

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**, Brasileiro, Casado, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 237096 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 861.771.412-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim nº 580 B16 A103, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529. Tel: (95) 99177-2661/99131-4349 E-mail: deiglivanalves@gmail.com

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98100-7145, 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 iudicia", 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, 10 de junho de 2020


DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
PIS/PASEP 161.21499.70-3 NÚMERO 5755382 SÉRIE 0030 LT RR	
<i>Deiglivan Alves de Sousa</i> ASSINATURA DO TITULAR	
	POLECAR DIREITO 

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
 DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA FILIAÇÃO..... EDUVAN MOREIRA DE SOUSA ALZINETE ALVES DE SOUSA NASCIMENTO..... 01/07/1986 ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO SEXO: MASCULINO NATURALIDADE: ARACATI - CE DOCUMENTO..... C.N. 3171 LVA - A-4 FLS 588 - 10/06/1986 - COMARCA DE ARACATI - ARACATI - CE LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1996 CPF..... 881.771.412-54 TIT. ELEITOR: 003356232823 SEÇÃO: 0136 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEIRR - 07/01/2011 ASSINATURA DO EMISSOR	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE FILIAÇÃO..... DATA DE NASC. DE..... PARA..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO..... MOTIVO..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO..... MOTIVO..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO..... MOTIVO..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO..... MOTIVO..... LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA 03

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA, Brasileiro, Casado, solteiro, portador da cédula de identidade nº 237096 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 861.771.412-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, nº 580 B16 A103, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529. Tel: (95) 99177-2661/99131-4149.

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 juristicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 10 de junho de 2020


DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

11/05/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2020 referente a UC: 1341898



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5166311

JOYCE KELLY FIGUEIREDO DE OLIVEIRA

AV JARDIM, 580 , B16 A103-JATOBA

CIDADE SATELITE

69317529 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1341898	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 446	VENCIMENTO 01-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 378,16

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1341898	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 378,16
-------------------------	----------------	-----------------------------

836500000036.781600750009.000000001347.189805200053



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA, Brasileiro, Casado, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 237096 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 861.771.412-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim, nº 580 B16 A103, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-529, Tel: (95) 99171-2661/99131-1149 e-mail: deiglivanalves@gmail.com

DECLARO para os devidos fins de direito, em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 1º da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permitam 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, 10 de junho de 2020.

Deiglivan Alves de Sousa
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Deiglivan Alves de Sousa, CPF nº 861.771.412-34

Residente e domiciliado à rua Av. Jardim B16 A103, nº 580, bairro

Cidade Satélite, 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

RS 454,00, 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, 10 de junho de 2020

Deiglivan Alves de Sousa
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Peça sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
PIS/PASEP 161.21499.70-3 NÚMERO 5755382 SÉRIE 0030 RR RR	
<i>Deiglivan Alves de Sousa</i> ASSINATURA DO TITULAR	
	POLEGAR DIREITO 

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
 DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA FILIAÇÃO: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA ALZINETE ALVES DE SOUSA NASCIMENTO: 01/07/1986 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: ARACATI - CE DOCUMENTO: C.N. 3171 LVA - A-4 FLS 586 - 10030/1988 - COMARCA DE ARACATI - ARACATI - CE LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996 CPF: 881.771.412-34 TIT. ELEITOR: 003358232623 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 07/01/2011 ZONA: 005 CNH: 0138 ASSINATURA DO EMISSOR	FILIAÇÃO DATA DE NASC. DE DOCUMENTO: / / PARA: / / ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO: - - - ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO: - - - ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO NOME DOCUMENTO: - - - ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

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

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

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

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

04

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
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO	SÉRIE
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO	SÉRIE
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
RAUJO & SARAIVA LTDA	
Av. Santos Dumont, 1329 - São Francisco	
CEP 69305-105	
MUNICÍPIO	
Boa Vista - RR	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
Remunero	
CBO N°	
221220	
DATA DE ADMISSÃO	
7 de Novembro de 2017	
REGISTRO N°	
184	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
equivalente a 10 salários mínimos	
DATA DE SAÍDA	
28 de Março de 2018	
CONL. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CGC/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....UF.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	
REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

08

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CGC/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....UF.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	
REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

09

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CGC/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....UF.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	
REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

10

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CGC/CPF/CEI.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....UF.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	
CBO Nº.....	
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	
REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	
Ass. DO EMPREGADOR OU A RÓDULO E TESTEMUNHA	
1ª.....2ª.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

11

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 486 /2017/DAT - Boa Vista-RR, em 08/08/17

COMUNICANTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

RG: 237096 O. EXP.: SSP/RR CPF: 861771412-34 ENDEREÇO: AV: JARDIM

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PADEIRO

NATURALIDADE: ARACATI ESTADO: CE

DATA DE NASCIMENTO: 01/07/1986 IDADE: 31 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO.

ESTADO CIVIL: UNIÃO INSTÁVEL TELEFONE: 99177-2661 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA

NOME DA MÃE: ALZINETE ALVES DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 21h00min e 22h00min do dia 15/07/2017, na Avenida – Principal do Bairro Satélite.

O comunicante relata que na data e hora e endereço acima descrito, estava vindo do serviço em sua motoneta HONDA/C100 BIZ DE COR VERMELHA, placa NAJ 4666, chassi 9C2HA0700XR051586 de propriedade da senhora MELANIE KALINE TRUQUETE, Que o comunicante parou no contorno que fica em frente a Clínica Exame, que o mesmo olhou para os lados e que não se recorda de ver nenhum veículo vindo na avenida, Que o mesmo não se recorda de quase nada. Que Segundo os moradores que presenciaram o acidente fala que a batida foi muito forte e que o mesmo foi arremessado pro outro lado da avenida, Que o senhor não identificado presenciou todo o acontecido, que o mesmo só lembra-se da cor do veículo. Que o mesmo entrou em contato como o SAMU.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E DANOS MATERIAIS
OBSERVAÇÃO:

Deiglivan Alves de Sousa
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

**DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

Quam
AGENTE CARCERÁRIO DE POLICIA

15/07/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

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



1700806497		15/07/2017 23:19:53		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		36	
Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA				Data Nascimento 01/07/1986		Idade 31 A 0 M 14 D		CNS 702406045176526		CPF ^{DT} 86177141234	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 237096		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 19/08/2003		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)	
Mão ALZINETE ALVES DE SOUSA		Endereço RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Paí EDUVAN MOREIRA DE SOUSA		Naturalidade ARACATI - CE		Contato (95) 99131-4349		Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ORLEAN.SOUZA					
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Paciente vítima de acidente de moto x carro - 1 inchilado em MIB. Demora pouco.</i>											
Exame Físico <i>Paciente, eufórico, aco, E4K. Exame em MIB. Demora pouco.</i>											
Hipótese Diagnóstica <i>A2 PEV, Absceto. Pele: n. demora -</i>											
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO <i>1. Clotrel 40g 2. Daploz 1g 3. Clotrel 1g EV 4. ATT IM</i>						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Condição <i>av. orto pedic -</i>						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>urgência</i>						☐ 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 <i>Dr. Camila Medeiros</i> CRM-RR 001880					
Impresso por: orlean.souza Data Hora: 15/07/2017 23:22:05						1700806497					

15/07/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

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

BLOCO B
Hospital Geral de Roraima

1700806497		15/07/2017 23:19:53		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 36	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		01/07/1986		31 A 0 M 14 D		702406045176526		86177141234	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDAD		237096		SSP/RR		19/08/2003		M	
Mão		Estado Civil		Raca/Cor		Naturalidade		Contato	
ALZINETE ALVES DE SOUSA		M		SOLTEIRO(A)		PARDA		ARACATI - CE	
Endereço		Pai		Ocupação		Sis Prenatal		Pressão	
RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		EDUVAN MOREIRA DE SOUSA		(95) 99131-4349		NÃO INFORMADA			
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				ORLEAN.SOUZA			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
Paciente vítima de acidente de moto x carro - colisão lateral em MIB. Ferimentos por impacto.									
Exame Físico									
Paciente, eupneico, a.c., ECG 15. Exame em MIB. MIB em peso 10.									
Hipótese Diagnóstica									
A2 MIB, Abdominal. Ferimentos: 1. lacerações - lacer. de tórax 10.									
SADT - Exames Complementares									
☒ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA	
☐ ECG		☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1. Analgésico 400mg @									
2. Analgésico 100mg @									
3. Clotado 1g EV 1x/6h									
4. ATT IM									
av. orto pedic -									
Condução									
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		Data e Hora da Saída/Alta: / /	
☐ Alta a Pedido									
☒ Alta a Revelia									
Transferência para: <u>residência</u>									
óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML		Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: orlean.souza		Data Hora: 15/07/2017 23:22:05							
1700806497									

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE DEISUVAN ALVES DE SOUSA				151668	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
910214101610141511716151214				01/07/86	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Márcia Alves de Sousa				M	
11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Siqueira, 225, Caluame				N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bela Vista				5 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima ACIDENTE DE TRÂNSITO (CARRO), evoluindo com fratura malconsolidada tíbia direita					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Tratamento cirúrgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Ex. Físico + RX					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Fratura tíbia e fíbula direita					
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

0908050500 → 5822
11799

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				151668	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7101241016104511761524				01/07/86	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Aparecida Alves da Souza				M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
R. Saura, 225, Caluarne					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boca Raton				AR	
15 - UF				16 - CEP	
AR					
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 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CSOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

Bloco-B
201-1

Nome: Deighivan Alves de Sousa
Alergico a Dipirona.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

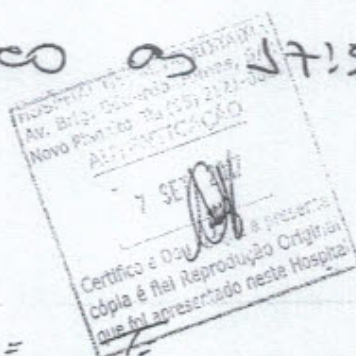


PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Deighivan Alves de Sousa	
DIAGNÓSTICO	Fratura do osso da perna. @	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
31		16/07/17
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SMP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18:24/56
4	DICLOFENACO 50MG VO 8/8H	usp
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	SIN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	14:50
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SIN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	SIN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SIN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SIN
14	CURATIVO DIARIO	Rotina
15	Tiludol 40mg IV, 1x/dia.	20:20
16		
17		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Adm. no Bloco 2 17:50h



Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18511/R

13:00 PA = 160/90 mm
17/07/17 pul = 94 b/c
T = 37°C
alex

SINAIS VITAIS	PA	FC
6 H		
12 H		
18 H		
24 H	131/89 98	37°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

10/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento HGR parte 1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HCR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	DAIGIVAN ALVES M OISA						
DIAGNÓSTICO	LACERACÃO NO OMBRO DA MÃO D.						
ALERGIAS	NENHUMA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	31	LEITO		DATA	16/07/17		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						Monitor
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						06-12
4	DICLOFENACO 50MG VO 8/8H S/N - 19:50						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N - 19:50						S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H						Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						S/N
14	CURATIVO DIARIO						M
15	TILICIL 40 IV 1X/312						10
16							
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						S/M
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%						
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
Dr. Eladio Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1829/RR							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO
Av. Brig. Siqueira Campos, 511
Novo Hamburgo - RS - 911-0520
ATENDIMENTO
7 SET 1997
Certifico e Declaro que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital.

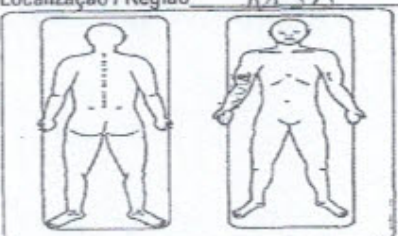
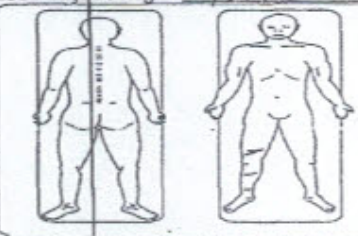
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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 DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____		2 - CNES _____ 4 - CNES _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE <u>Deislison Alves de Sousa</u> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>7101240161041511716151216</u> 8 - DATA DE NASCIMENTO <u>01/07/86</u> 6 - N° DO PRONTUÁRIO <u>151668</u> 9 - SEXO <u>M</u> 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <u>Alzinete Alves de Sousa</u> 11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <u>R. Sereia, 225, Camame</u> 12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <u>Fratura do fêmur direito</u>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <u>Ho unguem</u>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <u>Romane + E. física + Image</u>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <u>Fratura do fêmur D</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Osteossíntese de fêmur do fêmur</u> 25 - CLÍNICA <u>COX I Eletro</u> 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <u>COX I Eletro</u> 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF <u>7101240161041511716151216</u> 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <u>7101240161041511716151216</u> 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <u>Patrick Nabele José</u> 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <u>18/07/18</u> 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <u>Patrick Nabele José</u>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ 33 - SÉRIE _____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO _____ 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____ 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO _____ 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		36 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 37 - N° DO SINISTRE _____ 38 - CNPJ EMPRESA _____ 40 - CNAE DA EMPRESA _____ 41 - CBOR _____	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 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 HOSPITALAR _____	

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 201.1		

Nome: <u>Neiglivan Alves de Souza</u>			
DATA: <u>17.07.17</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>ASA</u> 	DATA: <u>17.07.17</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II <u>X2</u>	Localização / Região: <u>MIA</u> 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim <u>moderado</u> ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☒ Clorexidina 7% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☒ Tarde	
Última troca: Em caso de + de 24hs	<u>18.07.17</u>	<u>18.07.17</u>	
Limbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Renata</u>	02- <u>Adriana de Benevise</u>	01- <u>Renata</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			02- <u>Adriana de Benevise</u>
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

208-1

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/7/17 O.S. _____

Diglinson Alves
do Sousa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

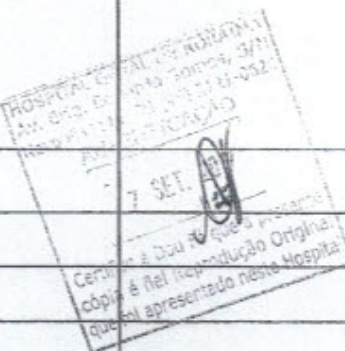
INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR: Dr. Bruno Scatão
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1041

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:



DURAÇÃO:
Patrick Rabelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1383 RQE 164

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Ref DWH sob traq
- ② aspiração + anti-embolia + colocação de garrote + cateter interno
- ③ acesso intercostal + drenagem de foco
- ④ antagim + LMC + Redução cruenta
- ⑤ colocação placa bloqueada 85 com colocação de 8 parafusos corticais sendo 2 intrafoculares + 1 parafuso bloqueado
- ⑥ LMC vergosa + drafia de FO + enoteno + Redução garrote

Deiglivan Alves de Sousa
M Faio 31a

B - 201-1

art.

Frat. osses da perna (d)
Trat. Cirurgico

Alérgico: _____
Alcool: _____ Fumar: _____
DROGAS: (Corticóide, fenotiazina, hipotensor, narcótico, hipnótico,
digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá,
cesopressor, IMAO, outros)
Estado Mental: Consciente Boca: MPI
Pescoco: boa mobilidade Veias: acessíveis
RX: _____
Feses: _____
Hepatograma: _____
Outros: TAP 16.2" TTPA 35.6" RNI 1.21
Parâmetro Clínico: AVD
PA: 130/70 Pulso: 68 Temperatura: 36.2°C

Medicação Pré - An.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____ LAUC: 17.4 Hb: 53.2% Hct: 17.9
Hm: 5.37 lc: _____ ls: _____ p. Lago: _____
r. Coag: _____ Pg: 288.06 Ureia: 47 * 4
creat: 1.10 Glc: 142 Na: _____ mEq/l
Cl: _____ mEq/lk _____ mEq/lpH _____ pO2: _____
pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____
URINA: d: _____ pH: _____ glc: _____ Alb: _____
Sedim: _____
Ap. gen. Uri: diversa OK
AP. Resp: Eupneia
AP. Circ: _____
AP. Dig: Func. Int. normal
S. Osteo - Art: Frat. atual
S. Nerv: _____
S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): I

AN. Proposta: An. Regim
Hirolio C. Ribeiro
Anestesiologista
RMHR: 1478

Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 10/06/20 Hora: 10:20
alta da SRPA
Por acordado, consciente, 9/10
99y Aldrete I. Segue em
condição de seguimento do BBA
B

Flávia L. N. Carneiro
Residente Anestesiologista
CRM-RN 1993

Sob orientação
do Exlyne





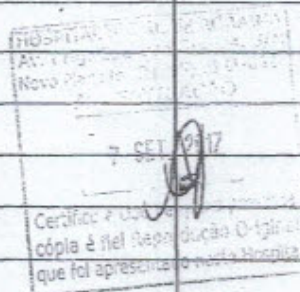
ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

201-1

Deiglivan Alves de Sousa 31ª

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA	EVOLUÇÃO	
	oste. Fratura Tibia Direita	Início 17:54 18:55
	curação	Anestesiado
	Dr. Patrick	Dr. Fabian
	Dr. Bruno	
	☒ gaze	
	☒ Compresse 0.5 cm	
	☒ Eletrodo	
	1 cateter 02	
	1 gelco 16	
	1 equipo macro	
	1 lençol 20	
	☒ ☒ Atadura 20cm	
	☒ Algodão 01g	
	1 Alcool 70%	
	cloridina 50ml	
	1 Unyl 2.0	
	1 mononylon 3.0	
	1 VA 7.0 - 17	8.0 - 07



ASSINATURA:



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Deigimar Alves de Souza

COD PS OPERAT RIC

18.04.17

Idade: 31

Local: 18.04.17

Interno () U.T. 2

Outros: 18.04.17

Pré-operatório: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

Exames: 18.04.17

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala Cirúrgica 14:30

Início da Anestesia 14:45

Término Cirúrgico 17:30

saída S.O. 18:55

Cirurgia Realizada

Anestesia

Antibiótico-Terapia

Hidração

Infusão

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Cirurgia Realizada

Anestesia

Antibiótico-Terapia

Hidração

Infusão

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

Nome: Dr. Juvanderson

SRPA

Localização

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Antes

Depois

Sinais Vitais

1h

15'

30'

45'

2h

3h

4h

5h

6h

7h

8h

9h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Deigliana Alves de souza
Cirurgião Responsável De Patriciu

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

- ☐ PACIENTE CONFIRMOU
- ☐ Identidade
 - ☐ Sítio Cirúrgico
 - ☐ Procedimento
 - ☐ Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☐ Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim

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

Dr. Alberto F. M. L. Assinatura
Cirurgião

Data 19/06/20 Assinatura e Carimbo

Hora: 14:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☐ 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.

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura e Carimbo



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

201-1

otopodia

Ry y thia ALERGIA A DIPIRONA

EXCLUSÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

18
04
17

Seighivan Alves de Sousa

- ① dieta livre
- ② gentamicina 240 g @ 1x dia → SIND
- ③ metformina 400 g @ 8/8h → 24-06-14
- ④ cefalotina 1g @ 8/8h → 24-06-16
- ⑤ cloxacilina 20 g @ 12/12h → 24-12
- ⑥ Aproxima 1g @ 6/6h → 24-06-18
- ⑦ SSU + CD 4g → Retina
- ⑧ curativo

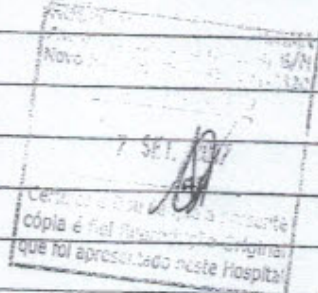
01:35h ⑨ bromel 100mg @ 6/6h 5h 02
SSU 100mg

Dr. Marlon D. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM-RR 1250



Kyldery Cavalcante
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1801

SSU
Debut
24/06/17
ferrugem



ASSINATURA:

21/07/2017

... Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00151668	Data Internação 16/07/2017	Data da Saída 19/07/2017
Número da AIH: 141710007640-3		
Enfermaria 201	to 2	

Dados do Paciente

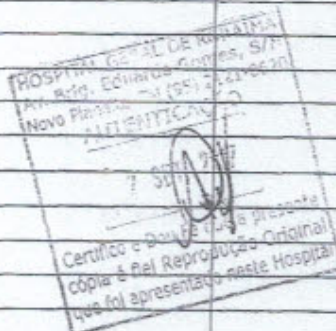
Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659
Nome do Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		
Cartão do SUS 702406045176526	Data de Nascimento 01/07/1986	SEXO 1 - Masculino
Raza/Cor PARDA		
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 237096	Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe ALZINETE ALVES DE SOUSA		
Nome do Responsável DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA	Fone p/ Contato (95) 99131-4349	
Endereço RUA - SUICA	Número 225	Bairro CAUAME
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR
CEP 69.311-131		

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM J412	Médico Solicitante Lábio	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0208050500	Procedimento Principal	Esp
C. Int 02	CID P 5622	CID S V299
CID CA	M. Sa 15	
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐ Alta ☐ Trans ☐ ybito		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01				10247		01	
02	02				9383		01	
03	06				308		01	
04	01	0201010015			69381		01	
05								
06			55				01	
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								



Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 16/07/2017	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE DEISIVAN ALVES DE SOUSA, 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 15/07/2012, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO OSSO DA PERNA DIREITA

NO DIA 15/07/12, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOTOMIA DE OROS DA PERNA DIREITA SENDO
OPERADO PELO DR. EDUARDO L. G. SOUZA E DR. PATRICIA.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/07/12, ÀS 12:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 04/08/2012, ÀS 8:00 horas, COM O
DR. ILDEARSON

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. EDUARDO L. G. SOUZA

BOA VISTA, 19/07/12

MÉDICO



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478673

A/C: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170664705
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Data do Acidente: 15/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000063369-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01435/01436 - carta_15R - INVALIDEZ

00030718

