

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4875885 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 028.908.022-30 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Silver nº 62, Bairro: Joquei Cluber , CEP: 69.313-058. Tel: (95) 99122-4724 E-mail:palomadelimacampos@gmail.com.

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

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

Boa Vista/RR, 28 / 10 / 2019

Paloma Cariolando de Lima
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA



ntas:60895845253,
29/10/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documento de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1745529538	NOME	PALOMA CARLOS DE LIMA
	DOC. IDENTIDADE / CARGO EMISSOR	4675885 SSP RR
	CPF	028.908.022-30
	DATA NASCIMENTO	28/08/1996
	PLACAO	JOSE CORREA DE LIMA
PROIBIDO PLASTIFICAR 1745529538	PERMISSÃO	MARJA IVANETE FERREIRA CARLOS DE LIMA
	ACC	ACC
	CAT. HAB.	AB
	Nº REGISTRO	06817693591
	VALIDADE	16/09/2021
P. HABILITAÇÃO		24/03/2017
OBSERVAÇÕES		
Paloma Carlos de Lima		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL	BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO
ANTONIO FRANCISCO REBEIRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETTRAN-RR		28/09/2018
ASSINATURA DO EMISSOR		35866344616 RR203619171
RORAIMA		



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

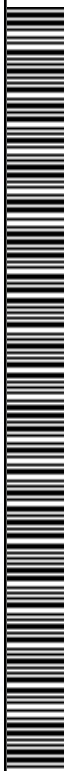
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4875885 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 028.908.022-30 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Silver nº 62, Bairro: Joquei Cluber , CEP: 69.313-058.

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, 28 / 10 / 19

Paloma Cariolando de Lima
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA





DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE DESEMPREGO

Eu, Paloma Carriolando de Lima,
portador do RG 4875885 e CPF 028.908.022-30 residente à Rua/Avenida
Silveira,
nº 62, (complemento), Bairro
Jogui Clube, no Município de Bom Vista, Estado do (e) Pernambuco,
declaro para os devidos fins (sob as penas das Leis Cíveis, com ressarcimento por
prejuízo causado a terceiros; e Penal, por crime de falsidade ideológica, Art. 299), que não
recebo atualmente salários, proventos, pensão, aposentadoria, benefício social, comissão, pró-
labore, rendimento de trabalho informal ou autônomo, rendimento auferido de patrimônio e
quaisquer outros.

Declaro ainda que as informações apresentadas acima são verdadeiras e que estou ciente
de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou
divergentes podem resultar em processo contra mim. Portanto, autorizo a devida investigação e
fiscalização para fins de averiguar e confirmar as informações declaradas acima.

Subscrevo a presente declaração, em uma via, reconhecendo como verdadeiro seu
conteúdo.

28 de Setembro de 2019.

Paloma Carriolando de Lima

Assinatura do (a) Declarante

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

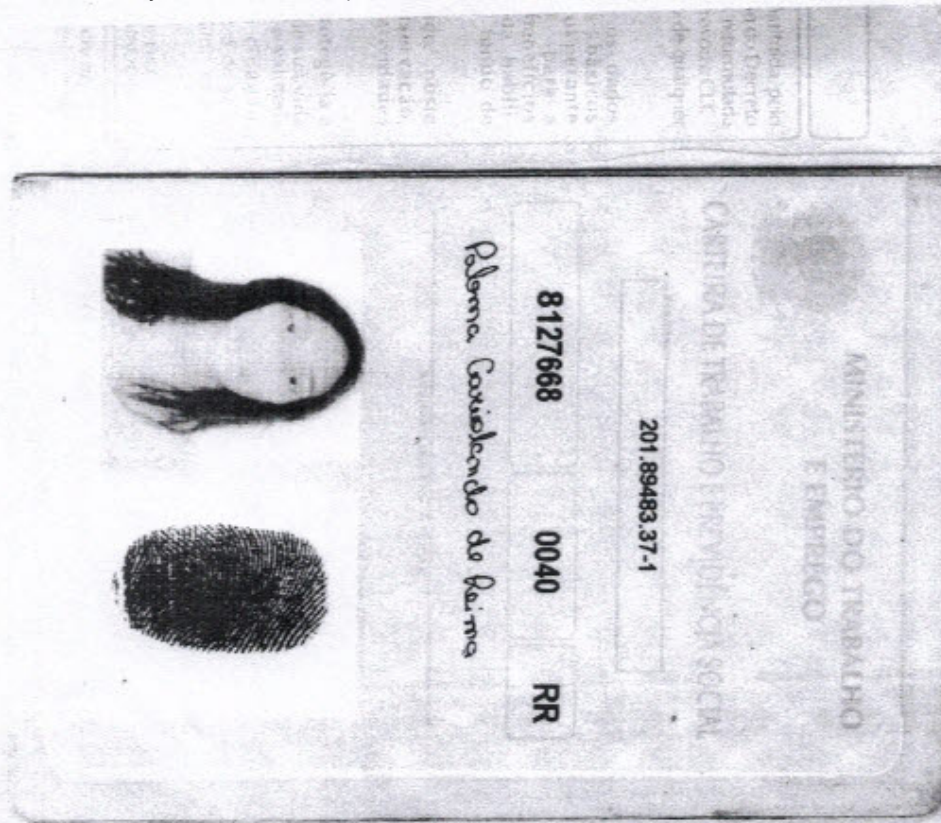
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4875885 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 028.908.022-30 residente e domiciliado nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito à Rua Silver nº 62, Bairro: Joquei Cluber , CEP: 69.313-058.

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

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

Boa Vista/RR, 28 / 10 / 2019

Paloma Cariolando de Lima
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PALOMA CARLIOLANDO DE LIMA

FILIAÇÃO.....: JOSE CORREA DE LIMA
MÁRIA IVANETE FERREIRA CARLIOLANDO
SEXO: FEMININO
NASCIMENTO.....: 28/08/1996
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: MANAUS - AM
DOCUMENTO.....: R.G. 4875885 SESP RR 08/11/2014
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF.....: 028.908.022-30
TIT. ELEITOR: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 14/11/2014


ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....
DATA DE NASC. DL.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR.....

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR.....

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR.....

NOME.....
DOCUMENTO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR.....

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE FATO | F - FIM DE UNIÃO
B - SUPLENÇÃO | D - ADOPÇÃO | H - MUDANÇA DE NOME

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

04 05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	EMPREGADOR <u>Super Ramcho Supermercado</u> <u>Ltdo ME</u>
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO			COC/CPF/CEL <u>77-426-326/0001-88</u>
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO			ENDEREÇO <u>Rua Felipe Xaud, 2569</u>
			MUNICÍPIO <u>Bonito</u> UF <u>PR</u>
			ESP. DO ESTABELECIMENTO <u>Comercial</u>
			CARGO <u>Op. de Caixa</u>
			CBO N°
CARTEIRAS ANTERIORES		DATA DE ADMISSÃO <u>05 de janeiro</u> DE <u>2015</u>	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		REGISTRO N° FLS. / FICHA	
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA <u>R\$ 788,00 (Setecentos e oitenta e oito reais)</u>	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		ASS. DO EMPREGADOR	
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		1ª DATA DE SAÍDA <u>05</u> DE <u>NOVEMBRO</u> DE <u>2017</u>	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		2ª DATA DE SAÍDA	
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		COM. DISPENSA CD N°	
		FGTS N° DA CONTA	

06 07

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

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





DAMS: 543845
INVALIDEZ: 543845

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 014079/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 16/08/2019 08:54 Data/Hora Fim: 16/08/2019 09:15
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 069123 J Data: 07/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afastado: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 07/05/2019 07:45

Local do Fato:

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
Complemento: Cruzamento com a Rua Felipe Xaud
Fonte de Referência: Caldo de cana
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Asa Branca

Nome(s)	Meio(s) Empregado(s)
1016: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GABRIEL WISLEY DOS SANTOS CAMPOS (VÍTIMA (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))	Sexo: Masculino	Idade: 26
Nacionalidade: Brasileira		
Estado Civil: Sem informação		

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA SILVER
Bairro: JOQUEI CLUBE

Nº: 62

Nome Civil: MARIA DAS GRAÇAS GOMES FEITOSA (ENVOLVIDO)	Naturalidade: MA - Vitorino Freire	Sexo: Feminino	Nasc: 11/01/1952
Nacionalidade: Brasileira			
Profissão: Artão no			
Estado Civil: Viúva(s)			
Nome da Mãe: Maria das Graças Gomes Feitosa			

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA LEÃO
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 103

Nome Civil: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)	Naturalidade: AM - Manaus	Sexo: Feminino	Nasc: 28/08/1996
Nacionalidade: Brasileira			
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: Solteira(s)			
Nome da Mãe: Maria Vaneto Ferreira Cariolando			
Nome do Pai: Jose Correa de Lima			

Documentos:

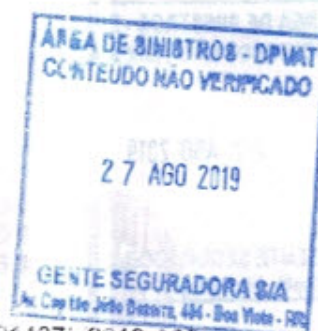
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.908.022-30

Endereço:

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/08/2019 09:15
Protocolo nº: Não disponível



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 01407/2019-A02

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Silver
Complemento: Casa
Bairro: Joquei Clube
Telefone: (95) 98122-4724 (Celular)

Nº: 62

Razão Social: POLICIA MILITAR - RR (COMUNICANTE)**Ramo de Atuação:** Órgão público**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Car. Ioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 622.691.782-20	Placa NBA-5175
Renavam 00468633200	Número do Motor 178F301108437 '9
Número do Chassi 9BD135019C2212183	Ano/Modelo Fabricação 2012/201
Número da Carroceria 79850970	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/IDEA ATTRACTIVE 1.4	Modelo FIAT/IDEA ATTRACTIVE 1.4
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	

Nome Envolvido

Maria das Graças Gomes Feitosa

Envolvimento:

Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneira
CPF/CNPJ do Proprietário 538.233.032-87	Placa NAP-4059
Renavam 00380592614	Número do Motor KC16E8C412851
Número do Chassi 9C2KC1680CR412858	Ano/Modelo Fabricação 2012/201
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Gabriel Wisley dos Santos Campos

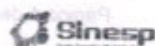
Envolvimento:

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo a Sra. Maria das Graças Gomes Feitosa que dirigia o Veículo Fiat Idea Attractive, de PLACA NBA-5175, ano/modelo 2012/2012, chassi 9BD135019C2212183, RENAVA 00468633200, o qual se encontra em nome de João Quendido G. Carvalho e o Sr. Gabriel Wisley dos Santos Campos que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAP-4059. Que devido ao acidente o Sr. Gabriel e a Sra. Paloma Carliolano de Lima (passageira da Motocicleta) Softeram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

A SENHORA PALOMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR ALGUNS DADOS NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, O QUE FOI FEITO ACIMA. E N ESSE MOMENTO TAMBÉM SE ABSTÉM DO RIREITO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acr escimento.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 16/08/2019 09:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014079/2019-A02

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civ.
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS

16 AGO. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Paloma Cariolando de Lima

Paloma Cariolando de Lima
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

Declaro, sob o devido e firme do Selo, que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e firmo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



ntas:60895845253,

29/10/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE INVESTIGANTES DE TRÂNSITO - BOM ROTA - RR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA CIVIL Nº 014078/2019-001

AGENTE DE POLÍCIA
COOPERADOR
JOSÉ ROBERTO
10/10/2019
Boletim de ocorrência de trânsito

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE INVESTIGANTES DE TRÂNSITO - BOM ROTA - RR
10/10/2019
Boletim de ocorrência de trânsito



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação / Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.
1901106505	07/05/2019 08:24:30	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 3	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
PALOMA CARIOLANDO DE LIMA	28/08/1996	22 A 8 M 10 D	707604208261699	02890802230			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	4875885	SSP/RR	F	SOLTEIRO(APARDA)	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Mãe	MARIA IVANETE FERREIRA CARIOLANDO			Pai	JOSE CORREA DE LIMA		
Endereço	RUA - SILVER - 62 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR			Contato	(95) 99154-4403		
Ocupação							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		EDLANA.BRIGLIA				
Queixa Principal	Acidente de moto com, trazida pelo SAMU, Glasgow 15, com trauma em H10						
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL					
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :) ⁿ	BEG, LOTE, AAA, K: Pch, 2T, BNF, S/S AR MV+ bilateralmente; S/R4						
Exame Físico	ÁREA DE SINISTROS - DPMT CONTEUDO NÃO VERIFICADO						
Hipótese Diagnóstica	27 AGO 2019						
SADT - Exames Complementares	GENTE SEGURADORA S/A						
(X) RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:							
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
Prescrição Vacina antitetânica. A ortopedia	Susana Coutinho da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 418.816						
Conduta	Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação			Data e Hora da Saída/Alta:			
() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para: Ortopedia.							
Óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo			Assinatura do Médico			
Impresso por: edlane.briglia Data Hora: 07/05/2019 08:25:08							

Atto 10.05.19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO D

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

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS ANTERIORES À INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - Nº DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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 ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Cód. da empresa

41 - Cód. da empresa

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. 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

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04/05/19

O.S. _____

Dalaura Cavalcante de Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Docante em DDM de prognóstico;
2. AA + CCE
3. LMC axonitico + prognóstico de 2 parafusos
e parafusos de fixação no modelo radial (F)
e costuras radicópico + prognóstico de FK um
3º DDD e costuras radicópico + sutura + axonitico;
4. A RDA

Dr. Rogério P. Dias
RORAIMA, 04 de Maio de 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.ijr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTZS AW984 AEECY M8L93

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Plano Cirúrgico de L.C.

Anestesiista: *Ar. Paulo*

SALA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SALA (Sala Pós-Operatória)

Paciente Confirmou:

1. Nome do Paciente

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Tipo de Anestesia

5. Nome do Cirurgião

6. Verificação de Segurança Anestésica

7. Oximetria de Pulso no Paciente em Funcionamento

8. O Paciente Possui:

9. Cirurgia Confirmada

10. Alérgico a qualquer medicamento disponível

11. Saco de Sangue > 500 ml

12. Sim, e acesso adequado e planejamento

13. Fluido

14. Assinatura

15. Hora

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiologista
CRM-RJ 2080

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

1. Identificação do paciente

2. Eventos críticos preventivos

3. Revisão do cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

4. Revisão da equipe de anestesia:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

5. 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.

6. A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos.

7. Não se aplica

8. Sim, Qual:

Cephalosporin 1g

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

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

4. Sim () Não () Não se Aplica

5. Sim () Não () Não se Aplica

6. Sim () Não () Não se Aplica

7. SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

8. Sim () Não

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

10. Sim () Não

11. Não se aplica

12. Assinatura e Carimbo

626 423 2019
Carimbo

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOS DE TORNOZELO (E)
empraximais

Data: 04/05/19 Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Paloma CARVALHO DELIMA Idade _____

Bloco: GT Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Pequena PRABMUTO Nº _____

Circulante: ISAMIA Sala _____

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Poropores Esponja 35 1
45 1

Dr. Rogério L. P. Dias
Médico
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1205-RR / CRE 114

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

MACA 4 Bloco B - M

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		ON	
PACIENTE	Taluma Cavalcado de Lima				
DIAGNÓSTICO	FX Exposta TVE (E) + 3º PDD (E)				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	04/05/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				I
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (5u p.u.)				18:00 NT
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18:00 NT
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				5ND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5ND 18:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5ND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				5ND 18:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5ND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Netunio
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Cindocina 600 mg (6U) 8/8h				16:00 08
16	Ciprofloxacina 400mg (6U) 12/12h				18:00 02
17					
18					
19					
20	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

3 bloco para programação cirúrgica

09:55. Paciente admitida às 14:10 procedente do C.E. em POT de Osteossíntese de TVE E. Consciente, orientada, ar ambu. segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

Franciele Alencar Rodrigues
COREN-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS	PA	PO	T	P
6H	101/62	90	36.7	18
12H				
18H	106/64	100	36.4	18
24H	87/69	79	36.3	20

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

14:30. pac. no bloco, sem
queixas, adm. medicação
e Alarido sing. utero.

Cilda Aparecida de Jesus Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 781.346 TE

MACA 1

A



GOV. RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	2808/96
PACIENTE	PALOMA CARIOLANDO DE LIMA				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDD E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	22	LEITO	MACA 1	DATA	08/05/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	SF0,9% 500ML EV				12
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR				18-06
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SW
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12-18-24-06
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				12-18-24-06
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				12-18-24-06
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS				12-18-24-06
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122/72	109	5/12	36,5
18 H	91/64	94	19	36,5
24 H	100x66	99	19	36,3°C
06 H	98x60	98	39	36 °C

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

GOV. DO
RORAIMA
Secretaria de Saúde

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



MACA 1

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	2808/96
PACIENTE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA			
AGNÓSTICO FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDD E			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE 22	LEITO MACA 1	DATA 09/05/2019	
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF0,9% 500ML EV		
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N		
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H		
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
11	CAPTOPRIL 25-mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	CÚRATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS		
16	BUSCOPAM COMP VO OU EV 8/8 HS		
17			
18			
19			
20			
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, GLÍCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRÔ PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

Jose Rivaldo de Santana
MÉDICO
CRM-RR 932

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	90/55	85	SPR	36,6°C
18 H	90x62	109	20	36,4°C
24 H	Defeito de funcionamento			

Coleta de Exames HGR

DATA 10 / 05 / 19

PA 20/05/19



Maca 1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	2808/96	
PACIENTE PALOMA CARIOLANDO DE LIMA					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA BIMALEOLAR E + 3PDDD E					
ALERGIAS		HAS	DM2	Enno de data	
IDADE	22	LEITO	MACA 1	DATA	09/05/19
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	SF0,9% 500ML EV S/N				SN
4	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HR OU 1 CP 500MG VO 12/12HR				18 06
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				SW
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SW
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				12 18 24 06
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SW
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS				08 16 24
16	Alta hospital				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				Dr. Marcos Aguiar Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1945
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Pg, LOTE, 51 sem Flange, recado
alta a encaminhar a HGR

Ord	Hora	Sector	ÓBITOS	Sex	LD	Rub
01	:	412-3	Major Marcos Tauler (óbito no GT)	M		
02	:	412-2	Roberto Alberto Monteiro (óbito no GT)	SUSPENSO		
03	:					
04	:					
05	:					

Ord	Hora	Sector	Transferências recebidas	Sex	LD	Rub
01	22:30	401.1	Paulo Alves de Sousa	M	SUS	Lucia
02	:					
03	:					
04	:					
05	:					
06	:					
07	:					
08	:					
09	:					
10	:					

Ord	Hora	Sector	ALTAS	Sex	LD	Rub
01	:	404-5	João Ricardo Costa Andrade	M		
02	:	404-3	Abderson Fernando Pinto de Nogueira	M		
03	:	404-1	Valeria Cavalcante de Lima	F		
04	:	404-2	Robinaldo Leite Oliveira	M		
05	:	405-2	Silvana Pereira Lima	F		
06	:	409-2	Viviane Almeida	F		
07	:	409-6	Aster Santiago da Silva	M		
08	:					
09	:					
10	:					
11	:					
12	:					
13	:					
14	:					
15	:					

Sumário

1- Paciente do dia anterior: 37	3- Altas: 01
2- Internações: 01	4- Transferências enviadas: 01
3- Transferências recebida: 01	5- Óbitos: 01
Total :1,2e3=	Total 3,4e5= 29

Admissões e saídas no mesmo dia:

Data: 10/05/19	Luciana Lorite M. Andrade Enfermeira COREN-RR 139237 Enfº. Responsavel
----------------	---

CR= Classificação de Risco.
LD= Leito de destino.

Como não confere

HOSPITAL GERAL DE ROBATIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planata - Tel (051) 2131-9620
AUTENTICAÇÃO
19 MAI 2019
Certifico que a cópia presente
é fiel e verdadeira do Original
que se encontra neste Hospital

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /		Sexo: () F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Bradicárdico
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Taquicárdico
			BC: _____
			PA: _____
			Pulso: _____
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midríatica	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente
() Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL
CARACTERÍSTICAS DA PELE		() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercoorada	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não
() Acianótica	() Edema Local:	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Úlcera por pressão: () Sim () Não	Região:	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria	
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria	
		() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia
Oxigenoterapia: () Sim () Não	Qual:		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local:	Data:	Trocar em:
Cateter Central: () Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocar em:
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem
Dreno de:	Aspecto da secreção:	Quantidade:	
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação:	Trocar em:	
Prótese: () Sim () Não	Tipo:	Local:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório Ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
Prescrição para prevenção de queda no verso			



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria de Economia, Planejamento e Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA

2ª via
EMITENTE

Prestador do(s) Serviço(s)

Nome/Razão Social: HISRAELLY KELLY EMILIANO DA COSTA
Endereço: AV MARIETA DE MELO MARQUES, 124 DR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR
CNPJ/CPF: 012.106.342/95

Nº: 7001916

Data de Emissão: 19/08/2019
Tributo/Serviço: 406/1401
Número D.A.M.: 403057287

Tomador do(s) Serviço(s)

Nome/Razão Social: PALOMA CARIOLANDO DE LIMA
Endereço: RUA SILVER, 62 JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR
CNPJ/CPF: 028.908.022/30

Un.	Qtde	Descrição dos Serviços	Aliq	Vir Unit.	Valor Total
UN	1,00	REF. SERVIÇO DE 06 SESSOES DE FISIOTERAPIA.	4,00%	450,00	450,00

Observações/Informações

Total dos Serviços	450,00
Valor IRRF	
Valor INSS	
Valor ISSQN	18,00
Valor a Receber	450,00



GOMES E SANTANA LTDA - EPP
CNPJ: 07.099.640/0001-40 I.E.: 240123924
AV. CENTENARIO,2182,CINTURAO VERDE
800 VISTA/RR TELEFONE: (95) 3626-5131

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
de Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

Informacoes da Venda - #787406

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL. UNIT.	TOTAL(R\$)
0001	00018353	COMPRESSAS DE GAZE ESTERIL C/5 UNID	4UN X	1,50	6,00	

QUANT. TOTAL DE ITENS: 1
VALOR TOTAL R\$ 6,00
FORMA DE PAGAMENTO: DINHEIRO
TROCADO: 44,00
Tribut. Aprox R\$ 0,00 (0%) Fonte: IBPT
Vendedor: SILVANO BANDEIRA OPR: MILENA Caixa: 02

EMISSAO NORMAL
NFC-e n. 000445314 Serie 001
Emissao 12/05/2019 20:04:38 - Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
www.sefaz.rr.gov.br/nfce/servlet/vp_consulta_nfce
CHAVE DE ACESSO
1419 0507 0996 4000 0140 6500 1000 4453 1410 0445 3146

CONSUMIDOR
538.233.032-87

Consulta Via leitor de QR Code



Protocolo: 314190019999426 - 12/05/2019 20:04:38

=====N2SMART.COM=====DSM=====

LTDA CNPJ 84.042.000-07
Rua da Capelinha, 100 - BEZERRA - VILA SANTA FRANCISCA
800 VISTA, RR

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletronica

0001 00018353 COMPRESSAS DE GAZE ESTERIL C/5 UNID 4UN X 1,50 6,00

VALOR TOTAL R\$ 6,00
FORMA DE PAGAMENTO: DINHEIRO
TROCADO: 44,00

EMISSAO NORMAL
Numero: 560320 Serie: 1
Emissao: 11/05/2019 13:28:19 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.sefaz.rr.gov.br/nfce/consulta>
Data de Autorizacao: 11/05/2019 13:28:19
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



Acesso referente a taxa de entrega = R\$ 6,00
NFC-e 396CEFA081205-19-RR-80060A3F07500F
14190507099640000140650010004453141004453146
Vendedor: 94 N. Controlador: 3155395
Forma de Pagamento: 3 - DINHEIRO
Data de Emissao: 11/05/2019 13:28:19
Valor Total: R\$ 6,00
Valor Total Incidente: R\$ 6,00

PAGO

* SEM VALOR FISCAL *

10 PECAS UNIAO

MANOEL FELIPE, 1754 - ASA BRANCA
FONE: 3626-2588 991323010

DATA: 07/06/2019 HORA: 17:50:45
NOTA: 124362 VENDEDOR: 36-SANTOS
FORMA PAGTO: 3-CARTAO CREDITO
CLIENTE: 1-VENDA AO CONSUMIDOR

158-CAPOTE SAN MARINO 56 PRETO
CX PRETA AP 33 1,00 135,00 135,00

VOLUMES: 1,00
TOTAL: 135,00

*** NAO TEM VALOR FISCAL ***

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

27-AGO 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cayula 300 - FORTALEZA, 404 - Boa Vista - FORTALEZA

cielo

EXALDO DO CARVALHO
COMPROVANTE

VALOR DE N. INDICADO NESTE
TIPIC

DATA: 07/06/2019
HORA: 17:50:45
NOTA: 124362
VENDEDOR: 36-SANTOS
FORMA PAGTO: 3-CARTAO CREDITO
CLIENTE: 1-VENDA AO CONSUMIDOR

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0768		192		
UNIDADE:		EQUIPE: Tec. Tacimar		cond. Lucy				
Paciente: VALOMAR CANOANO DE LIMA		Idade: 22		Sexo: FEMININO				
Nacionalidade: BRASILEIRA		Raça: Branca [] Negra [] Parda [x] Amarela [] Indígena-Etnia						
Endereço: Felipe Xaudi / Nossa S. Nazare		Bairro: ASA BR						
Nº 7357		DATA 07/05/2019		HORA J/9: 07:42		BASE () VIA () () RÁDIO		
Médico (a) Regulador (a): Drª Leidiana		HORA J/10: 07:48				[x] CELULAR		
MOTIVO INICIAL: Carro x moto		INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]		1 a 3 horas ()		4 a 24 horas ()		
		Mais de 24 horas ()		Não sabe ()				
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica								
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência								
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar								
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA		
☐ Pedestre ☐ Condutor ☒ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Bicicleta		☒ Automóvel ☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus		☐ Capacete SEM ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança		
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA		
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia		☒ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade		☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria [] D [] E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 07:50	90/60	94	20	98	—	—	2	15
Fim 8:10	95-60	110	—	100	—	—	—	—
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR		
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros						☒ Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA VERBAL		
						☒ Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA MOTORA		
						☒ Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta		
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
☒ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia		☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçiosa ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva		☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☒ Nega ☐ Medicação de uso ☒ Nega				
GRAVIDADE		[] Pequena [x] Média [] Severa [x] Muito						

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	27 AGO 2019
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezante, 484 - Boa Vista - FZU

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco nº 20	☐ Acesso venoso Scalp nº	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
TILATIL 40 MG	40	EV	08:06
DIPLONA 8 MG	3.000	E	08:06
SPOB - 1			

material

03 compressa

03 Atadura 10cm

04 pct. gases

03 SPOB - 250

01 RL

01 SPOB 500

03 Pares luva G

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

01 Par luva P.

2 máscaras

À 7:42. equipe foi acionada para atender uma ocorrência de natureza traumática. (moto a carro) no local, encontramos a vítima em decúbito dorsal ao solo, sem resposta, consciente orientada, sendo acompanhada por populares, feito abordagem primária com contenção coluna cervical, sinais vitais com alteração na PA, na secundária foi constatado, lesões já citadas e ferimentos. Comunicado ao médico regente e o qual o clínico da vítima, que tomou conhecimento. O mesmo autorizou administrar analgesia e encaminhá-la ao GT do HGR.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Tacimar da Silva Pereira
 Técnica em Enfermagem
 COREN/PA 000637.817

SINISTRO 3190503132 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PALOMA CARIOLANDO DE LIMA
COBERTURA DAMS
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO PALOMA CARIOLANDO DE LIMA
CPF/CNPJ: 02890802230

Posição em 25-09-2019 10:51:44

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/09/2019	R\$ 524,64	R\$ 0,00	R\$ 524,64

