DATA DE EMISSÃO 21/02/2005
27/06/2014		
NÚMERO 2646139	SERIE 0010	DATA DE EMISSÃO 02/02/2005
27/06/2014		

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
OCCUPAÇÃO	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
EST. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N° FIL. FICHA	
REMUNERAÇÃO PERIÓDICA	
DATA DE SAÍDA DE DE	
CONV. DISPENSA CD N°	
NOTA Nº DA CONTRA	

07

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COD. CEE.....	COD. CEE.....	COD. CEE.....	COD. CEE.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....	CARGO.....	CARGO.....
CBO N°.....	CBO N°.....	CBO N°.....	CBO N°.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....
FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....
08	08	08	08

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COD. CEE.....	COD. CEE.....	COD. CEE.....	COD. CEE.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....	CARGO.....	CARGO.....
CBO N°.....	CBO N°.....	CBO N°.....	CBO N°.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....	COM. DISPENSA CD N°.....
FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....	FOLH N° DA CONTRA.....
10	10	11	11





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/11/2019 09:42

Data/Hora Fim: 08/11/2019 09:43

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/10/2019 14:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Bairro: ZONA RURAL

Logradouro: BR-174 (PRÓX. A CURVA DOA ENTRADA DO SAMÁ)

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1473: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - CAPOTAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 29/08/1976

Profissão: Mecânico

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ercilene Gomes do Nascimento

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ ALEIXO

Nº: 2122 APTO. 3

Complemento: APARTAMENTO

Bairro: ASA BRANCA

Telefone: (95) 99166-0113 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, VINHA DE PACARAÍMA DE CARONA PARA BOA VISTA EM VEÍCULO FORD FIESTA (NÃO SABE INFORMAR A PLACA). QUANDO NA CURVA PRÓXIMO A ENTRADA DO SAMÁ, UM VEÍCULO VENEZUELANO QUE SUBIA EM SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A MÃO DO CONDUTOR DO FIESTA; QUE AO MANOBRAR PARA DESVIAR DO OUTRO VEÍCULO DESCEU O ATERRO E ACABOU CAPOTANDO. QUE COM O ACIDENTE O COMUNICANTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O BRAÇO E A CRAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO AO HGR POR TERCEIROS. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039423/2019-A03

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 04200169
Responsável pelo Atendimento

Jander Ednei Gomes do Nascimento
(Comunicante / Vítima)

"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 prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901173810 14/10/2019 16:52:06 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 29

Paciente: JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO Data Nascimento: 29/08/1976 Idade: 43 A 1 M 16 D CNS: 700807400898180 CPF: 70908710291 Prontuário

Tipo Doc: Documento: 222447 Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: M Sexo: SOLTEIRO(APARDA Naturalidade: BRASILEIRA

Mãe: Ercilene Gomes do Nascimento Pai: NC Contato: (95) 99177-6076

Endereço: AVENIDA - BRASIL - 000 - CENTRO - PACARAIMA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Pcs: Pressão

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ANTONIA SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 16:52h) Pac. vítima de acidente ocorrido ontem às 16h

Exame Físico: No momento deambulando, verbalizando, leve dor, abd. mole

Hipótese Diagnóstica: AR. mu. ca. bi. SIRS SPO: 98% em r/e FC: 80bpm FR: 18vpm PA: 130x80mmHg

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: Estável. hemodinamicamente estável. Rx. Revisão ex. exame

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☒ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ortopedia

óbito: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica: / /

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Méd.

Impresso por: antonia.soares Data Hora: 14/10/2019 16:52:57

1173810

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		Masc. ☒ 1		Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
		16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

INDEB *4104-2* *BR*

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: *16/08/2019* DIH: *16/08/2019* DN: *14/10/19*

PACIENTE: *Wenderson Carlos Gomes da Silva*
DIAGNÓSTICO: *Fratura do humero proximal*
ALERGIAS: *sem* HAS: *sem* DM2: *sem*
IDADE: *40 anos* LEITO: *14/10/19* DATA: *14/10/19*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>S P D</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	<i>nao tem</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N <i>810 hrs.</i>	<i>72 24-74</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N <i>05</i>	<i>nao</i>
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>nao</i>
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	<i>nao</i>
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>nao</i>
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>nao</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N	<i>nao</i>
10	<i>ceftazime 4 810 hrs</i>	<i>nao</i>
11	<i>clonazepam 40 mg 1x ao dia</i>	<i>nao</i>
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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 DML. GLICOSE 50% 40 ml + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.
SOLICITADO: *para estudo de fratura*
CONDUTA: *nao*
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: *nao*
PREVISÃO DE ALTA: *nao*

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	<i>160 x 80</i>	<i>75</i>	<i>36,7</i>

Medico Residente
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20hs
PA: 137 x 92
FC: 94

05h PA: 130 x 80
FC: 80
T: 35,9°C

Marlon Tavares Dantas
CRM: 891.668-1/EC

339-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JANDER EDINEI GOMES					
AGNÓSTICO FX UMEROS D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	1194	DATA	23/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				18 SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(14) (02) (06)
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Retorno
18	CURATIVO DIÁRIO				curativo
19					
20					
21					
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, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia	



1194

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JANDER EDINEI GOMES					
AGNÓSTICO FX UMEROS D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	1194	DATA	22/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SW
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SW
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SW
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
18	CURATIVO DIÁRIO				SW
19					
20					
21					
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, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO	
12 H	150x80	77	-	CRM-RR 2028	
18 H	140x77	71	-	Residente de Ortopedia e Traumatologia	
24 H					

so'ten
comprim

12hs pch no leito, verificação do SSVV. - De: 8/10/2019 15:07:06

18hs paciente no leito
foco maior qm o SSVV (4/10/16)
06h. PA - 143x85 FC: 67



119-1 119-1 4104
2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	29/09/2019	DN	25/08/1988
PACIENTE JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICO FX UMEROS D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	43	LEITO	404-2	DATA	21/10/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	TILATIL 20MG EV 12/12H				
4	SSVV + CCGG 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N <i>1520h</i>				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	FAZER COMPRESSA MORNA EM ANTEBRAZO DIR				
13	SOLICIRO RISCO CIRURGICO				
14					
15					
16	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,

SINAIS VITAIS			
# PREVISÃO DE ALTA: SEM			
6H	PA	FC	FR
PREVISÃO			
12H			
CONDIÇÃO			
18H			
PACIENTE SEM TRACÃO			

(SEM MATERIAL PARA
REALIZAR PROCEDIMENTO)

2:00 p. PA: 120x80
P: 80
T: 36,8°C

24h: PA: 180x80
P: 70
T: 36°C

06h: PA: 120x80
P: 75
T: 36,8°C

06h. Realizado SSL
Arm. as medicacões
Cpm. Sem curativos
Tcc em 10.00 - TE

GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SETOR DE RADIOLOGIA - HGR



NOME: Jander Edinei Gomes Do Nascimento SEXO: O IDADE:
Localidade: ORTOPEDIA Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 14-10-19
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Relatório

- Fratura cominutiva do colo umeral, com desalinhamento entre a cabeça o eixo umeral, este anteriorizado e a cabeça umeral posteriorizada, inclusive desalinhandando em relação à glenóide também (Cabeça umeral levemente posteriorizada em relação à glenóide). A fratura estende-se à metáfise umeral, com grande desalinhamento entre as bordas das fraturas.

Boa Vista,
Data do relatório: 31/10/2019

Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA
CRM - 743 /RR





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jander Ednei Gomes 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 14/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fx Unim. D

NO DIA 14/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Solitário TFD SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/10/19, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/10/19, ÀS _____, COM O
DR. _____

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. M. Amador

Dr. Pedro de S. Paixão
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020

BOA VISTA, 25/10/19

MÉDICO

404-2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	14/10/2019	DN	
PACIENTE JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICO FX DE UMEROS D					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	43	LEITO	404-2	DATA	16/10/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
4	SSVV + CCGG 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	<i>foram colocados pontos em</i> <i>fratura de D.</i>				
13					
14					
15					
16	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:					
PACIENTE ATIVO REATIVO, EM BEG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACEITA BEM A DIETA, LEVE QUEIXA ÁLGICA TFD					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140/80	80	18	36,4°C	
17-18H	145/90	90	20	36,5°C	
24 H	145/70	79	19	36,2°C	
 Dr. Armandito Cerqueira Ortopedista CRM-RR 1900					

Obs: Paciente recusa curativo, o mesmo alega
ter medo de medicação e não para a dor e
por isso não quer que faça curativo

afeto

M **404-2**

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	14/10/2019	DN		
PACIENTE		JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO				
DIAGNÓSTICO		FX DE UMERUO D				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		43	LEITO	404-2	DATA	
ITEM					17/10/2019	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2	AVP				SW	
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				manh	
4	SSVV + CCGG 6/6H				10:00	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6				10:00	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12:18 24.06	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				03	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				M	
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	FAZER COMPRESSA MORNA EM ANTEBRAÇO DIREITO					
13						
14						
15						
16						
		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:						
PACIENTE ATIVO REATIVO, EM BEG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACEITA BEM A DIETA, LEVE QUEIXA ÁLGICA EM ANTEBRAÇO (FLEBITE?), FAZ USO DE TALA EM MSE, SOLICITADOS EXAMES PARA TFD						
<i>Dr. Alexandre P. P. P.</i> Ortop. Traumatol. Cirurgião Geral						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H	140/77	68	18	36.1		
17 18 H	133/85	88	20	35.8		
24 H	170/106	90	20	35.6		
6	133/90	77	18	35.6		

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente:	Jander Gomes do Nascimento		
	HGR	Leito:	4672-2		
		Data:	20/10/19		

Localização		Região: <u>MSF</u>		Região: _____
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (☒) II ()		Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo ☒ Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			() Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento ☒ Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco			() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: Jander Ednei G. do Nascimento			
	HGR	Leito: 404-2	Data: 18/10/19		

Localização		Região: MSE		Região:
Etiologia		Grau: I () II ()		Grau: I () II ()
Aparência do Leito	☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:		☒ LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	☒ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		☒ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	☒ Molhado ☒ Úmido () Seco		☒ Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		☒ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 COLEÇÃO 12/12/19			
Observações:	 COLEÇÃO 12/12/19			

H04-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH	14/10/2019	DN																					
PACIENTE	JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO																								
DIAGNÓSTICO	FX DE UMERU D																								
ALERGIAS																									
IDADE	43	HAS		DM2																					
LEITO	404-2	DATA	18/10/2019																						
ITEM					HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE																								
2	AVP																								
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H																								
4	SSVV + CCGG 6/6H																								
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6																								
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA																								
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																								
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN																								
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																								
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																								
11	CURATIVO DIÁRIO																								
12	FAZER COMPRESSA MORNIA EM ANTEBRAÇO DIREITO																								
13																									
14																									
15																									
16																									
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:																									
PACIENTE ATIVO REATIVO, EM BEG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACEITA BEM A DIETA, LEVE QUEIXA ÁLGICA EM ANTEBRAÇO (FLEBITE?), FAZ USO DE TALA EM MSE, SOLICITADOS EXAMES PARA TFD																									
SINAIS VITAIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>135/96</td> <td>78</td> <td>18</td> <td>36,1</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>160x100</td> <td>83</td> <td>20</td> <td>36,6</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110x83</td> <td>76</td> <td>—</td> <td>36,7</td> </tr> </tbody> </table> Dr. Augusto Cavalcante Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1964						6 H	PA	FC	FR	T	12 H	135/96	78	18	36,1	18 H	160x100	83	20	36,6	24 H	110x83	76	—	36,7
6 H	PA	FC	FR	T																					
12 H	135/96	78	18	36,1																					
18 H	160x100	83	20	36,6																					
24 H	110x83	76	—	36,7																					



16hs - Administrado dipirona
500mg 1cp VO, devido
cliente queixar dor. Tec. 12f.

6hs
A: 140x94

Roberta Cristina A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 220.853-TE

17hs - PA: 160 x 100 mmHg
Administrado captopril 25mg
1cp VO CPM. Tec. 12f.

Roberta Cristina A. Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 220.853-TE

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH	14/10/2019	DN		
PACIENTE	JANDER EDINEI GOMES NASCIMENTO					
DIAGNÓSTICO	FX DE UMERU D					
ALERGIAS						
IDADE	43	HAS		DM2		
LEITO	404-2	DATA	19/10/2019			
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	AVP					
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					
4	SSVV + CCGG 6/6H					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	FAZER COMPRESSA MORNA EM ANTEBRAÇO DIREITO					
13						
14						
15						
16						
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:						
PACIENTE ATIVO REATIVO, EM BEG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ACEITA BEM A DIETA, LEVE QUEIXA ÁLGICA EM ANTEBRAÇO (FLEBITE?), FAZ USO DE TALA EM MSE, SOLICITADOS EXAMES PARA TFD						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H	AUSCULTA					
18 H						
24 H						
				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		

07 e 19. medicado opm + a ferido SSVU

DES: PAC. AUSCULTOU-SE POR UM LONGO PERÍODO DO LEITO.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO
☐ Orientar presença de acompanhante		
☐ Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado		
☐ Medir e registrar os sinais vitais		12 18 24 06
☐ Administrar medicações prescritas		
☐ Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação		
☐ Manter cabeceira elevada		
☐ Verificar saturação de O ₂		
☐ Observar e anotar características da dor		
☐ Aplicar compressas () frias () mornas		
☐ Observar e anotar edemas		
☐ Observar e anotar estado de consciência		
☐ Verificar temperatura axilar		
☐ Observar e anotar padrão respiratório		
☐ Observar sinais de cianose		
☐ Manter cabeceira elevada a _____ graus.		
☐ Verificar e registrar glicemia _____/____h		
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese		
☐ ()		
☐ ()		
Prevenção de Lesão por Pressão		
☐ Realizar mudança de decúbito de _____ em _____h		
☐ Observar integridade da pele		
☐ Troca de Fralda		
☐ ()		
☐ ()		
☐ ()		
Prevenção de Quedas		
☐ Manter grades laterais elevadas		
☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação		
☐ Auxiliar o paciente na higiene		
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama		
☐ Manter cama com rodas travadas		
☐ Necessidade de contenção ao feito		
☐ Manter vigilância de _____/____ horas		
☐ Calçado seguro nos pés		
☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão		
☐ ()		
☐ ()		
☐ ()		

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

07-03 PERÍODO MATUTINO

Praticamente a presença de
febre desde as 8h
da manhã, o mesmo relato
que, uma vez analisada
pela mãe, falar com
o pediatra, mas foi
administrado o Aque
paracetamol nas se encontrei
no laboratório por via da
ASS: médica. e. transição
mãe.

PERÍODO VESPERTINO

13:00 às 15:00 Realizado
exame de sangue
Não foi possível
a comporção manuseio
a fazer, não desatando
a beber leite.

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

... - BLOCUS A/B/C/D/E/F

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO
☐ Orientar presença de acompanhante		
☐ Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado		
☐ Aferir e registrar os sinais vitais		12 18 24 06
☐ Administrar medicações prescritas		
☐ Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação		
☐ Manter cabeceira elevada		
☐ Verificar saturação de O ₂		
☐ Observar e anotar características da dor		
☐ Aplicar compressas () frias () mornas		
☐ Observar e anotar edemas		
☐ Observar e anotar estado de consciência		
☐ Verificar temperatura axilar		
☐ Observar e anotar padrão respiratório		
☐ Observar sinais de cianose		
☐ Manter cabeceira elevada a _____ graus.		
☐ Verificar e registrar glicemia / _____ h		
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese		
☐ ()		
☐ ()		
Prevenção de Lesão por Pressão		
☐ Realizar mudança de decúbito de _____ em _____ h		
☐ Observar integridade da pele		
☐ Troca de Fralda		
☐ ()		
☐ ()		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

Das 13h, realizado
a realização de
Administração em
duplo 55h

Li Rorau

PERÍODO VESPERTINO
18h - Administração medicação
CPM. cliente apresenta
pico hipertensivo, adm. captopril
25mg VO CPM. Segue
os dados da equipe
de enfermagem. Tel. 11.

Roberta Cristina P. Rodrigues
Técnica de enfermagem
COREN RJ 26853-1E

PERÍODO NOTURNO
06 paciente em repouso
no 300, este foi
medicados e a queda
do de 1,5m, com
SSUN. F.F. de 1,5m.

Roberta Cristina P. Rodrigues
Técnica de enfermagem
COREN RJ 26853-1E

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORARIO	
☐ Orientar presença de acompanhante			
☐ Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado			
☐ Afetar e registrar os sinais vitais		12	18 24 06
☐ Administrar medicações prescritas			
☐ Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação			
☐ Manter cabeça elevada			
☐ Verificar saturação de O ₂			
☐ Observar e anotar características da dor			
☐ Aplicar compressas [] frias [] mornas			
☐ Observar e anotar edemas			
☐ Observar e anotar estado de consciência			
☐ Verificar temperatura axilar			
☐ Observar e anotar padrão respiratório			
☐ Observar sinais de cianose			
☐ Manter cabeça elevada a _____ graus.			
☐ Verificar e registrar glicemia / h			
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese			
☐ _____			
☐ _____			
Prevenção de Lesão por Pressão			
☐ Realizar mudança de decúbito de _____ em _____ h			
☐ Observar integridade da pele			
☐ Troca de Fralda			
☐ _____			
☐ _____			

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

11h Redigido medicado
do tarde. Refeito 5h
Deu em observas de
conferencia

ASS: Flávia

PERÍODO VESPERTINO

Das 13 as 19hs
Administrado medica
e aferido SV de
su

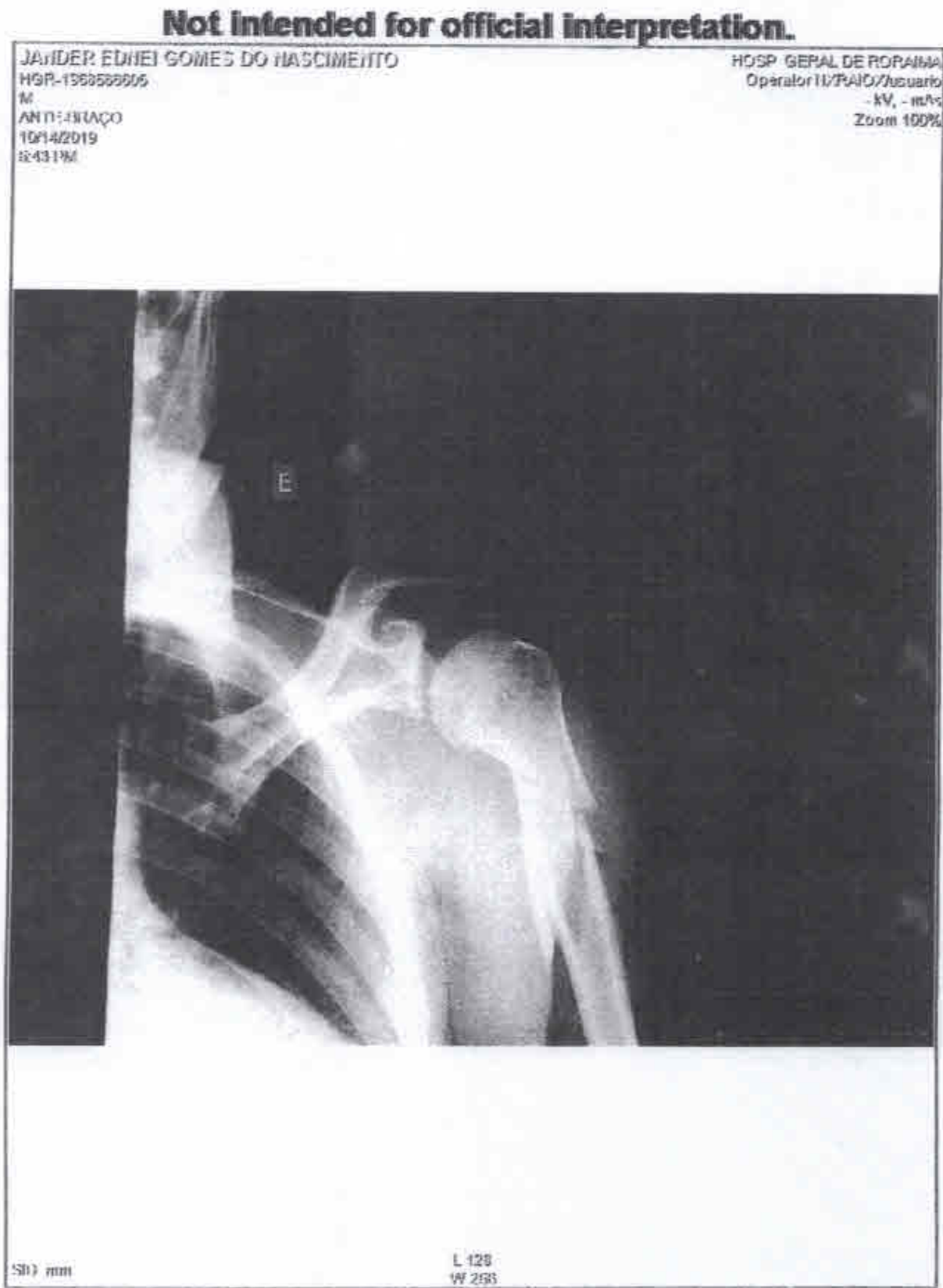
Fronteira
AUT. e
0062

ASS: _____

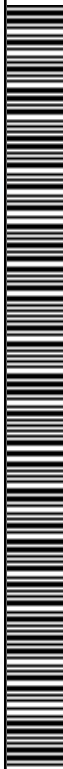
PERÍODO NOTURNO

ASS: _____

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
 Av. Brig. Eduardo Gomez, S/N
 P.O. Box 7-193 067-0620
 25 MAY 2019
 Certificado de defunción
 Original
 que sirve como documento







SINISTRO 3200063919 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS
EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO JANDER EDNEI GOMES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 70908710291

Posição em 13-03-2020 15:14:27

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora
Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

