

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: GEILSON RAMOS LIMA, Brasileiro, casado, desempregado, portadora do RG nº 3387151 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 003.457.152-33, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jose Renato Hadad, nº 1551 Bairro: Pintolandia CEP: 69.316-752. Tel: (95) 99144-6513 E-mail:adrianomagave252@gmail.com.

Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), 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, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica 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 caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 24/07/2020


GEILSON RAMOS LIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem
Inscrição - COREN RR 000.119.762
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOME
GEILSON RAMOS LIMA

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
BOA VISTA
RR
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO 20/09/1990 **DATA DE VALIDADE** 24/05/2021

V 05406720

FILIAÇÃO
FRANCISCO NELCIVAR LIMA DE
SOUSA
MARIA DOS REIS DE SOUZA RAMOS

IDENTIDADE
3387151

ÓRGÃO EXPEDIDOR
SSPRR

CPF
003.457.152-33

DATA DE EMISSÃO
24/05/2016

Geilson Ramos Lima

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALER COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE
LEI Nº 11.419/2006
DE 12/07/2006 (ART. 15 INCLUIÇÃO VI, LEI Nº 9.053/95)

DE 12/07/2006 (ART. 15 INCLUIÇÃO VI, LEI Nº 9.053/95)

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

GEILSON RAMOS LIMA, Brasileiro, casado, desempregado, portadora do RG nº 3387151 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 003.457.152-33, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jose Renato Hadad, nº 1551 Bairro: Pintolandia CEP: 69.316-752.

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, 24 / 07 / 2020



GEILSON RAMOS LIMA



CAERR
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

Matrícula: 337277
Data de emissão: Novembro/2019

Dados do Cliente:
Endereço para entrega: RUA JOSE RENATO HADAD, 01551 - PINTOLAND

Inscrição: 001.153.0292.0001
Rota: 001
Seq. Rota: 001
Quantidade de Economias: 1
Situação Esgoto: RESIDENCIAL

00147793
27/04/2000 LIGADO
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) POTENCIAL
LEITURA FAT. 818 829 11 NUM DE DIAS
LEITURA INF. 33
DT. LEITURA 03/10/2019 05/11/2019

ÚLTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO
201910	10-0
201909	12-0
201908	11-0
201907	10-0
201906	9-0
201905	15-0

MEDIA 11

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	COR	C. TOTAIS	E. COLI
EXIGIDAS	188	188	188	188	188
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRICAÇÃO
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
CONSUMO TOTAL(R\$)
11 M3 28,10
JUROS DE MORA 07/2019 0,24

TOTAL A PAGAR
28,34

VENCIMENTO: 15/12/2019



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
337277	11/2019	15/12/2019	28,34



82660000000- 2 28340004001- 2 00033727701- 6 11201950003- 5

Via do Cliente

Via da CAER

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

GEILSON RAMOS LIMA, Brasileiro, casado, desempregado, portadora do RG nº 3387151 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 003.457.152-33, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jose Renato Hadad, nº 1551 Bairro: Pintolandia CEP: 69.316-752.

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 VISTARR, 29 / 07 / 2020


GEILSON RAMOS LIMA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 14:14 Data/Hora Fim: 16/01/2020 14:47
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 12/01/2020 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cambará
Logradouro: RUA DR. RUBEM LIMA FILHO C/ RUA NAGIBE ELUAN
Complemento: PRAÇA DO CAMBARÁ

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GEILSON RAMOS LIMA (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 20/09/1990 Idade: 29 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Técnico em Enfermagem
Nome da Mãe: Maria dos Reis de Souza Ramos
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.457.152-33
RG - Carteira de Identidade: 338715

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSÉ RENATO HADAD Nº: 1551
Bairro: PINTOLANDIA
Telefone: (95) 99144-6513 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NUH0790	Número do Chassi FINAL 3224
Cor VERMELHA	Marca/Modelo HONDA CG 125FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Geilson Ramos Lima	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE na data em tela o declarante dirigia a sua motocicleta pela via em questão, rumo ao seu trabalho (Hospital Lote Íres),



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas
Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior
Data de Impressão: 16/01/2020 14:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002381/2020

quando sofreu um acidente de trânsito na esquina da praça do Cambará; QUE guiava pela Rua Rubem filho no sentido Centro-Bairro e no cruzamento com a Rua Nagibe, um veículo avançou a rua, não chegando a cruzar a preferencial, mas foi suficiente para fazer o declarante perder o controle da motocicleta e cair ao chão; QUE na queda houve danos no veículo e uma fratura no braço direito do declarante; QUE o motorista do veículo em questão acionou o SAMU e RESGATE, mas como não chegou nenhuma ambulância, ele levou o declarante em seu carro até o hospital mais próximo (Cosme e Silva); QUE no Hospital o declarante passou por exame de Raio-X, tomou medicamento e foi encaminhado ao hospital HGR, poré, na falta de ambulancia disponível, foi levado pelo cunhado (Adelson Araújo Viana Júnior) em carro particular até o Trauma do HGR com sangramento; QUE já no trauma passou por cirurgia e está atualmente internado no Hospital das Clínicas aguardando nova cirurgia. É o relato.

ASSINATURAS


Adelson Araújo Viana Junior
Agente de Polícia
Matrícula 42000909
Responsável pelo Atendimento


Geilson Ramos Lima
(Comunicante)

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

24/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

NIR

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

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

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

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO-EMISSION

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12/01/2020

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		☐ Vermelho		☐ Vermelho		☐ Vermelho		☐ Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		☐ Laranja		☐ Laranja		☐ Laranja		☐ Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		☐ Amarelo		☐ Amarelo		☐ Amarelo		☐ Amarelo	
		☐ Verde		☐ Verde		☐ Verde		☐ Verde	
		☐ Azul		☐ Azul		☐ Azul		☐ Azul	
2001208300		12/01/2020 07:43:57		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19 2	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GEILSON RAMOS LIMA		20/09/1990		29 A 3 M 22 D		704202779771785		00345715233	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		3387151		SSP RR		10/12/2013		M	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA DOS REIS DE SOUZA RAMOS		SOLTEIRO(A)		Parda		BRASILEIRA		BRASILEIRA	
Endereço		Pal		Contato		Ocupação		NÃO INFORMADA	
RUA - JOSE RENATO HADAD - 1551 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR		FRANCISCO NELCIVAR		(95) 99144-6513					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº 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:		Sis Prenatal	
GRANDE TRAUMA		TRANSPORTADO POR TER				ALEXSANDRO PEREIRA			
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)		Acidente motociclístico x carro. com fratura exposta de braço direito.							
Exame Físico		BEG, Hidrotálico, Normocorado.							
Fratura exposta de cotovelo direito, limpo, seco.									
Hipótese Diagnóstica		Fratura exposta braço direito.							
SADT - Exames Complementares		☐ RAIO-X		☐ ULTRA-SOM		☐ TC		☐ SANGUE	
		☐ URINA		☐ ECG		☐ OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1- Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml c/		Dr. Victor Costa Costa		Medico		CRM-RR 2143			
2- Dipirona 2g CVL									
Conduta		☐ Alta por Decisão Médica		☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Revelia		☒ Transferência para: ortopedia.	
óbito		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML		Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: alexsandro.pereira		Data Hora: 12/01/2020 07:44:27							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Geilson Tavares Lima

Data: 12.01.20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. Exposta de osso distal (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: LMC + Osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Jonathan 1º AUXILIAR: Paulo

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Fabiano ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em 200T sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Ampliação de incisão post. cl. divisão transfrontral
- 4) LMC exhaustiva cl. os.
- 5) Redução parcial dos fragmentos cl. os. fios de Kirschner
- 6) Controle radiológico
- 7) Instalação de FE transfrontral em cofre
- 8) Curativo

Dr. Jonathan C. Lima
Assinado digitalmente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

GEILSON RAMOS LIMA, 29a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
M2 0.3mg IV 04.20h F50 75mg IV SATISFATORIO		12-01-20
05 15 20 45 PD 15 35 45 CL 15 30 45 15 30 45		
AGENTES	N 20 02	
LIQUIDOS VENCOSOS	7 M E S L C U 18 500 500	
DA	240	
X	38 220	
ULSO	36 200	
ANES	34 180	
X	32 160	
OP	30 140	
Q	120	
TEMP	100	
ASPIR	80	
A	60	
RESP	40	
Q	20	
Expir		
Assist		
Contro		
SÍMBOLOS	A X B O A B C D E	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A LIDOCAINA 1%	100mg	BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL
B ROPIVACAÍNE 0.5%	50mg	VIA SUPRACLAVICULAR DIREITA
C		GUINAPAR DE VENTILADOR
D		VENTILADOR ESPONDILO
E		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Circula - Naso / Oro Faringea
HDCC		Naso / Otorrinal - Cegu
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo
S.Fis 0.9%	1000 ml	Sob Mânica
TOTAL	1000ml	Dificuldade Técnica NÃO
OPERAÇÃO	- Redução de fratura de úmero direito + bloqueio de fratura Extremo	
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Dr. Figueira / Dr. Carlos		Dr. Figueira / Dr. Carlos
PERDA SANGÜEA		COMPATIVEL

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 571
NOVO PLANALTO - TEL (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
26
Certifico e vou fazer a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste dia 26/07/2020

24/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario



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
Wilson Ramos Lima, 29ª			12 / 01 / 20

CIRURGIA

TIPO	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
Tratamento Cirúrgico Fratura Exposta de Cotovelo	09:54	11:31	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Jonathan	Dr. Falcão
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Paulo R.	Dr. Alberto
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Socorro, Elizângela e Samuel

TIPO DE ANESTESIA: TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
☒	PACOTES GAZE		☒	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 1, 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5		☐	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº 10 cm	
☐	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	plm	☐	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 24		☐	FIO CATGUT SIMPLES Nº 50ml de álcool a 70%	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº		☐	FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TORAX Nº ultracorta		☐	FIO PROLENE Nº - lúpulo maior	
☐	DRENO DE PENROSE Nº		☐	FIO SEDA Nº - lúpulo p/ anti-ruptura	
☐	SERINGA 01ML - jilco Nº 18		☒	SURGICEL - Marcados	
☐	SERINGA 03ML		☒	CERA P/ OSO - gomos	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
☐	SERINGA 10ML		☐	GEFOAM - 300ml de cloroxolona digerente	
☐	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	
	Ana Renata	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	
	Socorro, Samuel	
	Elizângela	
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 4747/03 Registro ANVISA 10228710095	SUB-TOTAL
	TAXA DE SALA	
	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Culson Ramos Lima		IDADE: 299	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data: 12/01/20
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Saramo, Samuel e Elizângela	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Braço e antebraço + Pequena Cirurgia					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
01	Fio de Kirschner N.º 2.0	03		
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)30494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 6747/03 Lote: 10A003615 Registro ANVISA: 10223710085				
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Jonathan</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Pablo R. Z.</u>		
INSTRUMENTADOR: _____				
Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
MÉDICO CIRURGIÃO: _____		1º AUXILIAR: _____		
INSTRUMENTADOR: _____				

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: sergma_her@gmail.com

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



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Name: Caulson Kimer Larson

Data: 12 / 01 / 2020

Setor/Leito:

Data de Nasc: 20 / 09 / 1940 Idade: 29

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Marlon Tavares Dantas</i>					
AGNOSTIA <i>1.6</i>					
ALERGIAS <i>1.6</i>					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
LEITO	DATA	<i>16/07/20</i>			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV <i>S/A</i>				<i>16 04</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>16 04</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>(14) (22)</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>16 04 10</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Retina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>m</i>
15	<i>gentamicina 240mg (ED) 1xao d'a.</i>				<i>16</i>
16					
17					
18					
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: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1908

24/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																					
PACIENTE	GELSON RAMES LIMA																								
AGNOSTIC	FRACTURA EXPOSTA COTOVELO																								
ALERGIAS	Ø	HAS	NEGA	DM2	NEGA																				
IDADE		LEITO		DATA	14/01/20																				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã																				
3	SF 0,9% 500ML EV ou 12/12 HS				12 24																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 1g IV 6/6 HS				12 13 24 06																				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN																				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN																				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN																				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 13 24 06																				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SUSPENSO																				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Relativo																				
14	CURATIVO DIÁRIO				Realize																				
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
AO HC NR Dr. Elder Soares Ortopedia e Traumatologia RUA 1025/RR																									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG), 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: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>128/62</td> <td>104</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				6 H	PA	FC	FR	12 H	128/62	104	16	18 H				24 H			
SINAIS VITAIS																									
6 H	PA	FC	FR																						
12 H	128/62	104	16																						
18 H																									
24 H																									
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									

SINISTRO 3200210672 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GEILSON RAMOS LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GEILSON RAMOS LIMA

CPF/CNPJ: 00345715233

Posição

em 18-06-2020

12:18:59

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
19/06/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

