



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 09:46 Data/Hora Fim: 29/07/2019 10:14
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: rua HC-4 (area de chacara)

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Barra do Corda Sexo: Masculino Nasc: 07/11/1972
Profissão: Funcionário Público Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Jesus Pinto Nome do Pai: Raimundo Paiva de Almeida

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 89226

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua JT 1-A Nº: 323
Bairro: Olímpico
Telefone: (95) 99155-6757 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG 125 TITAN ES	CPF/CNPJ do Proprietário 007.092.782-09
Placa NAX9480	Renavam 00173097227
Número do Motor JC41E2A029054	Número do Chassi 9C2JC4120AR029054
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor AZUL
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 04/12/2015
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pinto de Almeida	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Baião da Silva
Data de Impressão: 29/07/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

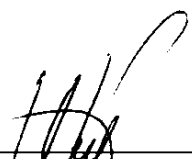
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava no horário e local pela via acima citado conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, quando de forma inesperada entrou num buraco encoberto por uma poça de lama, desequilibrou vindo a cair; Que o comunicante machucou a mão direita; Que o próprio comunicante procurou atendimento médico no PSE, Que foi constatado que o dedo polegar da mão direita foi quebrado. Era o que tinha a comunicar.

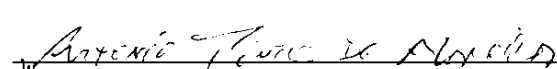
ASSINATURAS


Washington Baião da Silva

Agente de Polícia

Matrícula 42040335

Responsável pelo Atendimento


Antonio Pinto de Almeida

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Raquel L. Sal

Téc. Enfermagem

CPF: 001.058.1

Assinatura: 16/07

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

1ª Classificação: VERDE
Reclassificação:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação:
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

1901136177 15/07/2019 21:30:06 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19- 80

Paciente: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
Data Nascimento: 07/11/1972 Idade: 46 A 8 M 8 D CNS: 898003211434463 CPF: 38319055253 Prontuário
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/MA Data Emissão: 17/10/1997 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BARRA DO CORDA - BRASILEIRA Nacionalidade: Mãe: MARIA DE JESUS PINTO Pai: RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA Contato: (95) 99135-6267 Ocupação: NÃO INFORMADA
Endereço: RUA - J-T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: 36.70 Peso: 130 x 90 Pressão: Setaor: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

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

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE MOTO NO DIA ANTERIOR
Anamnese de Enfermagem: nega alergia, HAS, DM
GSC: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL: 1

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) *Refere dor na mão d. por trauma*

Exame Físico: *Edema local.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura 1ª Metacarpa d.*

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

PRESCRIÇÃO: *Antidolor*
APRAZAMENTO: *08/08*
OBSERVAÇÃO: *F2 da BAA*
F2 da BAA

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:
Carimbo: 03 JUL 2019 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: *11/07/2019 14:00*

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: *16/07/2019*

Impresso por: eduardo.portela
Data Hora: 15/07/2019 21:45:42



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ82A N8QJA HDSY4 DS5WD

NIR

Transm: 17107119

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	NIR		UNIDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						6 - N° DO PROMISSAL	
5 - NOME DO PACIENTE						173594	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 9 1 8 1 0 1 0 1 3 2 1 1 4 3 4 4 6 3						07/11/72	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO	
Mariana de Jesus Pinto						95991556750	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)						14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua - JTI - A 323 Olímpico						15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						16 - CEP	
Boa Vista						140210 RN 69301000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex de Roberto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

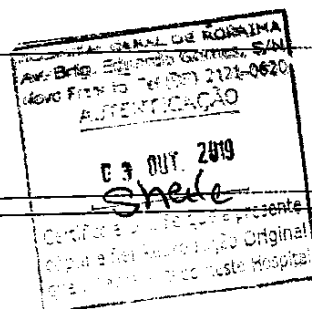
Tx cur

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

Dr. Roberto

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex de Roberto



21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCESÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Int.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

patrick RABELO
Cap. GOSP

patrick RABELO
Cap. GOSP
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1383 RQE 164

33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N° DO DOCUMENTO

47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0301060088
2039

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

16/7/19

SD BG

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Antonio Pinto de Almeida				
AGNOSTIC					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				06:12 18 24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06:12 18 24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA S/N				06:12 18 24
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 S/N				06:12 18 24
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				06:12 18 24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06:12 18 24
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				06:12 18 24
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				06:12 18 24
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06:12 18 24
13	SSV + CCGG 6/6 H				06:12 18 24
14	CURATIVO DIÁRIO				06:12 18 24
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Patrick RABELO José
CRM 1383 RORAIMA

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
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - 69.161-900
ALTO PARQUE
03 JUL 2019
Shelo

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
00 H	15/90	74	=	36.6

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Realizada Visita e Orientação
[Assinatura]

Presença enfermeira
14:00hs Efe Curativo

BE 5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ANTONIO LINTO DE ALMEIDA				
AGNOSTIC					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	16/07/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18h 24h 30h 36h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				(06)
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSPENSO
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotine
14	CURATIVO DIÁRIO				(SN) - Rotine
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

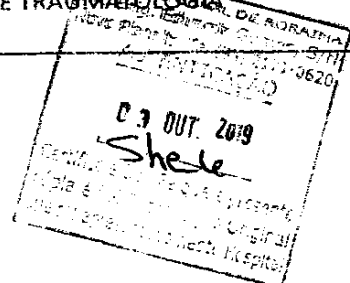
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100x70	66	
18 H	120x80	79	
24 H			

36,2°C
36,2°C
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Realizado SSVV às 18:00hrs.

Jenivaldo Gomes de Carvalho
Técnico de Enfermagem
CRP 655.958 - TE



Antônio Pinto

HC

B. e

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE <i>Antônio Pinto de Almeida</i>					
AGNOSTIC <i>F+ 1º GRUPO</i>					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	<i>17/7/19</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>monte</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12/18 24 06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>14 22 06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>—</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>—</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Retiro</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Realizar</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

DR. NARCISO AGUIAR
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS				DXT
6 H	PA	FC	TRX	
12 H	<i>120x80</i>	<i>81</i>	<i>36,4</i>	<i>89</i>
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
R. Gomes, S/N
Novo Píndaro - RR - CEP: 69.131-0620
FONE: (68) 3211-0620

03 OUT 2019
Shete
Certificado por este presente
Esta é uma cópia original
emitida pelo Departamento Hospitalar



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO HC

Eu Antonio Pinto de Almeida CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador _____



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

21.07
1823

CPB- Art. 154 – “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que se tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação pode produzir danos a outrem”. Pena de detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano ou multa.

REQUERIMENTO/ Nº: 004/ 2019

Eu: Antonio Pinto de Almeida

Est. Civil: Solteiro

Profissão: Servidor Público

Portador (a) do RG:89.226

Org. Emissor/UF: SESP/RR

Endereço: Rua JT 01, A Nº 323 Bairro: Olimpico

Telefone: (95) 99155-6757

Grau de parentesco com o paciente: o mesmo

Solicito de Vossa Senhoria, cópia do prontuário do paciente: o mesmo

Motivo da Solicitação: DPVAT

(X) acidente de trânsito () outros

Data do atendimento: + ou - 16/07/2019

Período: () Manhã (X) Tarde () Noite

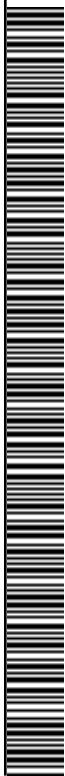
Sector: () EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO (X) INTERNAÇÃO

Boa Vista-RR, 29 de julho de 2019

Antonio Pinto de Almeida

Assinatura do requerente

Ao Ilmo (a). Sr (a). ANDRÉ CESAR COELHO ROSA DA SILVA
Diretor (a) Geral do Hospital das Clínicas





ADMISSÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS:

Nome: **ANTONIO PINTO DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: 07/11/1972

Data de admissão (HC): 17/07/2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PRIMEIRO QUIRODACTILO DIREITO

Admito paciente do sexo masculino, 46 anos, encaminhada do Hospital Geral de Roraima, onde deu entrada através do PAAR no dia 15/07 vítima de acidente de moto, apresentando Fratura do 1 QDT mão direita. Aguardando cirurgia encaminhado no dia de hoje ao HC para continuidade do tratamento.

Nega comorbidades (HAS, DM) Nega alergia medicamentosa. Nega hemotransfusão sanguínea.

Em tempo: Paciente informa discreta dor em MSD. Nega febre, formigamento/mudança de temperatura do local afetado. Funções fisiológicas preservadas. Nega outras queixas. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, eupnéico em ar ambiente.

AC: BCR em 2T, BNF sem sopro AR: MV bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, RHA+, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias e sinais de irritação peritoneal.

Extremidades com boa perfusão periférica < 3 segundos, sem edemas. Panturrilhas livres.

Pulsos cheios e simétricos. Membro superior direito imobilizado pela Ortopedia

Neurológico: Glasgow 15, sem sinais focais, pares íntegros. Força muscular preservada.

CONDUTA: Suporte clínico. Solicito exames laboratoriais de controle.

Boa Vista, 17 de julho de 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Clínica da Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

DATA DE ADMISSÃO		17/07/2019	DIH		DN
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA 1º METACARPO MÃO DIREITA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	339	DATA	17
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9 % 500 ML EV S/N				
4	OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X DIA				
5	DIPIRONA 500 MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6 H				
6	TRAMAL 100MG+SF0,9%100ML EV DE 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	NALBUFINA 10 MG+100 ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6				
9	SIMETICONA 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

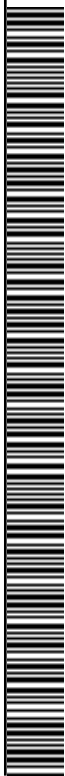
SN 15
monte
su
200
200
su
su
M
M
M
M
M

17/07/2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/80	64	19	36,1
12 H				
18 H				
24 H	130/70	75	19	36

mantido

+ + + + +





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

HD _____

DATA: ____/____/____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG.

LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA: _____	DATA: _____
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA: _____	DATA: _____
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA: _____	DATA: _____
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL? _____	

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
- ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
- PUPILOS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
- ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
- VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
- Obs: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
- DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
- FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
- MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____
- RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

- () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
- () CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA
- TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
- PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
- PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FRACO
- PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
- LOCAL DO PULSO: _____
- FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
- R.H.A. () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TÍNSO () AGUDO () VAGO PALPÁVEL
- HEPATOMEGALIA: () NÃO () SIM
- ESPLINOMEGALIA: () NÃO () SIM
- ACÚDUO GASTROINTESTINAL: () NÃO () SIM
- ACÚDUO GASTROINTESTINAL: () NÃO () SIM

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INEFCÁCIA
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFCÁZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFERMENTAMENTO INEFCÁZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () DESEQUILIBRADA
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFCÁZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFCÁZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA Quedas
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARRÉIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DEFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECERA ELEVADA _____
- () ASPIRAR VAS /TOT _____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
- () REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LEITO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EN
- () REALIZAR HIGIENE DE CONTO
- () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INEFCÁCIA A
- () OBSERVAR E REGISTRAR INEFCÁCIA A
- () OBSERVAR E REGISTRAR INEFCÁCIA A
- () OBSERVAR E REGISTRAR INEFCÁCIA A



ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
TARDE:		TARDE:	
DATA / HORA		DATA / HORA	
NOITE:		NOITE:	
DATA / HORA		DATA / HORA	

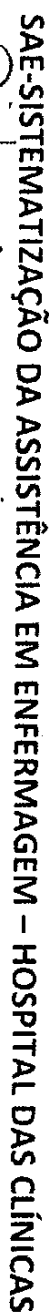
Paciente no 2º dia de internação e em 02/03/2020, com
recuperação com 10% de melhora no estado
de consciência e 10% de melhora no estado
de consciência (resposta para a fala no
verbal).

U. P. 2020
Neleides V. Alves dos Santos
Técnico de Enfermagem
GOBEN-08.663.305-TE
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				HC
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN	
PACIENTE		ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
AGNÓSTICO		FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	339	DATA	18/7/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					3h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					mon
3	CEFAZOLINA 1G EV 6/6H					SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN					SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN					SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
12	CURATIVO DIARIO SN					SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H					Restrição
15						
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						

REG. EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO
PROGRAMADO PARA AGUARDAR DE CIRURGIA ORTOPEDICA

VAIS V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H	120/70	70		36	+	-	
12 H	110/70	66	19	36.8°C	+	+	
18 H	130/70	72	18	36.8	+	-	
24 H	110/70	60		36°	+	-	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENCIA

NIVEL DE CONSCIENCIA: () CONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
GRADUACIÓN DE LA VENTILACIÓN: () NORMAL () HIPERVENTILACIÓN () Hipoventilación

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA

OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE
TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORACIÓN

CIRCULAÇÃO/COB DA PETE/MILHOSSAS:

() HIDRATADA () JUMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍFICA
() CLANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NOROTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

LOCAL DO PULSO: **FREQUÊNCIA:**

APARELHO GASTROINTESTINAL

RATON	() ADORNES	() PRESINIES	ABDOMEN	() FLACIDO	() DISTENDIDO	() TENSO	() AGUDO	() VANG PAINPVEL
-------	-------------	---------------	---------	-------------	----------------	-----------	-----------	-------------------

A PATIENT'S JOURNAL OF THE JOURNAL OF THE AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
		Paciente no UO sem febre, suado, 33,3°C em axila, sem sinais de desidratação.	16/03/2020 08:00
		Carimbo: <i>[Assinatura]</i> Castro Técnico Enfermagem COREN-RN 997.549	
TARDE:	DATA / HORA	TARDE:	DATA / HORA
		Paciente segue sem intercorrências.	16/03/2020 14:00
		<i>[Assinatura]</i>	
		Carimbo: <i>[Assinatura]</i> da Silva Técnico Enfermagem COREN-RN 997.549	
NOITE:	DATA / HORA	NOITE:	DATA / HORA
		Pt. Aten. que segue evoluindo com sinais de desidratação.	16/03/2020 22:00
		<i>[Assinatura]</i>	
		Carimbo: <i>[Assinatura]</i> da Silva Técnico Enfermagem COREN-RN 997.549	

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA					
AGNOSTIC FX 1 MTC MÃO D					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	339	DATA	19/7/2019	
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	AÇESSO VENOSO PERIFÉRICO				monte
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				SN
7	PLAVIX 150mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
12	CÚRATIVO DIÁRIO SN				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratone
15					
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

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AL: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
MO: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

NO

VAIS VI	PA	FC	FR	TEMP	V	E	
8 H		65	16	36.5	+	-	
12 H	140/100	75	37	36.0	+	+	
18 H	130/90	69	17	36.0	+	+	
24 H	140/100	75	18	36.5	+	+	

SAB SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Lucas SEXO: M IDADE: 33 PESO: 70 KG. ALTO: 1,75 HD: 3330 ALÉRGICO? N

DATA: 12/12/2019

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DRENOS: SIM () NÃO ()			

LESÕES

(Handwritten notes and signatures in the lesions section)

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOTÓPICAS () ANISOTÓPICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CROADA () HIPOCRÓADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL/CARDÍACO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTODINAMIA () SVU () LÍMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLOÚRICA () PYEMIA () PURPÚRA () DISÚRIA () LEUCÓRIA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- | | |
|---|---|
| <p>() RISCO DE INFECÇÃO</p> <p>() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</p> <p>() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p>() TROCA GASOSA PREJUDICADA</p> <p>() ANSIEDADE</p> <p>() MEDO</p> <p>() ENFRENTAMENTO INEFICAZ</p> <p>() RISCO PARA NUTRIÇÃO</p> <p>() Desequilíbrio</p> <p>() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO</p> <p>() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS</p> <p>() FADIGA</p> <p>() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE</p> <p>() RISCO PARA Quedas</p> <p>() RISCO PARA LESÃO</p> <p>() AUTOESTIMA PERTURBADA</p> <p>() DIARRÉIA</p> <p>() CONSTIPAÇÃO</p> <p>() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO</p> <p>() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO</p> <p>() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA</p> <p>() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO</p> <p>() DOR</p> <p>() HIPOTERMIA</p> <p>() HIPERTERMIA</p> <p>() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO</p> <p>() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA</p> <p>() CONFORTO PREJUDICADO</p> <p>() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO</p> <p>() OUTROS: <u></u></p> | <p>() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS</p> <p>() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS</p> <p>() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u> </u> H</p> <p>() MANter MONITORIZAÇÃO</p> <p>() MANter CABECEIRA ELEVADA <u> </u></p> <p>() ASPIRAR VAS /TOT <u> </u></p> <p>() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA</p> <p>() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS</p> <p>() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS</p> <p>() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA</p> <p>() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS</p> <p>() REALIZAR CONTROLE HÍBRICO DE <u> </u> H</p> <p>() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.</p> <p>() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS</p> <p>() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM</p> <p>() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL</p> <p>() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA</p> <p>() MANter JEJUN A PARTIR DAS: <u> </u> H</p> <p>() REALIZAR DEXTRO <u> </u> / <u> </u> HORAS</p> <p>() ENCAMINHAR AO GANHO DE ASPERSÃO</p> <p>() ORIENTAR AUTOCUIDADO</p> <p>() REALIZAR BANHO NO LETO</p> <p>() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO <u> </u> / <u> </u> H</p> <p>() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO</p> <p>() PREPARAR PARA EXAMES EM: <u> </u></p> <p>() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO</p> <p>() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO</p> <p>() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.</p> <p>() OUTROS: <u></u></p> |
|---|---|



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
ASS E CARIMBO - ENFERMEIRO: TARDE: DATA / HORA		ASS E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM: TARDE: DATA / HORA	
NOITE: DATA / HORA ASS E CARIMBO - ENFERMEIRO:		NOITE: DATA / HORA ASS E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM:	

Handwritten notes in the form:

- Under TARDE (Enfermeiro): "Por no visto 21 guias medicas e seu analizado CPM. Segue ao cuidado da equipe."
- Under TARDE (Técnico): "Paciente em boas condições, sem alterações." (with a large 'X' mark)
- Under NOITE (Técnico): "Paciente em boas condições, sem alterações." (with a large 'X' mark)

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		HC	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA			
DIAGNÓSTICO: FX 1 MTC MÃO D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	339	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã
3	CETOPROFENO 1G EV 6/6H		SUSPENSO
4	TILANTIL 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (SN)		
6	TRAMAL 100MG + 100ML SE 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H (SN)		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (SN)		
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
12	CURATIVO DIÁRIO SN		SM
14	SSAV + COGG 6/6 H		manhã
15			
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

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMA: EM AGUARDAMENTO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DATA	PA	FC	FR	TEMP		
8 H						
12 H	127/77	70	18	36.10	+ 0	
18 H	109x67	63	18	36	+ 0	
24 H	116x60	65		36.79	+ -	



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Antonio Jato de Almeida

HD

Ex Jato de Almeida

DATA:

20/07/19

SEXO: M () F ()

IDADE

PESO

LEITO

339

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAIS?	

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
 ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS: () HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRRREGULAR ()

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUÍDO

PULSO: () NORMAL () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO ()

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DEFICITÁRIO

RUÍMOS: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () LÍQUIDO () TÍPICO () TÍPICO () AGUDO () VIBRANTE

EVACUAÇÃO: () REGULAR () DIÁRIA () FREQUENTE () RARAS () OBSTIPADA () DIARRÉICA ()

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFRENTAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() Desequilíbrio

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIERTEMIA

() INTEGRIDADE DE PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DE ALMO PREJUDICADO

() REGULAÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() RISCO DE INFECÇÃO

() RISCO DE INFECÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABEÇA ELEVADA ____

() ASPIRAR VIAS /TQT

() VERIFICAR NÍVELS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGÍDICAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H

() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H

() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() DEFEITO: HIGIENE DE CONFORTO

() ESCALA DE AMBULAÇÃO

() REGISTAR INTOLERÂNCIA A ALIMENTAÇÃO

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

() REGISTAR

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HC	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA					
AGNÓSTICO: FX 1 MTC MÃO D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	21/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				
7	FENTANIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
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

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVE

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: **ALTA HOSPITALAR**

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Corredor
B/E

338
339

Eu Antonio Paulo de Almeida CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este termo a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 17/7/19
PACIENTE: Antonio Raulo de Almeida DN: 07/11/19
DIAGNÓSTICO(S): F-1-RAO - (b)

DIET: / /
KANBAM: Dieta: / / /
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM:
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:
IMAGEM:

ANTIBIÓTICO
USADO:
JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIÓTICO:
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:
Euslygen

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Seguindo protocolo Euslygen

Boa Vista, 17 de 7 de 2019. Hora: / /

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC
Assinatura/carimbo do Médico Regulador



GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATTESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

[Assinatura]

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SÉRIE

NECESSITA DE

45 (*45*) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

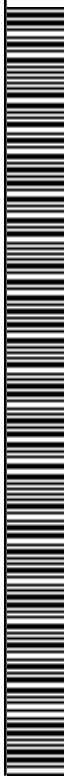
O. K.

[Assinatura] *01* de *08* de *19*

[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

RM - ORO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 66 DO
POPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.001, DE 14/08/67 E SERÁ EXPEDIENTE JUSTIFICA-
TIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



CAERR
CNPJ: 05.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA NELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-610

Atendimento
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **896969** **Julho/2019**

Dados do Cliente:
MARTA DE JESUS PINTO ALMEIDA

Endereço para entrega:
RUA JT 01 A, NUM. 323 - OLÍMPICO BOA VIS
TA RR 69314-578

Inscrição 001.021.631.0230.000	Rota 27	Seq.Rota 1000	Quantidade de Economias RESIDENCIAL
Hidrômetro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT.			NUM DE DIAS
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
201902	10-0
201901	10-0
MEDIA	10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5419 / 2005 G.M.

AMOSTRAS	COLOR	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83

AVISO: EM 31/05/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

CAERR			
MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
896969	07/2019	15/08/2019	23,83

826000000000- 8 23830004001- 7 00089696901- 1 07201930003- 6



Via do Cliente

Para esclarecer dúvidas sobre seu pagamento, procure imediatamente sua unidade pagadora.

COMPROVANTE DE RENDIMENTOS - FOLHA NORMAL							
GOVERNO DO EX-TERRITÓRIO DE RORAIMA							
SIGLA DA UPAG SEGAD		UF RR	REG. JURÍDICO EST	SITUAÇÃO FUNCIONAL ATIVO PERMANENTE	SIGLA DA UORG SESP		UF RR
NOME DO SERVIDOR ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				MAT. SIAPE 6716886		IDENT. ÚNICA 7168861	
CARGO/EMPREGO AUX OPERAC DE SERV DIVERSOS			CLASSE S	REF/PADRAO/NIVEL II		FUNÇÃO *** **	
DEPENDENTE S.F. 01		DEPENDENTE IR 01		A.T.S.(%) 10		CPF 38319055253	
						MÊS/ANO PAGAMENTO AGO 2019	
BANCO 001				AGÊNCIA 00250X			
CONTA SALÁRIO 0000000854816				CONTA PARA OUTRAS OPERAÇÕES 0000000854816			
PARÂMETROS PARA PAGAMENTO DE APOSENTADORIA							
FUNDAMENTO LEGAL *****				GRUPO ***	CARGO ***	CLASSE *	REF/PAD/NIV ***
TIPO	DISCRIMINAÇÃO			PRAZO		VALOR	
RENDIMENTOS	VENCIMENTO BASICO					2.123,99	
	ANUENIO - ART 244, LEI 8112/90					212,39	
DESCONTOS	AUXILIO-ALIMENTACAO					458,00	
	V.P.TRANSITORIA ART.2 MP1573-7					59,65	
	GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT					1.882,40	
	GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT					470,60	
	MENSALIDADE SINDICAL - SINDSEP					46,51	
	EMPREST BCO PRIVADOS - BICBANC			066		85,81	
	EMPREST PREV PRIVADA - SABEMI			093		212,18	
	EMPREST PREV PRIVADA - SABEMI			094		44,35	
	EMPREST PREV PRIVADA - SABEMI			094		33,04	
	CONTRIB PREV ABERTA - SABEMI					50,24	
	EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			084		70,01	
	EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			084		738,00	
	EMPREST BCO PRIVADOS - PAN			074		80,46	
	EMPREST BCO PRIVADOS - VOTORANTIM			093		68,45	
	CONTRIB PREV ABERTA - CAPEMISA					37,23	
	CONTRIB PREV ABERTA - FBPP					3,95	
	AMORT CARTAO CREDITO - OL6			001		213,15	
	PENSÃO ALIMENTICIA					916,21	
	CONT. PLANO SEGURIDADE SOCIAL					515,84	
	IMPOSTO DE RENDA RETIDO FONTE					100,59	
Eduque-se financeiramente: Portal do Servidor/Gestão de Pessoas/Capacitação/Educação Financeira.							
BASE CÁLCULO DO TETO 0,00		DEPÓSITO FGTS 0,00		BRUTO 5.207,03		DESCONTO 3.215,99	
BASE CÁLCULO DO I.R. 3.225,57		MARGEM CONSIGNÁVEL 70% 321,48	MARGEM CONSIGNÁVEL 30% 1,00	MARGEM CONSIGNÁVEL 5% 24,30	LÍQUIDO 1.991,04		
Autenticação Nº E695.14B3.42C4.53EF.1910.F1F5 Data de emissão: 12/09/2019 09:09:55							
Este contracheque foi impresso pelo Sigepe, de acordo com a Portaria SRH/MP Nº 1.825, de 19/09/2007, tendo fé pública em todo território nacional. Vale como original. Para conferir a autenticidade acessar servicosdoservidor.planejamento.gov.br serviço Autenticação de Documentos.							

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

ANTÔNIO PINTO DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 89226 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 383.190.552-53, residente e domiciliado na Rua JT 01, nº 323, Bairro: Olimpico, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

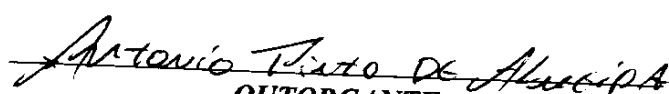
OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 30 de Outubro de 2019.

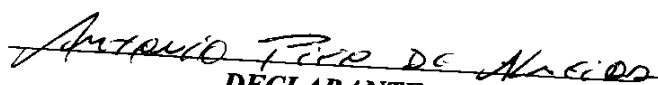

OUTORGANTE

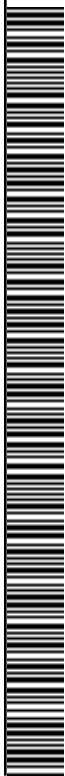
DECLARAÇÃO

ANTÔNIO PINTO DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 89.226 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 383.190.552-53, residente e domiciliado na Rua JT 01, nº 323, Bairro: Olimpico, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** 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, 30 de Outubro de 2019.


DECLARANTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
89226 SSP RR

CPF
383.190.552-53

DATA NASCIMENTO
07/11/1972

FUNÇÃO
RAIMUNDO FAIVA DE
ALMEIDA
MARIA DE JESUS PINTO

PERMISSÃO
CATEGORIA
A/B

REGISTRO
03379012512

VALIDADEZ
16/07/2020

PRIORIDADE
07/03/1997

RESERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2015

Assinatura do Diretor

56160388155
RR207732655

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1015366826

PROBANDO PLASTIFICAR
1015366826

172.014.033,005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013975664931

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 01 00173097227
 CDB-BENEFICIÁRIO
 ANO 2019

NOME
 SIDNEY DE MORAIS MENEZES

RR

CPF / CNPJ
 007.092.782-09
 PLACA
 RAY94B0

PLACA ANT. / XT

CHASSI
 902J1C4120H0220054

ESPÉCIE TIPO
 PAS/MOTOCICLETA/MNO APPLIC.
 COMBUSTÍVEL
 GASOLINA

MARCA / MODELO
 HONDA/CG 125 FAN ES
 ANO FAB.
 2009
 ANO MOD.
 2010

CAP/POT/CIL
 22/012400/
 CATEGORIA
 PARTICU
 COR PREDOMINANTE
 AZUL

COTA ÚNICA
 FABRQ
 VENC. COTA ÚNICA
 FABRQ
 VENC. COTAS
 1 *****
 2 *****
 3 *****

PREÇO TAFARIÓ (R\$)
 R\$0,32
 PREÇO TOTAL (R\$)
 R\$84,58
 DATA DE PAGAMENTO
 24/06/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
 PROP SAIR DA A
 MAZ GELD *

OBSERVAÇÃO
 Lido por moes Brian

LOCAL DE EMISSÃO
 DETRAN-RR

BOA VISTA-RR

DATA 03/07/2019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DENATRAN

SIGUE OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT							
RR Nº 013975664931 BILHETE DE SEGURO DPVAT							
				2019			
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 007 - PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204							
VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	PLACA				
01	2007-09-27-82-09	2019	NAX9480				
RENAVAN	MARCA/MODELO						
00173097827	HONDA/CB 125 FAN ES						
ANO FAB.	CORTE	Q2 CLASSIF.					
2009		B02JC4120R02S054					
PRÊMIO TARIFÁRIO							
FMS (RS)	ZENITARIJ (SI)	CUSTO DO SEGURO (R\$)					
R\$36,05	R\$4,01	R\$40,06					
CUSTO DO BILHETE (RS)		R\$0,32					
R\$4,15		R\$4,08					
PAGAMENTO				PARCELADO			
☒ DOTA ÚNICA				27/06/2019			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.240.608/0001-04							