

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO
Referente ao mês de Fevereiro 2018

145 A. C. AGUIERO PINTO - ME
RUA GO-26 247 69378-125 BOA VISTA / RR
CNPJ: 21.848.903/0001-93

Código 9 Nome do Funcionário
ANDERSON DE ARAUJO LIMA
Admissão 12/08/2017 CPF: 008.033.262-70 RG: 128.17628.89.1

CBO 7244-15 15 CHAPEIRO
CITPS 04290101 0003-0

CÓDIGO	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
5	Salário Mensalista	30,00	958,50	
440	Adicional Noturno Horas	59,00	62,64	81,70
9501	Salário Família	2,00	63,62	
9101	I.N.S.S.	8,00		
		Total	1.084,76	

Salário base 958,50 Base INSS 1.021,34 Base FGTS 1.021,34

SALÁRIO LÍQUIDO R\$ 560,46
Valor FGTS 81,70 Base IRRF 560,46

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.

10/3/2018 Assinatura do funcionário: Anderson de Araujo Lima
Boa Vista Asses Cont & Empresarial



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Anderson De Araújo Lima, brasileiro(a),
estado civil: Divorçado, Profissão: Senhorzinho,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 4562951 SSP/AM e inscrito(a) no
CPF/MF nº 808.033.262-20, residente e domiciliado (a) na
Rua: CCL9, nº 435, Bairro:
Louisa Martins, no município Boa Vista /RR,
telefone: 99173.1208/98401.0521, E-mail: _____,
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista - _____ /RR 17, de Março de 2019.

Anderson de Araújo Lima

Outorgante



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. Jafon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

OAB/RR317-B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Anderson De Araújo Lima
estado civil casado, RG nº 456295155PIAM, e CPF nº 808.033.262-20, residente e domiciliado (a) na Rua: CC 19, nº 435, Bairro: Luana Maria, Cidade Bom Vista - Roraima, telefone (95) 99173-4208/98402-0521.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Bom Vista - RR, 17 de Março de 2019.

Anderson de Araújo Lima

DECLARANTE



ANDERSON DE ARAUJO LIMA

FILIAÇÃO: SAMUEL DE OLIVEIRA LIMA
 NANCETE FERREIRA DE ARAUJO
 NASCIMENTO: 08/02/1961 SEXO: MASCULINO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: MANACAPURU - AM
 DOCUMENTO: R.G. 1562951/SESP AM 24/04/1988
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF: 000.000.000-00 CNH:
 TIT. GLEITOR: 0030/6812602 SEÇÃO: 398 ZONA: 1
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 14/04/2010

[Signature]

 ANDERSON DE ARAUJO LIMA

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">L E G I S L A D O</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O D I G O</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">N O M E</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O D I G O</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O D I G O</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O D I G O</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">C O D I G O</p>
--	--	--	--	--	--	--

NOTA FISCAL Nº 02-ED-2018

DATA: 20/02/2018
 VALOR: R\$ 47,29

CONSUMO: 50 A.KS 0,571011 = 28,55
 ILUMINACAO PUBLICA: 18,74

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nome: [] Nº: [] Endereço: []

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo (A.KS)
JAN/18	0
FEV/17	237
MAI/17	276
NOV/17	284
DEZ/17	247
AGO/17	215
MAI/17	233
FEV/17	252
NOV/17	303
AGO/17	275

RESERVAÇÃO FISCAL 3A25.808B.8941.709B.1646.103F.A44B.A07E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTO CONTRIBUIÇÃO - R\$	
Distribuição	0,57	Base de Cálculo	28,55
Energia	13,71	Adicional ICMS	17,00%
Tratamento	0,00	Valor do ICMS	4,85
Encargos	0,57	Valor do IPTU	0,15
Tributação	5,70	Valor do COFINA	0,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,43	10,86	21,73	3,61	7,22	14,45	3,11
3,85			3,00			0,85

DISTRITO ROT: 7.001.28.02.122800

Eletrobras
 Distribuição Roraima

Av. Capanga, 134 - 68062-011 - Cametá - RR - CEP: 68062-011
 CNPJ: 08.344.290/0001-44 - Insc. Estadual: 24.007.000-9

0104644-6
 Mês Faturado: 02/2018
 VENCIMENTO: 06/03/2018

16ª da Nota Fiscal: 000200524 FCAM

836400000000 3 47290075000 2 00000000104 0 64460218008 0

DT. LEIT: 20/02/2018 T. ENTR.: 07
TOTAL: 47,29 CARGA: 019
4820 NINDIO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº031363/2016/DAT.**

O(A) Sr.ª

NOME: ANDERSON DE ARAÚJO LIMA

RG : 1562951-1

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 08/02/1981

TELEFONE: 99173-9607

ENDEREÇO: LAURA MOREIRA, 438

BAIRRO:CUNJUTO CIDADÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-110

O(A) comunicante compareceu nesta especializa para informar que :

No endereço supra citado, no local em contato com a testemunha o mesmo informou que os veiculos transitavam pela mesma via em direção um ao outro, quando ANTONIO DE ARAÚJO conduzindo o FIAT UNO de cor VERDE e PLACA JWS 0700 tentou fazer uma conversão a esquerda e a motocicleta YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, de cor PRETA, PLACA NAQ 8294, CHASSI 9C6KE1950E0001928, conduzida por ANDERSON DE ARAÚJO LIMA, veio a colidir com a parte frontal direita do veículo FIAT UNO; Que com a colisão ANDERSON caiu sofrendo uma fratura no dedo do pé direito e trauma na cabeça. Informo que o SAMU se fez presente e fez a remoção de ANDERSON ao HGR para atendimento especializado; Que



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



ANTONIO DE ARAÚJO nada sofreu. Informo ainda que os envolvidos não possui CNH. Informo que a perícia compareceu ao local com o perito CEZAR GONELA; Que após os procedimentos o local foi liberado; A motocicleta pertencente à MARIA MADALENA NASCIMENTO MESQUITA estava com o documento atrasado, porém por falta de meios para os demais procedimentos, foi liberada no local para ERILENE SANTOS OLIVEIRA, O veículo FIAT com documentação em dias, pertencente à ANTONIO DE ARAÚJO foi entregue a MOISÉS ALVES; Que ANDERSON DE ARAÚJO LIMA não apresentava sinais de ter ingerido bebida alcoólica. É o relato.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Boa Vista - RR, 15 de março de 2017.


Agente de Policia Civil


Comunicante

ASL-0133872/17
jose.junior.0019
21/03/2018 17:26:42

ASL-0133872/17
jose.junior.0019
21/03/2018 17:26:42

PMRR - 2ºBPM **RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**
SERIE "J" **Nº 043473**

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
VT 2.5	OESTE	27/09/16	---	12:47	12:47	12:54	15:22
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin			
1001, 1003	13009, 13999	-----	24.489	24.500			

LOCAL DE OCORRÊNCIA
 Rua: Raimundo Alves de Souza c/ S - 18 Bairro: Sen. Hélio Campos Refe.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

¹ Envolvido	Nome: <u>Antônio de Araújo</u>	Idade: <u>49</u>	E. Civil: <u>Casado</u>
Endereço:	<u>Rua: S -16, 572 - Senador Hélio Campos</u>		
Edt. R.G	<u>321170-3 SSP/RR</u>	CNH	<u>Não Possui</u>
Profissão:	<u>Operador de Maquinas</u>		
² Envolvido	Nome: <u>Anderson de Araújo Lima</u>	Idade: <u>35</u>	E. Civil: <u>Casado</u>
Endereço:	<u>Rua: CC -19, 438 - Conjunto Cidadão</u>		
Edt. R.G	<u>1562951-1 AM</u>	CNH	<u>Não Possui</u>
Profissão:	<u>Serralheiro</u>		
³ Testemunha	Nome: <u>Moises Alves -</u>	Idade: <u>27</u>	E. Civil: <u>Casado</u>
Endereço:	<u>Rua: Almir Fofocas, 120 - Senador Hélio Campos</u>		
Edt. R.G	<u>330006-4</u>	CNH	<u>04782187279 AD</u>
Profissão:	<u>Sem Ocupação</u>		
⁴ Responsável	Nome: <u>Erlene santos Oliveira</u>	Idade: <u>37</u>	E. Civil: <u>Solteira</u>
Endereço:	<u>Rua: Luiz Tavares, 189 - Senador Hélio Campos</u>		
Edt. R.G	<u>153731 SSP/RR</u>	CNH	<u>05105383379 AB</u>
Profissão:	<u>Motorista</u>		

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 08/02/2017
Sd. Ailena

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Aparentando perfeito estado físico e mental.

ASSINATURA [Assinatura] CARGO AC PC LOCAL 4º DP

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia do 4º DP
 Comunico-vos que fomos acionados via CIOPS, para atender ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado. No local em contato com a TESTEMUNHA, o mesmo informou que os veículos transitavam pela mesma via um em direção um ao outro, quando o ITEM 1 conduzindo o FIAT UNO de cor verde e placas JWS 0700 tentou fazer uma convenção a esquerda e a motocicleta conduzida pelo ITEM 2 veio a colidir com a parte frontal direita do veículo FIAT UNO; Que com a colisão o item 2 caiu sofrendo uma fratura no dedo do pé direito e trauma na cabeça. Informo que o SAMU se fez presente e fez a remoção do ITEM 2 ao HGR para atendimento especializado; Que o ITEM 1 nada sofreu; informo ainda que os envolvidos não possuem CNH. Informo que a perícia compareceu ao local com o perito CEZAR GONELA; Que após os procedimentos o local foi liberado; a motocicleta, pertencente ao item 2, estava com o documento atesado porem por falta de meios para os demais procedimentos, foi liberada no local para a ITEM 4; o veículo FIAT, com documentação em dias, pertencente ao item 2, foi entregue ao ITEM 3. Apresento o ITEM 2, que não aparenta sinais de ter ingerido bebida alcoólica, nesta DP para as providencias que couber.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031363/2016-A01

DADOS DO REGISTRO
Data/Hora Início do Registro: 31/03/2017 12:14
Data/Hora Fim: 24/04/2017 09:57
Origem: Policia Militar Data: 27/09/2016
Delegado de Policia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 27/09/2016 15:22
Local do Fato
Município: Boa Vista
Logradouro: Raimundo Alves de Souza com S-18

Bairro: Senador Hélio Campos

Tipo do Local: Via Pública	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
Natureza	Não Houve	Não
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros		

ENVOLVIDO(S)

Nome: MOISES ALVES (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado(a)
Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Almir fofocas
Bairro: Senador Hélio Campos
Sexo: Masculino
Idade: 27
Nº: 120

Nome: ANDERSON DE ARAÚJO LIMA (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Serralheiro
Estado Civil: Casado(a)
Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua CC-19
Bairro: Conjunto Cidadão
Sexo: Masculino
Nº: 438

Nome: ERILENE SANTOS OLIVEIRA (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro(a)
Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Luiz Tavares
Bairro: Senador Hélio Campos
Sexo: Masculino
Nº: 189

Nome: ANTONIO DE ARAUJO (CONDUTOR)
Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Operador de Máquina
Endereço
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua S-16
Bairro: Senador Hélio Campos
Sexo: Masculino
Nº: 572

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 24/04/17
Soni P. Oliveira
Delegada de Polícia Civil
Nº: 6707577



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031363/2016-A01

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

conforme ROP/PM: Senhor delegado, comunico-vos que fomos acionados via CIOPS, para atender ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado. No local em contato com a testemunha, o mesmo informou que os veículos transitavam pela mesma via em direção um ao outro, quando o item 1 conduzindo o FIAT UNO de cor verde e placas JWS 0700 tentou fazer uma convenção a esquerda e a motocicleta conduzida pelo ANDERSON DE ARAÚJO LIMA (item 2) veio a colidir com a parte frontal direita do veículo FIAT UNO; QUE com a colisão o item 2 caiu sofrendo uma fratura no dedo do pé direito e trauma na cabeça. Informo que o SAMU se fez presente e fez a remoção do ANDERSON DE ARAÚJO LIMA (ITEM 2) ao HGR para atendimento especializado; QUE o item 1 nada sofreu, Informo ainda que os envolvidos não possuem CNH. Informo que a perícia compareceu ao local com o perito CEZAR GONELA; QUE após os procedimentos o local foi liberado; a motocicleta pertencente ao ANDERSON DE ARAÚJO LIMA (item 2), estava com o documento atrasado porém por falta de meios para os demais procedimentos, foi liberada no local para o item 4; o veículo FIAT , com documentação em dia, pertencente ao item 1 foi entregue ao item 3. Apresento o item 2, que não aparenta sinais de ter ingerido bebida alcoólica, neste DP para as devidas providencias que couber.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

policia militar do estado de roraima
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-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Sora Figueira de Carvalho
Agente Administrativo/União
Mat. 0707577

FICHA DE ATENDIMENTO



192

Unidade: _____ Equipe: *Cona. Estacion 1-1000 Equip*
 Paciente: *Anderson de Brito Lima* Idade: *35* Sexo: *M*
 Endereço: *Raimundo Alves de Brito Ant. 132 prox Chelares, B. S H Comp 3*

CHAMADA

Nº *1757* DATA *27/03/2016* HORA: *12:40*
 Médico(a) Regulador(a) Dr. (a) CRM: *1109713-16*
 MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> PAF Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neuroológica
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>supino</i>	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <i>S/A</i>	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miiose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrrea <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <i>13:03</i>	<i>90/60</i>	<i>98</i>	<i>28</i>	<i>98</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>(13)</i>	<i>-</i>
Fim <i>13:35</i>	<i>90/60</i>	<i>93</i>	<i>27</i>	<i>100</i>	<i>/</i>	<i>/</i>	<i>13</i>	<i>-</i>

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	PESCOÇO	TORAX	ABDOME
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umíde <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <i>Prodi</i> <i>Geno XVI</i>	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Erisipela Sub-Cutânea	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Torax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <i>de 4º pescoço</i> <input type="checkbox"/> Amputação			

AVALIAÇÃO CARDIACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA REGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Filiter	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alérgias <input type="checkbox"/> Outros

GRAVIDADE COMPROVADA: ILESO SEVERA PEQUENA MORTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): *Paulo Sergio de Souza* CRM-RB 1772

INCIDENTE

Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS: *SMTRAN*
 Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros:

EM: *24/03/17*
Stephanie

RCP

Iniciada as: _____ Término as: _____
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obe:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

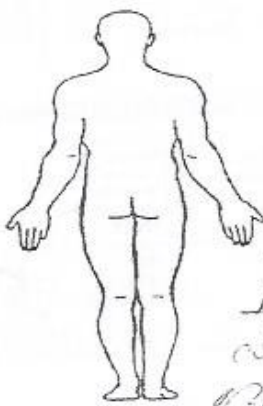
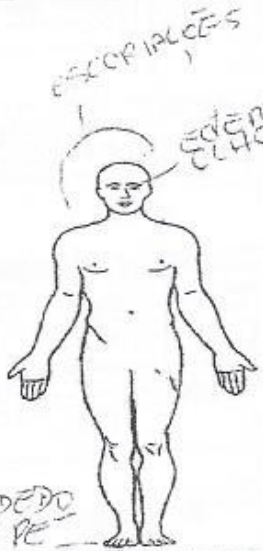
DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
----------------	--	--

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____

As últimas encontradas ao solo com, copacati, fole, Rizer, Maxem-tandi, transe na face posterior esquerda, com lesões em 5 graus de guaxima, e fratura metacarpo do 4º dedo e escoriação em mancha rígida + color avermelhada.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escler	
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	> 35
Músculos Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09
	Orientado	Balbuça	5	0
	Confuso	Choro intado	4	> 90
Músculos Motor	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 88
	Sens ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49
Músculos Motor	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0
	Localize a dor	Retira ao toque	5	14 a 15
	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4

feito com soro + 500 ml a 0,9% dig. Ringer lactate



*24/03/17
Stephane*

*4P
8 por de sus 4 m
respondo ao po
Lactadus 10 com
algeleio
R. L. 500 ml*

<p style="text-align: center;">GESTANTE</p> <p>IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____</p> <p>Perda de líquido: _____ BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p>	<p style="text-align: center;">MATERIAL E MEDICAÇÃO</p> <p><i>1 glo 15 1 equipe meow</i></p>
---	---

16

::: Guia de Atendimento 02 :::

BLOCO B

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



1600659865		27/09/2016 13:35:17		FICHA DE ATENDIMENTO		TRANSMISSOLOGIA		DIURNO 07-19		16	
Paciente ANDERSON DE ARAUJO LIMA			Data Nascimento 08/02/1981		Idade 35 A 7 M 19 D		CNS		CPF		Prontuário
Tipo Doc IGNORADO		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor SEM INFORMAÇÃO	Naturalidade MANACAPURU - AM		Contato (95) 99145-7024	
Mãe IVANETE FERREIRA DE ARAUJO		Ocupação NÃO INFORMADA									
Endereço RUA - RIO AMAJARI - 15 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR											
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.				Registrado por: EMILIA.MACHADO			
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem							GSC		TOTAL		
							AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
<i>paciente trouxe trauma no braço e costela, fratura</i>											
Exame Físico											
<i>Pele Suma; Pulso normal</i>											
Hipótese Diagnóstica											
<i>Fratura costela</i>											
SADT - Exames Complementares											
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<i>13 ml de analgésico, em 15 minutos</i>						<i>reabrir</i>			<i>na época</i>		
<i>4 + 4 + 6 = 14</i>						HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Av. Brta. Eduardo G. 3308, S/N		
<i>Exe, costela, RTD</i>						Novo Planalto - RR (31)			1701-0000		
<i>Exe, costela, RTD</i>						08 FEV. 2017			Sheila		
<i>Exe, costela, RTD</i>						CRM-RR 11111			que foi apresentado neste momento		
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				<input type="checkbox"/> Ambulatório				<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido				<input type="checkbox"/> Internação				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia				<input type="checkbox"/> Transferência para: <i>UTI</i>							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input checked="" type="checkbox"/> <i>Outópnea</i>				ML Anatomia Patológica ____/____/____			
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
						<i>Edmundo R. dos S. Pereira</i>					
						CRM-RR 11111					
Impresso por: emilia.machado						1600659865					
Data Hora: 27/09/2016 13:36:03											

Tratamento de Malocclusão
Orbita

Dr. Ricardo Brito Farias
Cirurgião Dentista
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO 056 RR

15.45h ortognático prot cl 4 exprota 3 = falange
Z Pe (O)

LMC
CB = redução + inob + trafia
rx controle

ao GT Pl
manutenção dos dentes
exprotações solitadas

cestraxone 1g (O)





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

notificado
às 08:00h
03/10/16

notificado
às 08:00h
04.10.16

Comunicação
10:30h 30.09.16

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____

NOME: Anderson de Araujo Lima

IDADE: _____ REGISTRO: _____

ENFERMARIA: 217 LEITO: 02

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Bucaramulo PARA: Cardiologo

Dados Clínicos:

Paciente vítima de acidente motorciclístico com
fratura de zygoma. Programado para cirurgia na próxima
semana.
Solicitado avaliação e Resco Ortopédico.
Certo!

30/09/16
Data

[Signature]
Braga
Cláudio Braga
& Implantologia
CRM-RR 717
Médico

[Signature]
Resco Ortopédico
Tendão

Recebi 110 mg de morfina
para 50 mg de morfina
para 27 mg de morfina
ECC - fratura de zygoma
fratura zigomática ASD II

Data

Médico

[Signature]
Médico de Curatela
CRM-RR 717

GOVERNO DE RORAIMA
PARAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

217-2

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

DATA
HORA

Anderson Le Prunço

2/10	(1) Nula Grande (V)								SND
	(2) SF 0,9% 500ml (E)	8/8h							Paciente em (08) 18 24
	(3) Cefalotina 1g (E)	6/6h							12 18 24 06
	(4) Dexametasona 4mg (E)	12/12h							18 06
	(5) Ketorolac 20mg (E)	12/12h							18 06
	(6) Daptomina 1g (E)	6/6h							12 18 24 06
	(7) Tramadol 100mg (E)	8/8h							(S/N)
	(8) Omeprazol 40mg (E)	1x dia							06
	(9) Higiene oral 3x/dia								M T N
	(10) SSVV FCC66								ROTINA
	(11) Paciente autorizada Absolver-se p/ voltar								

Paulo Sergio de Souza
Médico
R. 114 x 79
PA. 114 x 79
P. 68

06/0008-PN 129778 18h
P-48 1-368 PA. 114x79
P-68

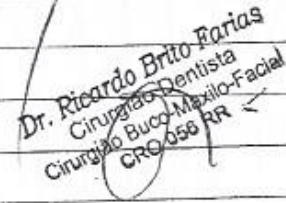

ASSINATURA: _____

CRM: _____



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

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA	EVOLUÇÃO
	<p>04/10/16 - 14:34.</p> <p>Emergência suspensa em salão de espera 2 emergência</p>
	<p style="text-align: center;">  Dr. Ricardo Brito Farias Cirurgião Dentista Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRO/RR 114 </p>
04-10-16	<p>Paciente com procedimento emergencial suspenso por inaccessibilidade de assistência da Sala emergencial por uma emergência. Retornar ao bloco e aguardar a marcação de seu procedimento.</p>
	<p style="text-align: right;">  Rebeca Macedo Costa Enfermeira COFEN 1297114 </p>

ASSINATURA: _____

CRM: _____

217.2

NIR

Regulado para leito

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Governo do Estado de Roraima
 "Amor é Patrimônio dos Brasileiros"

UNIDADE / SETOR: 217-2 N° DE REGISTRO: 1055w
 LEITO: Regulação Interna

NOME DO PACIENTE: Anderson de Araújo Lima
 PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Sheila

QUARTO: 08 DATA: 08 FEV. 2017
 HOSPITAL: Sheila

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
28/09/16	1) Dieta líquida / pastosa @ 2) SF 0,9% 500ml @ 8/1h 3) Dextrose 50% 4mg @ 8/1h 4) Carbetolina 18 @ 6/1h 5) tenoxicam 20mg @ 2/1h 6) Dipirona 1amp @ 8/1h 7) complexo B + vitamina C 8) frenal 20mg @ 8/1h 9) SSU 500mg @ 8/1h	SIND 08-16-24 18-18-24-26 18-26 08-16-24 18-19-20 SN Patina	12hb/PA - 113x60 FC - 66 800 PA - 170 x 70 P-60 T-36,8°C. Paciente recebido do GT ao 15:10, lucidando bem quando no plantão, segue sob cuidados de enf. Soc: EVA. 21.25 Paciente com queixa de dor na P.A 114 x 72 mmHg subo: 55 bpm T. 37°C. Est. estável 06h - PA - 117 x 81 P - 54 T - 36°C

Cirurgião: [Assinatura]
 21.25.2017

[Assinatura]



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____

NOME: Anderson de Araújo Lima

IDADE: _____ REGISTRO: _____

BLOCO: _____ ENFERMARIA: 217 LEITO: 02

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Duracomato

PARA: Ortopedia

Dados Clínicos:

Paciente vítima de acidente motociclístico com trauma em pé direito. Sobito inchaço e dor.



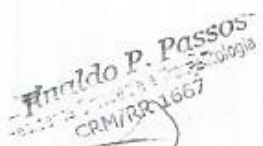
29/09/16
Data

Brando P. Passos
Médico

em tempo, paciente com história de trauma no pé D. o mesmo com lesão contusa em pé D. dor e 3: lesão em processo de cicatrização o mesmo nega lesão do RX. Não percebe se fractura no pé D. porém antes de alta encaminhado a ortopedia para realizar exames

30/09/16
Data

orientado pelo
Dr. Vitor Montenegro
Médico



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *ANDERSON de Araújo Lima*

6 - N° DO PRONTUÁRIO: *150527*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *7101018101519191715161641817*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *08/02/81*

9 - SEXO: *M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: *Juanele Ferreira de Araújo*

11 - TELEFONE DE CONTATO: *913 911141517101214*

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): *R. Rio Amajari, 15, Aracelis*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Assimetria Facial esquerda menor bitrípica D.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Chinco + TC*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: *FRAT. MAXILAR LATERAL*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Red. + Fix. de Fratura*

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: *Ricardo N. Farias*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): *Dr. Ricardo N. Farias Dentista*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAFETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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 EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *27/9/16*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): *10 Aih (12.9 a b.10)*

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0308040019 - T068*

5024

V299



Governo do Estado de Pernambuco
 "Atividade Profissional em Enfermagem"

0:00	36,30	72	21	120 x 90 cm mtb
18:00	36,60			120 x 75 cm mtb
21:00	36,60	30		120 x 75 cm
24:00	36,60	57		100 x 70

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR: **Quarto 13** QUARTO: **237** LEITO: **02** N° DE REGISTRO: _____

NOME DO PACIENTE: **Anderson de Azevedo**

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: **Buromaxilo**

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO
-------------	------------	---------	-------------------------	------------

1) Dieta (seco) líquido / pastosos 180 SUB 19:00 22:00
 2) SE 0,9l soro 818m 05:00 08:00
 3) ceftriaxona 1g 616h 08:00 18:00
 4) tenoxicam 20 mg 2018h 18:00 21:00
 5) Dipirona 1g 616h 05:00 18:00
 6) Omeprazol 20mg 1x dia 05:00 18:00
 7) 55w e CC66 18:00 21:00

Bruno Henrique dos Santos
 Enfermeiro
 CRM-PE 717

Cristina Siqueira de Brito
 Tcc em Enfermagem
 COREN-PE 40259

18:00hs - Paciente retornou de C.C. mas não fez o procedimento, foi admitido em enfermaria. Segue com cuidados de enfermagem. Tcc 816m.



Gov. do Estado de Rio Grande do Sul
Amazônia Paranaense dos Escalvados

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR: Bloco B QUARTO: 217 LEITO: 2 Nº DE REGISTRO:

NOME DO PACIENTE: Anderson de Aguiar Lima

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Bruno Maxillo

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/10/16	1) Dexte Lig / Pentonate (C)	SND.	10 hs PA = 120 / 73 mmHg FC = 58 bpm
	2) ST 0,9 % SOND (C) 8/8h.	18-18:30	T = 35,9°C
	3) Cefalohina 1g (C) 6/6h.	18-18:30	Gal Realize
	4) Dexametasona 4mg (C) 12/12h	18-18:30	15 hs PA = 90 / 60 mmHg FC = 53 bpm
	5) Remoxian 20mg (C) 12/12h	18-18:30	T = 36,3°C
	6) Dripina 1g (C) 6/6h.	18-18:30	24:00
	7) Trammel 20mg (C) 8/8h S/N	SN	PA = 120 / 70 FC = 61
	8) Ondansetrona 4mg (C) 8/8h S/N	SN	PA = 119 x 75 FC = 66
	9) Omeprazol 20mg (C) 1x/di	SN	Temp: 36,3°C
	10) Mupirocin 3x/di	SN	
	11) Curoletro 400mg	SN	
	12) SC 111 1x/di	SN	

BRUNO MAXILLO
Enfermeiro



Gov. do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

13:00
14:00
15:00

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	Bl. 101	QUARTO	217	LEITO	02	Nº DE REGISTRO
-----------------	---------	--------	-----	-------	----	----------------

NOME DO PACIENTE Anderson de Almeida Lima

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS Enfermeiro

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO
30/09/16	1) Ducha Local / Banho (V)	15:00		
	2) SF 0,5% 500 ml (EV) 8/8x	16:00		
	3) Oclotomina 1g (EV) 6/6x	18:00		
	4) Dexametasona 4mg (EV) 12/12x	18:00		
	5) Isoniazida 300mg (EV) 12/12x	18:00		
	6) Rifampicina 1g (EV) 6/6x	18:00		
	7) Trimoprim 80mg (EV) 12/12x	18:00		
	8) Furosil 100mg (EV) 8/8x 5x	18:00		
	9) Oxidacion 20mg (EV) 8/8x 5x	18:00		
	10) Higiene Oral 3x / dia			
	11) SSV + CCG			
	12) Curativo Písteo			

Hora	T	P	R	PA
12:00	36c	54		90x60
18:00	36c	34		100x60
24:00				
06:00				

OBS: DEFICIENTE DE FUNCIONÁRIOS

Tecn. Kelly



Governo do Estado de Pernambuco
 Secretaria Pernambuco dos Biotérios

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

QUARTO 214
 LEITO 02

Nº DE REGISTRO

UNIDADE / SETOR

21003

NOME DO PACIENTE

Anderson de Araújo

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Enfermeiro

PRESCRIÇÃO

DATA / HORA

05/10/16

- 1) Dieta B normal (ve)
- 2) SE Oxi SOD (FEV) 12/12x
- 3) Col. SOD 1g (FEV) 6/6x
- 4) Dipirona 1g (FEV) 6/6x
- 5) Omeprazol 20mg (FEV) 1x/1x
- 6) SSW + EGGE

HORÁRIO

5:15
~~12:15~~
~~12:15~~
 12:15
 06
 12:15
 12:15

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

Hora	T	P	P	D
12:00	36.3	53	-	90.1 50
18:00	36.6	57	-	130.80
24:00	36.6	61	-	98.1 52
06:00	36	59	-	115.77

Hospital Geral de Roraima

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 06/10/2016

PACIENTE: Anderson Araújo Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Complexa de Le Fort II
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução + Fixação de Fratura Complexa de Le Fort II
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgica
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura Complexa de Le Fort II

CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo Acioly	1º AUXILIAR: Dr. Dennis Dinelly
2º AUXILIAR: Est. De Cirurgia João	3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: Célia Vieira	ANESTESIA: Geral
ANESTESISTA: Dr. Eweline	ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH, sob AG, Intubação naso traqueal esquerda.
- 2- Antissepsia + Assepsia.
- 3- P.C.C.E + fixação dos campos com nylon 2.0.
- 4- Anestesia infiltrativa com nova bupvacaina com vaso diluído 1/3 de SF 0,09%.
- 5- Posicionamento de trampão intra oral.
- 6- Incisão de acesso infra ciliar em região de orbita esquerda +divulção por planos + descolamento periosteal + Acesso a Fratura + incisão de acesso intra oral em fundo de suco superior em região de maxila esquerda + descolamento muco periosteal + acesso a Fratura.
- 7- Redução + F.I.R em região infra orbitária com 01 placa reta de 16 furos 1.5 (placa foi cortada moldada e utilizado 12 furos em orbita esquerda, os outros 04 furos usados na parede lateral de fossa nasal)+ 13 parafusos 1.5X06mm "C" + 01 placa "y" de 06 furos 2.0 (placa foi cortada e utilizado 05 furos) + 04 parafusos 2.0X06mm"C" em região de pilar zigomático + 01 placa reta de 12 furos 2.0 (placa foi cortada e utilizado 06 furos) + 05 parafusos 2.0x06mm "C" em região de pilar zigomático.
- 8- Hemostasia
- 9- Suturas de planos internos com vicryl 3.0 + sutura de planos externos com nylon 6.0.
- 10- Revisão dos sistemas.
- 11- Remoção do Tampão intra oral.
- 12- Alta cirúrgica.


Rodrigo da França Acioly
Cirurgião de Cabeça e Cérvico-Maxilo-Facial
CRM RR 251

Boa Vista – RR 2016



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Anderson Araujo Lima				08/10/18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Redução cirúrgica de		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
cofech II		15:15	16:16		
EQUIPE MÉDICA :					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dra. Evaline		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Dr. Fabio		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		Acd. João		
	CIRCULANTE		Roures + Rozimar		
TIPO DE ANESTESIA: Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº Sonda Aspiração	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML 60x20		1	SURGICEL degermante 150ml	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM Mesclaras	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
				OUTROS: Seringa 60ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Rebeca		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		Roures		TAXA DE ANESTESIA	
		Rozimar		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Governo do Estado de Pernambuco
 Academia Pernambuco de Especialistas

2122

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR: HCTZ QUARTO: 214 LETO: 2 Nº DE REGISTRO: _____

NOME DO PACIENTE: Anderson de Aguiar Lima

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: _____

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
06/10/16	Dita liquida 100ml VO	18:00	18°
	SE 097 500mg EV 2/8h	18:00	12° 18'
	Clopidogrel 1g EV 6/6h	18:00	18°
	Dexametasona 4mg EV 12/12h	18:00	18°
	Paracetamol 20mg EV 12/12h	18:00	18°
	Insulina 10mg + 10mg SF 097 EV 12/12h	18:00	18°
	Insulina 10mg EV 6/6h	18:00	18°
	Paracetamol 20mg EV 1x dia	18:00	18°
	DDH 30'	18:00	18°
	SSIV + Cloro	18:00	18°

Dr. Dennis Dineelly
 Cir. Buco Maxilo
 CRBOP 505

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
MAR - Bloco B		257	2	
NOME DO PACIENTE				
Anderson de Araújo Lima				
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS				
Bucconaxilo				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
07/01/16	(1) Dieta líquida / pastosa (2) ST 0,9% 500ml 6/6h (3) Cetilolina 1g 6/6h (4) Dexametasona 4mg 6/6h (5) Fenoxiben 20mg 12/12h (6) tramadol 100mg + 100ml 2x 9h: 10ml 8/8h (7) Dipirona 1g 6/6h (8) Omeprazol 20mg 1x dia (9) DDA 30° (10) SSUV T 006 (11) ALTA AOS PITALAR	S.M.D		



Elmano A. ...
 Genérico
 Genérico 717

Stamp: 08 FEB. 2016, Smele, with a grid for recording dates and times.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
	Admissão de Agno Lima.
	Exame físico do paciente sob o qual;
	foram de feto de Útero = Vácuo (E). Realizado
	procedimento cirúrgico de fúrese a 35 dias. (realizado
	cirúrgico de fúrese de vácuo = Útero (E).
	Do exame encontrado em AEC apresentando
	sendo necessário ao dia de agitação de res. após
	doel, até completo reparação de feto.
	CTD 5.024
	26. 14/10/16
	
	



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Anderson de Araujo Lima

Data da internação: 27/09/18 Data de alta: 07/10/18

Profissionais: Rodrigo Acely

DIAGNÓSTICO

Fratura completa de 1º Torç II

TRATAMENTO

FIR + placa e parafusos - Prescrição e orientação pós-cirúrgica Retornar ao Hospital Colônia Nova com o Dr. Rodrigo Acely

EVOLUÇÃO

Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, sem queixas, deambulando F.O. limpa e seca, aceitando bem dieta, ruídos hidro-aéreos abdominais presentes.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao Pronto Socorro se intercorrências.
2. Lavar F.O. (cortes) com água e sabão e manter limpa e seca.
3. Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Anderson de Araujo Lima

Data da internação: 27/09/18 Data de alta: 07/10/18

Profissionais: Rodrigo Acioly

DIAGNÓSTICO

Fratura completa de Le. T6 II

TRATAMENTO

FIR + placa e parafusos. Prescrição e orientação pós-cirúrgica. Retornar ao hospital com o Dr. Rodrigo Acioly.

EVOLUÇÃO

Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, sem queixas, deambulando FO limpa e seca, aceitando bem dieta, ruídos hidro-aéreos abdominais presentes.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao Pronto Socorro se intercorrências.
2. Lavar F.O. (cortes) com água e sabão e manter limpa e seca.
3. Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Ingo Azevedo Mendes, S/N
Nova Planície, Tel: (67) 3111-2424
ALTISSIMIDADE

08 FEV. 2017
Sheila

Confira e Digite que o conteúdo
está em sua Reprodução Original
e não foi alterado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pátrio dos Brasileiros"

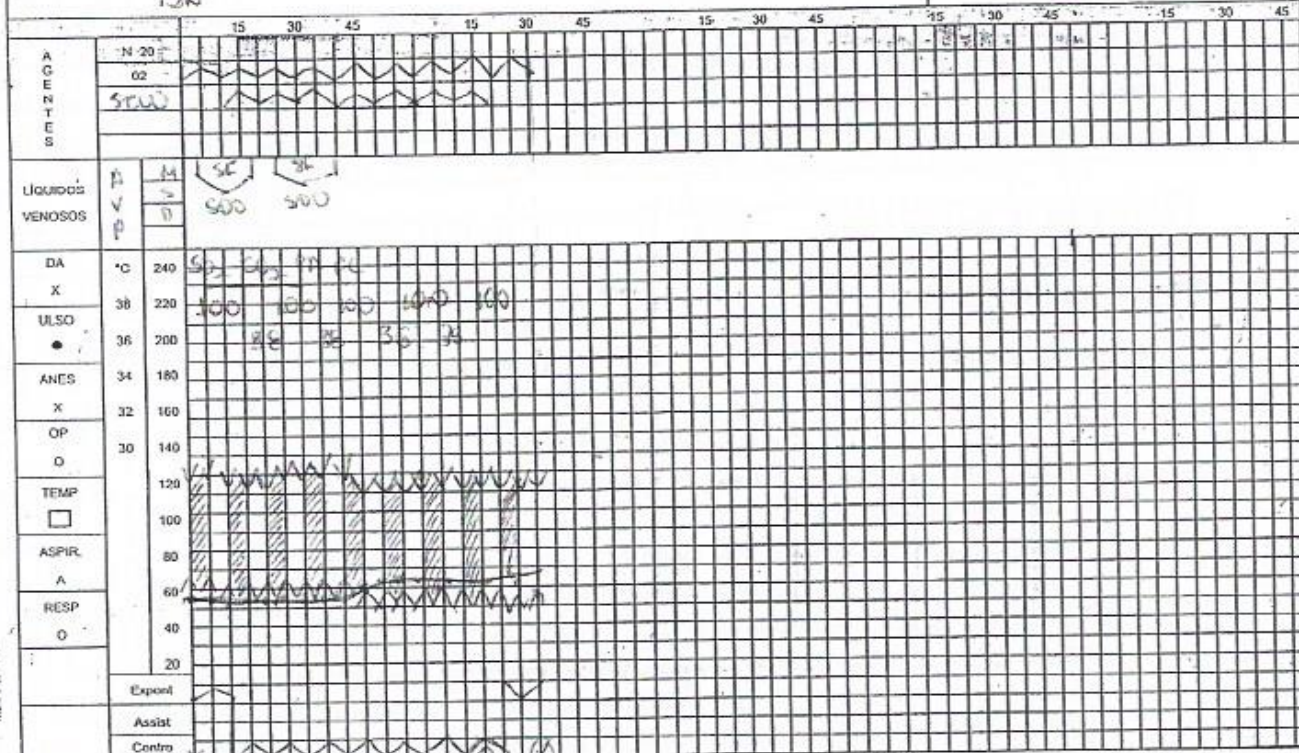
B.M.F

FICHA DE ANESTESIA

Anderson Araújo Lima

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 06.10.2016



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Propofol 150mg		100% - anestesia geral hiperbárica com oxigênio	1. membranas
B Fentanyl 300mcg			2. Pré-oxigenação 100%
C Rocuronio 50mg		CO ₂	3. Indução
D Atíval 40mg		ventilação mecânica controlada a volume	4. POT
E Diprisono 3g			5. Início cirurgia
F Atropina 0,75 + Neostigmina 1,5mg			6. titulação + cicloclon + Diprisono 3g + bromadif
G GLICOSE 1000ml	LIQUIDOS 1000ml	Cámbula - Naso / Oro Faringea	7. Extubação
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	8. Encerramento a SRA
SANGUE		Bal - Tamp - Coluna do Tubo G.S. aromal	PA: 130/80
		Sob Máscara	FR: 18
		Dificuldade Técnica	FC: 60
			Líquido, 10/20 (100%)
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	C.T.O. supine		Larango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	Dra. Evelyn / Dr. Fábio (P)	CÓDIGO	PERDA SANGUÍNEA
		CIRURGIÃO	Lima
		Dr. Rodrigo / Dr. Dennis	

Evelyn Fernandes
Anestesiologista
CRM 1424/RR

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Anderson de Araujo Lourenço

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 150527

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 710108105191715161641817

8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/02/81

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Therete F. Araujo de Araujo

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 91591141317101214

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Rio Amarelo 15, Aracelis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boca do Mato

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: RR

15 - UF: RR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

doi, dor facial

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Requerimento de Medicina esp. Ar.

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

tc. de face + Ra.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: ped. cir. de fr. de molar

21 - CID 10 PRINCIPAL: S.021

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: ped. cir. de fr. de molar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF:

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 - CBOR:

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. Órgão Emissor:

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF:

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 6/10/16

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5024

2ª Ah (L-10) 0404020526 - 5024 V299



D

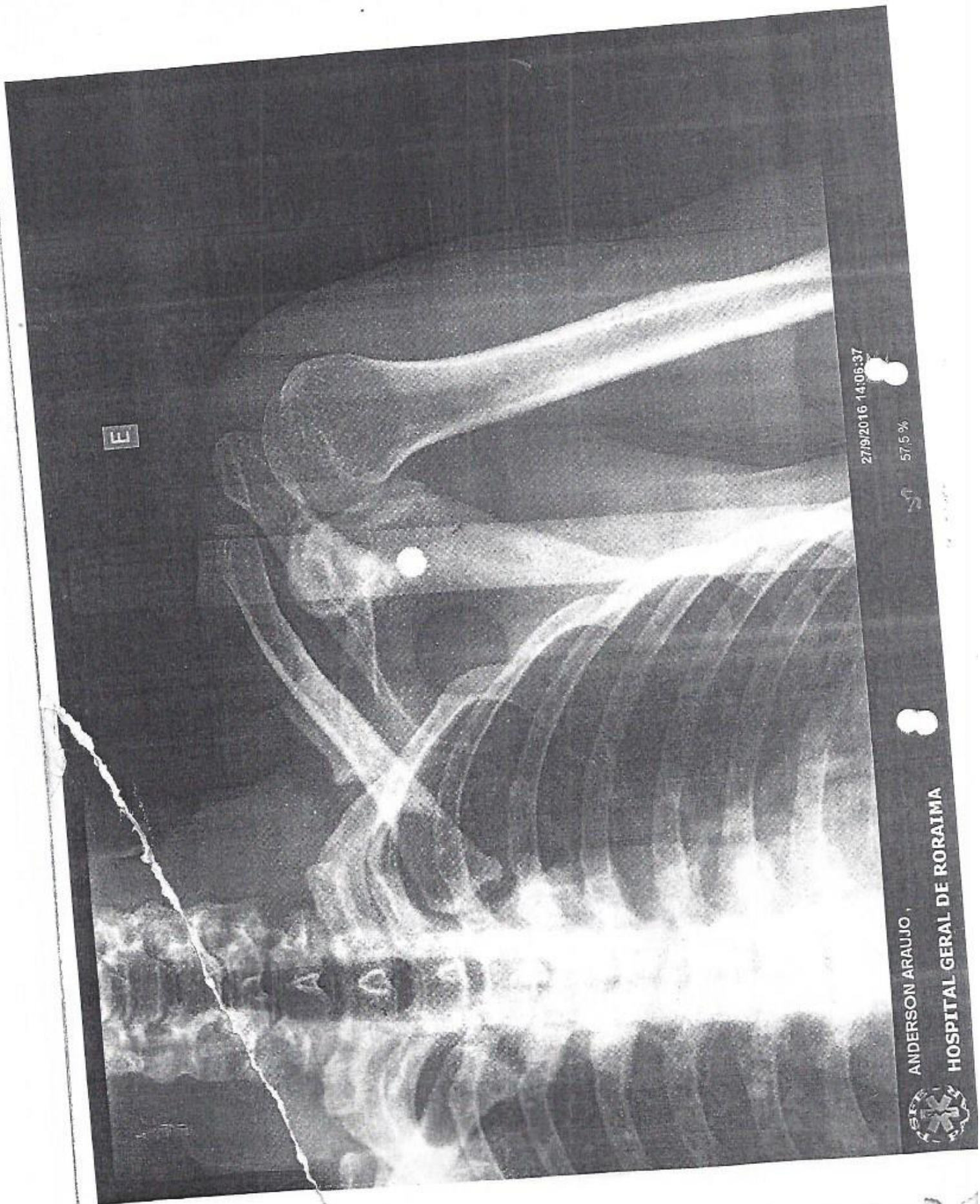


ANDERSON DE ARAUJO LIMA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

27/9/2016 16:29:49

68,2 %





E

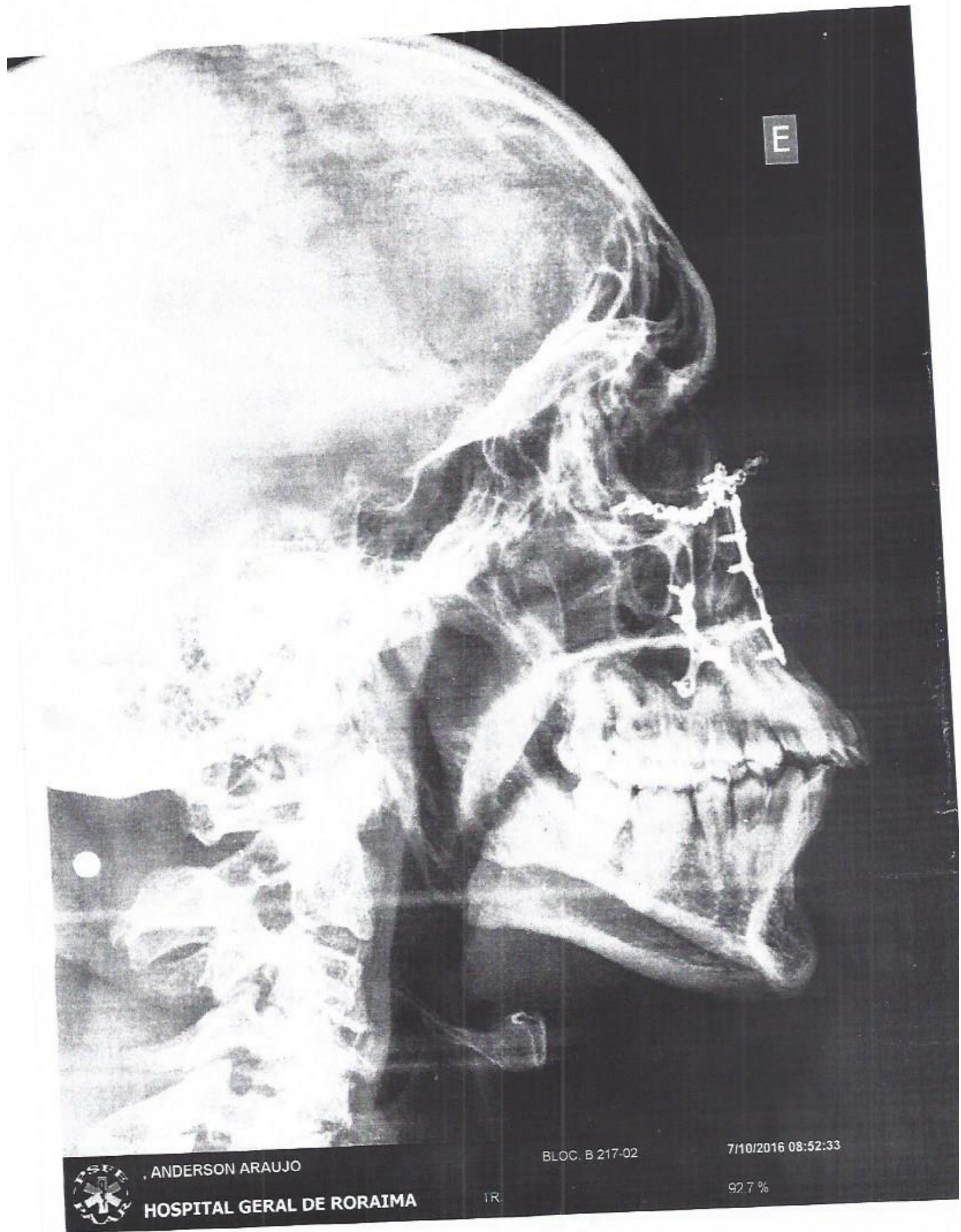
27/9/2016 14:06:37

57,5 %

ANDERSON ARAUJO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





E



ANDERSON ARAUJO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOC. B 217-02

7/10/2016 08:52:33

92.7 %

TR

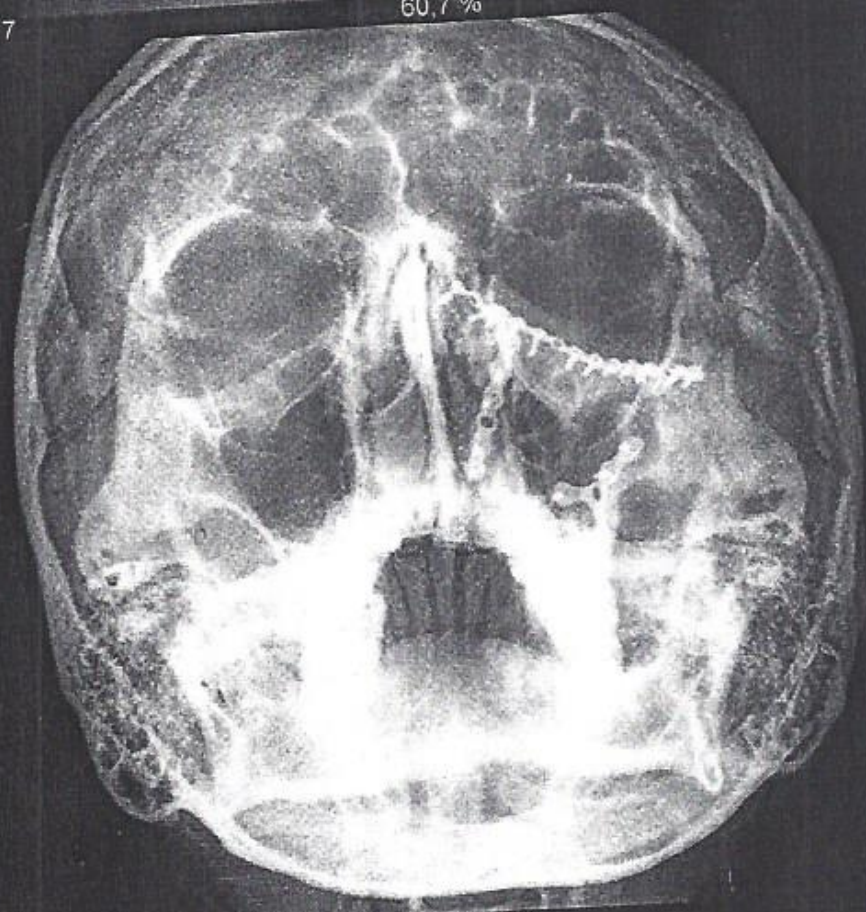
D



26/01/2017

60,7 %

D



26/01/2017

70,9 %

ANDERSON DE ARAUJO
HOSPITAL CORONEL MOTA

1400

Ana Quezia

SINISTRO 3170197103 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON DE ARAUJO LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ANDERSON DE ARAUJO LIMA
CPF/CNPJ: 80803326220

Posição em 13-03-2018 18:59:02

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/07/2017	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50