

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: LEIDIANE DA SILVA BARROS Brasileira, solteira, Do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4078128 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 032.855.572-06 residente e domiciliada nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito á Rua Nivaldo conc. gutierrez nº 955, Bairro: Pintolândia, CEP: 69.316-740. Tel: (95) 99112-5223 E-mail:barrosleidianedasilvabarros@gmail.com.

Outorgado: : Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, **Dra. ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, **Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE**, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, **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 judicia**”, 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, 29 / 07 / 2020

Leidiane da Silva Barros
LEIDIANE DA SILVA BARROS

TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL 163.54788.14-7 3753120 0050 RR <i>Leidiane da Silva Barros</i>  

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
 LEIDIANE DA SILVA BARROS FILIAÇÃO.....: EDMILSON BARROS CARVALHO LORENI JOSE DA SILVA NASCIMENTO.....: 25/05/1993 ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO.....: R.G. 4078128 SESP RR 23/03/2010 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF.....: 032.855.572-05 TIT. ELEITOR.....: SEÇÃO: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 12/05/2016 ASSINADO E REGISTRADO EM SEDE DO TITULAR	FILIAÇÃO..... DATA DE NASC. DE..... /..... /..... DATA DE NASC. DE..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR..... NOME..... DOCUMENTO..... ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO TITULAR..... LEGENDA A - DOCUMENTO B - CONTRASSINATURA C - RECONHECIMENTO DE FANTASIA D - OUTROS NOME BASTA E - NOME EM NOVO F - NOME EM NOVO F - NOME EM NOVO F - NOME EM NOVO 03

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

LEIDIANE DA SILVA BARROS Brasileira, solteira, Do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4078128 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 032.855.572-06 residente e domiciliada nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito á Rua Nivaldo conc. gutierrez nº 955, Bairro: Pintolândia, CEP: 69.316-740.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 24/07/2020

Leidiane da Silva Barros
LEIDIANE DA SILVA BARROS



24/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Declaração de residencia

24/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC: 879630

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5664401

MANOEL RODRIGUES TAVARES

R. NIVALDO CONC GUTIERREZ, 955 ,

PINTOLANDIA

69316740 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
879630	07/2020	01-NOV-19 a 31-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
4068	04-SEP-20	R\$ 3.364,45

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
879630	07/2020	R\$ 3.364,45

836000000338.644500750000.000000000877.963007200156



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LEIDIANE DA SILVA BARROS Brasileira, solteira, Do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 4078128 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 032.855.572-06 residente e domiciliada nesta cidade de Boa vista, Estado de Roraima sito á Rua Nivaldo conc. gutierrez nº 955, Bairro: Pintolândia, CEP: 69.316-740.

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, 24/07/2020

Leidiane da Silva Barros
LEIDIANE DA SILVA BARROS

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.03.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Dele, pela sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR			
163.54788.14-7			
NÚMERO	SÉRIE	LIP	
3753120	0050	RR	
<i>Leidiane da Silva Barros</i> ASSINATURA DO TITULAR			
			

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
LEIDIANE DA SILVA BARROS FILIAÇÃO: EMILSON BARROS CARVALHO LORENI JOSE DA SILVA NASCIMENTO: 25/06/1993 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO: R.G. 4078128 SESP RR 23/03/2010 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 032.855.572-06 CNH: _____ TÍT. ELEITOR: _____ LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 12/05/2016 ASSINATURA DO EMISSOR		FILIAÇÃO _____ DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO _____ NOME _____ DOCUMENTO _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR MOTIVO _____ LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PREVIDÊNCIA G - DATA DE NASCIMENTO R - SEP. IUD. CIV. D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS		
NOME DO TITULAR		
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°	
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
REGISTRADO EM		SOB. N° LIVRO N°
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
REGISTRADO EM		SOB. N° LIVRO N°
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS		
NOME DO TITULAR		
REGISTRADO EM	SOB. N° LIVRO N°	
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
REGISTRADO EM		SOB. N° LIVRO N°
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
REGISTRADO EM		SOB. N° LIVRO N°
FLS., PROC. N°		
PROFISSÃO		
FUNÇÃO		
LEGISLAÇÃO		
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES		
NÚMERO	SÉRIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO		
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO DE DE	
REGISTRO N° FLS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA DE DE	
COM. DISPENSA CD N°	
FOLH N° DA CONTÁBIL.	

07

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

08

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

09

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

10

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

11



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2020 12:53 Data/Hora Fim: 30/01/2020 12:53
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 042771 Data: 26/08/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 26/08/2018 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: Avenida: José Cassimiro da Silva
Complemento: Frente ao número: 50

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 16/02/1968 Idade: 51 anos
Naturalidade: PE - Ouricuri Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Analia Rodrigues da Silva Nome do Pai: Onofre Pereira Tavares

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3439590

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia
Complemento: casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99114-8801 (Celular)

Nº: 1681

Nome Civil: RONALDO NASCIMENTO SILVA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 187.322
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 645.410.702-78

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva
Bairro: Santa Luzia

Nº: 806



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 30/01/2020 12:53

Página 1 de 4

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Nome Civil: IRIANE DE SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 33 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 310102-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 806
Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva
Bairro: Pintolândia

Nome Civil: LEIDIANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 25 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 1681
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia
Bairro: Pintolândia

Nome Civil: AELYCA OLIVEIRA TAVARES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 26/09/1995 Idade: 24 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Empresário
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Selma da Silva Tavares Nome do Pai: Manoel Rodrigues Tavares

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 383769-6
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.359.872-05

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 1412
Logradouro: AV GLAYCON DE PAIVA
Bairro: MECEJANA
Telefone: (95) 99147-1857 (Celular)

Nome Civil: FRANCIMAR RODRIGUES DE AMORIM (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 20/09/1980 Idade: 39 anos
Naturalidade: MA - Lago Verde Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Marlene Veras Rodrigues de Amorim Nome do Pai: Antonio Alves de Amorim
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.336.742-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR N°: 280
Logradouro: RUA CESAR NOGUEIRA JUNIOR
Bairro: Pintolândia



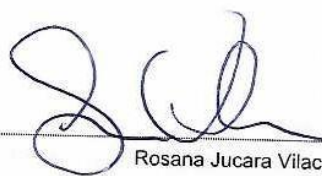
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Que na data de hoje, 30/01/2020, compareceu nesta Delegacia de Acidente de Transito Manoel Rodrigues Tavares, vítima do acidente aqui relatado, solicitar aditamento deste registro; Que a motocicleta que este conduzia seria uma TRAXX/JH125 L, PLACA NAK9391, CHASSI 951BJKJG18B000722, de propriedade de Mariza Soares Coelho; Que sua esposa estava com seis meses de gravidez na data do acidente tendo que se submeter a uma cesariana de urgência onde sua filha nasceu, tendo que ficar internada durante três meses na maternidade; Que a vítima fraturou o pé, próximo ao calcanhar e teve lesões diversas; Que sua esposa Leidiane da Silva Barros fraturou a perna; Que ambos foram socorridos pelo SAMU e encaminhadas ao grande trauma do HGR; Que este registro é para fins do Seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matricula 42000370
Responsável pelo Atendimento



Manoel Rodrigues Tavares
(Vítima / Comunicante)

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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Telefone: (95) 99111-0508 (Celular)

Razão Social: PM (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereco

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 816.658.302-04

Renavam 00194502937

Número do Chassi 951BJKJG18B000722

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo TRAXX/JH125 L

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 19/07/2010

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK9391

Número do Motor JL156FMI-208T000701

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo TRAXX/JH125 L

Veículo Adulterado? Não

Situação	Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Manoel Rodrigues Tavares

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado (a),
 Informo que fomos acionados pelo **CIOPS** para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no local e horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidiane** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esposo de Leidiane) condutor da motocicleta, QUE o Sr. **Manoel** conduzia seu veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Pintolândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/CORIER 1.6 L** de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo **COURIER** colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo populares no local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pegou o para-choque da **COURIER** e colocou dentro da carroceria e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o **SAMU** para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local e uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** onde nos informou que seguiu o condutor da **COURIER** e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do taxi lotação em fuga, QUE de imediato fizemos o acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação era conduzido pela Sra. **Iriane** (Esposa do Sr. Ronaldo) onde perguntado a mesma sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica em comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local nem tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Oderlan Souza (OAB-1845/RR)** se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que o seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela **VTR-SAMU Bravo-03** e pela **VTR-CBM VTR-02**, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleudson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de infração Nº SE00118484

Auto de infração N° SE00118483

Auto de infração N° SE00118482

Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 30/01/2020 12:53
Protocolo nº: 156-2019-000000000000

Página 3 de 4

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jtr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX3V FD8V6 LG7MS LWMW3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC
2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR
"Para Proteger e Servir a Comunidade"
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

VTR 105	SU/Operac. 2º BPC	Data 26/08/2018	Sub Setor Oeste	HS/Transmissão 14:00	HS/Inicial 14:00	HS/Chegada 14:02	HS/Final 16:45
Cód. Ocorrência 1001/1003/1012	Cód. Providência 13006/13023/13005	Cód. Serv. Prestado 14011	Kml 76551	KmF 76560			

Rua/Av.: Rua, José Cassimiro da Silva (em frente ao nº 50) Nº Bairro: Pintolândia Ref.: cruzamento com Margarida Caland Paiva

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR/ VEÍCULO	Nome: Ronaldo Nascimento Silva	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
	Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva	RG: 187.322 SSP/RR	CPF: 645.410.702-78	Nº 806
2	CONDUTOR/ MOTOCICLETA	Nome: Manoel Rodrigues Tavares	Idade: 50 anos	E. Civil: Divorciado
	Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia	RG: não soube informar	CPF: CNH: não possui	Nº 1681
3	VITIMA/ PASSAGEIRA	Nome: Leidiane da Silva Barros	Idade: 25 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, Laura Pinheiro Maia	RG: não soube informar	CPF: CNH: não possui	Nº 1681
4	TESTEMUNHA	Nome: Francimar Rodrigues de Amorim	Idade: 37 anos	E. Civil: Casado
	Endereço: Rua, Cesar Nogueira Júnior	RG: 77942997-4 SSP/MA	CPF: CNH: não possui	Nº 280
5	ENVOLVIDA	Nome: Iriane de Sousa	Idade: 33 anos	E. Civil: União estável
	Endereço: Rua, José Cassimiro da Silva	RG: 310102-9 SSP/RR	CPF: CNH: não possui	Nº 806
6	ENVOLVIDA	Nome: Aelyca Oliveira Tavares	Idade: 22 anos	E. Civil: Casada
	Endereço: Av, Glaycon de Paiva	RG: 383769-6 SSP/RR	CPF: CNH: não possui	Nº 1412
7		Nome:	Idade:	E. Civil:
	Endereço:	Nome:	Idade:	E. Civil:
8		Nome:	Idade:	E. Civil:
	Endereço:	Nome:	Idade:	E. Civil:
	RG:	Matricula:	Nº	Bairro:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS.



RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (IS) ACIMA:

ASSINATURA: A1

CARGO: ACPCL

LOCAL: 11º DP

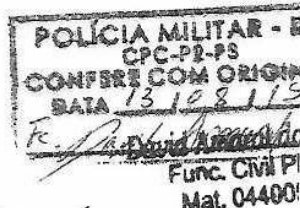
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 042771

Senhor Delegado (a), Informo que fomos acionados pelo CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no local horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidi** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esp. de Leidiane) condutor da motocicleta, QUE o Sr. **Manoel** conduzia veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua Margar Caland Paiva sentido Pintelândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia veículo uma **FORD/CORIER 1.6 L** de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo COURIER colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo população local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pego para-choque da COURIER e colocou dentro da carroceria e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o **SAMU** para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local e uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** o qual nos informou que seguiu o condutor da COURIER e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do veículo em fuga, QUE de imediato fizemos acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação conduzido pela Sra. **Iriane** (Esposa do Sr. Ronaldo) onde perguntado a ela sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Oderlan Souza** (O. 1345/RR) se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e te feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela **VTR-S. Bravo-03** e pela **VTR-CBM VTR-02**, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleidson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos para esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de infração Nº SE00118484

Auto de infração Nº SE00118483

Auto de infração Nº SE00118482



2º SGT PM Silva Maia
NOME

47000297
CADASTRO

2º SGT PM
POSTO/GRAD

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA
Antônio Ronaldo da Silva Mai
SGT PM CPF: 558.535.442-68



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1737

UNIDADE: Bravo III

EQUIPE: Fabiana/Vanderson/Natalino



192

Paciente: EDIADASILVA BARILLOS

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 25

Sexo: F

Endereço: Joo Casimiro da Silva

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro: Pintolandia

Nº 15989

DATA: 10/8/2018

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Dr. Anderson

HORA J/9: 13:54

BASE () VIA ()

() RÁDIO

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

colisão no to x carro

HORA J/10: 14:06

() CELULAR

ACIONAMENTO

[X] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL

- [] Capotamento
[] Atropelamento
[] Colisão AUTO x
[] Motorista
[] Passageiro Banco dianteiro
[] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- [] Atropelamento [] CICLOVIA
[] VIA [] CALÇADA [] FAIXA

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- [] Uso do cinto
[] Vítila projetada
[] Vítila encarcerada
[] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- [X] Colisão MOTO x carro
[] Queda de moto [] Com capacete
[] Atropelamento [] Sem capacete
[] Queda de Bicicleta
[] Piloto [] Garupa

VIOLENCIA

- [] FAB
[] FAF
[] Espancamento
[] Violência Doméstica
[] Violência Sexual
[] Tentativa de suicídio
[] Outro:

OUTROS

- [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
[] Queda, Altura aprox.
[] Acidente Doméstico
[] Queimadura Agente
[] Afogamento
[] Agressão p/ animal
[] Outros:

VIAS AÉREAS

- [X] Livre
[] Obstrução Parcial
[] Obstrução Total
[] Corpo estranho
[] Edema de Glote
[] Outro:

VENTILAÇÃO

- [X] Eupneico
[] Apnéia
[] Dispnéia
[] Bradpneia
[] Taquipnéia
[] Roncos
[] Sibilos
[] Respiração paradoxal

AVALIAÇÃO INICIAL

CIRCULAÇÃO

- [] Normocárdico
[] Bradicárdico
[X] Taquicárdico
[] Arritmico
[] Enchimento capilar acima de 2"
[] Ausente
[] Cianose central
[] Cianose de extremidade

AVAL. NEUROLÓGICA

- [X] AVDN (A)
[] Miose
[] Midríase
[] Anisocoria [] D [] E
[] Aparentemente Etílico
[] GLASGOW

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"	APGAR
Início 14:20 11/0/20	102	73	21	99				
Fim 14:47 11/0/20	110	71	21	100%				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele

- [X] Corada
[] Quente
[] Pálida
[] Fria
[] Úmida
[] Seca
[] Cianótica

Cabeça

- [] Contusão
[] Escoriação
[X] Laceração
[] Hematoma
[] Afundamento
[] Fer penetrante

Face

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Lacerações
[] Ferimento ocular
[] Luxação
[] Mandíbula

Pescoco

- [] Escoriações
[] Lacerações
[] Hematoma
[] Desvio da traquéia
[] Enfisema Sub-cutâneo

Tórax

- [] Dor
[] Escoriações
[] Lacerações
[] Contusão pulmonar
[] Ferida Aspirativa
[] Empalamento

Abdome

- [] Escoriações
[] Lacerações
[] Distendido
[] Em tábua
[] Doloroso
[] Evisceração

Pelve

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Dor
[] Instabilidade
[] Crepitação

Coluna Dorsal

- [] Contusão
[] Hematoma
[] Dor
[] Escoriações
[] Crepitação

MMSS

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Luxações
[] Lacerações
[X] Fratura
[] Amputação
[] Crepitação

MMII

- [] Contusão
[] Escoriações
[] Luxações
[] Lacerações
[X] Fratura
[] Amputação
[] Crepitação

OCULAR

- 4 Espontânea
3 Ao comando
2 A dor
1 Sem resposta

VERBAL

- 5 Orientado
4 Confuso
3 Palavras inapropriadas
2 Palavras incompreensíveis
1 Sem resposta

MOTORA

- 6 Obedece a comandos
5 Localiza a dor
4 Movimento de retirada
3 Flexão anormal
2 Extensão anormal
1 Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [X] Ritmo Sinusal
[] Taquicardia
[] Bradicardia
[] Flutter
[] Fibrilação atrial
[] Fibrilação ventricular
[] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [] Respiratória
[] Neurológica
[] Psiquiátrica
[] Metabólica
[] Cardiovascular
[] Aborto

- [] Digestiva
[] Infecçiosa
[] Obstétrica
[] Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

- [] Diabetes
[] Cardiopatia
[] HAS
[] Alergias
[] Outros

Medicação de uso:

Nega

GRAVIDADE PRESUMIDA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[X] SEVERA

[] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 21/09/18
Stephanie

OBSERVAÇÕES

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na cena do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

INCIDENTE

RCP

- [] Cancelamento
[] Recusa de Atendimento
[] Não se encontrava no local - EVASÃO
[] Recusa de hospitalização
[] Trote
[] Bombeiro no local:

- [] Iniciada as:
[] RCP com sucesso
[] RCP sem sucesso
[] Obs:

- [X] Polícia Militar
[] Guarda Municipal
[] SMTRAN
[X] Bombeiro
[] Outros

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

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 pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

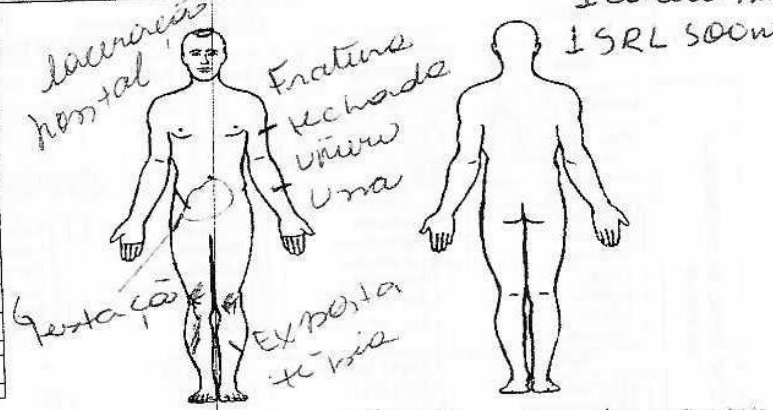
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	2 com prensa
Perda de líquido: _____	BCF: _____	1 gaze
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		2 Ataculinas 20 + 1
		4 Atad 10cm
		1 SA 500ml
		1 grupo
		1 pico 18
		1 cateter na
		1 SRL 500ml

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Esponthos	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ào Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	2
Apenas gemidos	Sons	1
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



Feminina 25 anos vítima de colisão no tórax e carrilhão encontrada ao solo DD, Responsiva, LOTE, apresenta laceração em região frontal (calveira), natureza HSE fechada úmero e ulna, e na avaliação primária a vítima relata dor de aproximadamente 24 semanas, (no momento sem queixas obstétricas) apresenta fratura exposta de tíbia MIE e expostas a travessas em MID. realizada Imobilização cervical e membros apertados, prancha rígida, acesso venoso calveira e conduzida ao GT em SSVV preservados e monitorados em O₂ sob cateter nasal 2l/min

* NO trajeto a vítima apresenta sangramento vaginal onde foi relatado ao médico regulador - onde foi repassado ao GT situação da vítima perante o trauma e gestacional.

Entrega em LOTE SPO₂ 100% SRH 500ml + SF 09/300

ASSINATURA E CARIMBO HV



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a senhora **LEIDIANE DA SILVA BARROS**, foi atendida por este SAMU Municipal no dia **26/08/2018**, ficha de atendimento nº 1737, nº de ocorrência 15989, sendo que houve um equívoco do nome no momento do preenchimento da ficha de atendimento.

Boa Vista, 18 de Setembro de 2018.


Simone Raiol de Queiroz
Diretora/Em Exercício
SAMU 192 BV





26/08/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

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



Visto
me
Sil

1801000620	26/08/2018 14:53:38	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
LEIDIANE DA SILVA BARROS	25/06/1993	25 A 2 M 1 D	704602642976329	03285557206		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	407812-8	SSP/RR	23/03/2010	F	UNIAO	PARDA
Mãe	LORENI JOSE DA SILVA		EDMILSON BARROS CARVALHO		(95) 99132-3131	
Endereço	RUA - LAURA PINHEIRO MAIA - 1681 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tempo	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		DAL			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)						TOTAL 15

Paciente vítima de acidente de moto x carro, dirigido pelo SAMU, el imobilizado de MSE e MTF, el posterior de. exposto para ser atendido. Queixa de dor intensa nos membros inferiores.

Exame Físico
Cabeça, olhos, nariz, boca, ouvidos. FC=95, PA=110 x 68, SPO2=100% 30cmHg via SPV, Tórax, pulmões, coração, abdome. pulso arterial, hipotensão, el dor a palpitação. Tórax - insuflado a palpação, membros inferiores. Ext. el bps, tcc 3mg. BCF=15.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☒ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) SF 0,9% 1000ml EV	15/20	15/20, 15/20, 15/20
2) Monitorar BNG EV - SF 0,9% 3ml.		coleta de
3) Aguardar exames.		Sau e bem
4) Solicitar avaliação do GO	15/20	encaminhado
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRG. Brigadeiro Gomes, 3308 Ave. Planalto Tel (95) 2121-0020 AUTENTICAÇÃO 2018 Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital Verdell Kabele Médico CRM-RR 1965 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :		

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
Data Hora: 26/08/2018 14:54:46

02/18
00500 - Sistema em Tecnologia
SA - Impressão em Saída
Im. 42/04 01/26/12



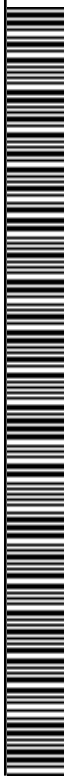
1801000620



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
Deidiane da Silva Barros					26 / 08 / 18
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Limpeza cirurgica de fratura + fixada externa perna (E) + Red. encurtamento de cotovelo (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:56	19:39		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Michel	
DRº JONATHAN		RES. ANESTESIA:		Felio Bruno	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DRº Jesus					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Res. pablo		JONATHAN, ELICANGELA, Ana claudia			
TIPO DE ANESTESIA: GEMM		TEMPO DE DURAÇÃO:			
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
30	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	par	1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 2.0	
1	LÂMINA BISTURINº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			WATGATAMIN citadura crepom 10cm	
1	SERINGA 10ML		10	GEORGAM propi dex.	
1	SERINGA 20ML		6	ELICARDIACA mon- dex.	
1	TOT		5	OUTROS elthodis	
Fixador Externo					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Simone	SUB- TOTAL		
		Alexandria	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



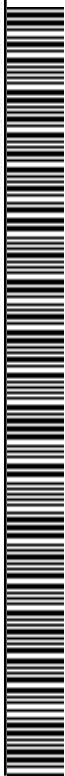


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		25a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Cecilia da Silva Barnes		GT	VI	26	108 118
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Cesariana		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:45		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Drª Glauca		ANESTESISTA:	Dr. Michel	
1º AUXILIAR	Drª Iza		RES. ANESTESIA:	R. Celio / R. Bruno	
2º AUXILIAR	Neo: Rafael		INSTRUMENTADOR	Paula (Interna)	
TIPO DE ANESTESIA: Raquel			CIRCULANTE	Kelly / Raimundo / Samuel	
TEMPO DE DURAÇÃO:					
JANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYL N° 0	
☒	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON N° 3.0	
☒	LUVA ESTERIL 8.5		☒	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		☒	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☒	LÂMINA BISTURIN N° 22		☒	FIO CATGUT SIMPLES N° 1	
☒	DRENO DE SUÇÃO N°		☒	FIO CATGUT CROMADO N°	
☒	DRENO DE TORAX N°		☒	FIO PROLENE N°	
☒	DRENO DE PENROSE N°		☒	FIO SEDA N°	
☒	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL	
☒	SERINGA 03ML		☒	CERA P/OSSE TOT m- 7.0	
☒	SERINGA 05 ML		☒	KIT CATARATAN°	
☒	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM Ecovirha	
☒	SERINGA 20ML		☒	FITA CARDIACA	
☒	Coltrada		100ml	OUTROS: Cloridina Alcoolica	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE				
	Aline Jaqueline	MATERIAL MEDICAMENTOS			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
	Kelly / Raimundo / Samuel	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Leilaiane da Silva Barros

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais				
17:46	18:56	19:50	19:39	19:50			1h 15' 30' 45' 2h 3h 3h30 2h 3h 2h 3h 4h 5h				
Cirurgia Realizada: <u>Exatoma no colo</u> Anestesia: <u>geral</u> Posição: <u>mento</u> Hemodinâmica: <u>radial</u> Hidratação: <u>Infundida</u> Antibiótico: <u>Terapia</u> Nome: <u>CH:</u> Dose: <u>Plasma:</u> Outros: <u>Plaquetas:</u> N° de compressas oferecidas: <u>Anatômico Pat. ilio:</u> N° de compressas recolhidas: <u>() Não</u> Sinais Vitais: <u>() Slim</u> <u>() N° peças:</u> <u>() Cultura</u> <u>() Outros:</u>				Localização: 							
SF a 0,9%: <u>Nome:</u> SG a 10%: <u>Dose:</u> Outros: <u>N° de compressas oferecidas:</u> <u>N° de compressas recolhidas:</u> Sinais Vitais: <u>T: 37,5°C</u> <u>SAT: 99%</u> <u>() Regular</u> <u>() Irregular</u> <u>PC: 134 bpm</u> <u>PA: 82/42 mmHg</u>				Exames na SO: <u>() Ht</u> <u>() Hb</u> <u>() Hemograma</u> <u>() Rolo X</u> Outros:							
1. Informações: () Jejum () Pre-anestésico () Jólise () Intracath () Banho () Sengue () Alegria () Cardiopata () Exames () Asmático Outros:				Balanço Hídrico: Entradas: <u>HV</u> <u>CH</u> <u>SNG</u> Saídas: <u>Dreno</u> <u>Diurese</u> <u>SNG</u> <u>Outros</u>							
2. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado Outros:				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Sonda 6. Cateter 7. Vendelias 8. Dreno 9. SNG 10. Fio de Smerch 11. Outros: <u>PA</u>							
3. Condições da Pele: () Frieza () Queimadura () Hematoma () Contusão () Edema () Amputação () Escarificação				4. Condições da Pele: () Frieza () Queimadura () Hematoma () Contusão () Edema () Amputação () Escarificação							

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRIA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PREScrições DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiada relacionada (a) procedimentos transoperatorio (b) procedimentos pós-operatórios		A	B	Avalia: preparo operatório				
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.			A	Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.		X		
Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Encaminhar paciente a sala de cirurgia		X		
Desobstrução: ineficaz relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente		X		
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão de centro respiratório (b) relaxamento muscular.				Mante: paciente coberto sem camisola			X	
Risco para hipotermia relacionado (a) estado da anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.				Instala: monitores e oximetria de pulso			X	
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) ação (c) uso de bisturi elétrico.			A/B	Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica				
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatorio.			X	Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico			X	
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura			A	Registrar volume e aspeto do débito urinário de 1/1 hora				
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.			X	Controlar drenos frequentar nas primeiras horas de PCI				
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós-anestésica.				Comunicar Enla se há aumento de sang. e aumentos pós-incisões e cateteres				X
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema				Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/45 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.				X
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal				Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratórios (apnéia, dispnéia, queda da saturação alterações no nível de consciência).				X
Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.			A/B	Anota volume e aspeto das secreções traqueobrônquicas.				
Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicação.				Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.				
Evolução de Enfermagem				Fazer curativo de dor/proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.				
Paciente admitido no Centro Cirúrgico				Manter curativos oclusivos com gases com drenos.				
CC e Prontuário (b) de nível de consciência				Manter grades dos leitos elevadas.				
Realizar curativo e fixar de novo				Preparar paciente para alta do C.C.				
Realizar curativo e fixar de novo								
Realizar curativo e fixar de novo								

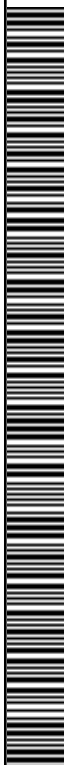
Almeida J. B. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.537 ENF

Carimbo no verso

Realizar curativo e fixar de novo
Realizar curativo e fixar de novo
Realizar curativo e fixar de novo

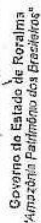
						SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima						SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA													
DATA DE ADMISSÃO				DIH				DN					
PACIENTE	LEMIANO DA SILVA BARROS												
DIAGNÓSTICO	Fratura Externa Max												
ALERGIAS		HAS		DM2									
IDADE	25	LEITO		DATA	26/08/00								
ITEM	PRESCRIÇÃO												HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE												
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO												
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H												
4	TILATIL 20MG EV 12/12H												
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H												
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA												
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)												
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N												
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)												
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), 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												
19													
20													
EVOLUÇÃO MÉDICA:													

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6RJ LCGGE DTAUG 899FD



SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**



UNITAD 2; SETON

NOME DO PACIENTE

OPACIENTE
bibliane do Sulo. Baros

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
22/09/2018	1) Dolo zero 2) 56171500uf tu 408 Stortoye 10 UT sucede 8m 3) 510910 1000uf EV 308 6/65 4) - Cefalotile 19 EV 19 8/6/65 5) fice 108 EV 40 12-12 6) Dipirona 19 EV 6/65 7) controle 400mg 8) controle 800mg 9) controle 800mg		

Eugenia Mora
Medica
76 RR TEGO
CRM



Nome:	Leidiane Barros, 27 anos	Leito:	BOX 04	DATA:	26/08/2018
PRESCRIÇÃO MEDICA					
1	Dieta Izero até segunda ordem	HORARIOS		Médico Responsável	
2	SG5% 500ml + NaCl10% 10ml + KCl10% 10ml IV 6/6h	24-06-19-18		L. F. Barros, 26/08/2018	
3	Cefalotina 1g IV 6/6h	24-06-19-18			
4	Dipirona 1g IV 6/6h (24h)	24-06-19-18			
5	Tramadol 100mg + SF0.9% 100ml IV 8/8h ACM	ACM			
6	Ondansetrona 4mg IV 8/8h	ACM			
7	Concentrado de hemácia 2U IV agora	24-06-19-18			
8	KCL10% 20ml + SG5%200ml IV, se Ks3.3	SU 05-11		Glc. cap. < 70mg/dl = 40ml glc. 50%	
9	Gluconato de calcio10% 20ml IV, se Cas 0.9	SU		INSULINA REG. SC	
10	Cabeceira elevada 30°	SU		> 180 2 UI	
11	Oxigenio 100% 2L/min por CN, se SO2 ≤ 92%	Monitor		181 - 210 4 UI	
12	Glicemia 8/8h	Monitor		211 - 240 6 UI	
13		Prof. B. H.		241 - 270 8 UI	
14				271-300 10 UI	
15				301 - 330 12 UI	
16				> 330 AVISAR PLANTONISTA	
17				HORA glicemia INSULINA	
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					



ADMISSÃO MÉDICA UTI-HGR



DATA: 26/08
 NOME: Leideiane da Silva Gomes
 NASCIMENTO: 25/06/1993
 REINTERNAÇÃO NA UTI: S () N (X)
 ORIGEM: (X) CENTRO CIRURGICO () TRAUMA () OUTRA UTI () ENFERMARIA () HEMODINÂMICA () OUTRO HOSPITAL
 DIAGNÓSTICO: Politrauma: Fr. tíbia e fíbula (E) e luxação cotovelo (E); Descolamento placentário
 INFECÇÃO NA ADMISSÃO NA UTI: S () N (X) Qual?
 CO-MORBIDADES: () IR em Hemodiálise () IR sem Hemodiálise () Cirrose Child A/B () Cirrose Child C () ICC graus 2-3-4
 () DPOC grave () AIDS () Uso de Corticóide () Imunossupressão () Câncer locorregional Onde?
 () Câncer Metastático Onde? Câncer/ Hematológico Qual?
 Dispositivos invasivos na admissão: VM: início / / Cateter venoso profundo: início / / Onde?
 Cateter arterial: início / / Cateter Vesical: início 26/08/2018
 EM USO DE ANTIBIÓTICOS TERAPEUTICOS A ADMISSÃO: () S (X) N Qual(s)

EVOLUÇÃO:

Paciente com história de acidente moto-cano, do entendo abaixo do GT com fratura da fíbula e tíbia esquerda, luxação de articulação de cotovelo (E); levado ao centro cirúrgico, diga, a sala de USG que evidenciou gestação entre 26 e 27s, hemotoma placentário / descolamento prematuro;

Devido à 50 onde foi submetido à sequência rápida de TOT; concomitante, realizado cirurgias de emergência através de incisão de Fontanel; levado embora por moribundidade/ UTI neonatal onde passa hemólise; complementação de ato cirúrgico com fixação externa da perna esquerda e redução fechada de luxação cotovelo (E).

Recebeu suporte do CC, com risco de perda sanguínea importante durante cirurgias, onde foi necessário a transfusão para controle de sangramento.

No momento, hipocrótico, hypo-fiducioso, toque cardíaco, queixando-se de dor em local de escarificações, relatando sede intensa, evidência ocular em região de pericóia

Neu: sem alterações motoras, sensíveis ou cognitivas

AP: muco sem ruídos adventícios

Abd: conteúdo gástrico, RHO

ACV: RCR. FC: 145, PA: 100/70

Ext: hiperotico, frios, pulsos periféricos

Ed: sem edema

Rx

ambos brônquios

Dr. [Assinado]
 20/08/2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG: 3801/2018	IDADE: 25 ANOS
NOME: LEIDIANE DA SILVA BARROS	SEXO: FEM
EXAME: USG. ABDÔMEN TOTAL	
PROCED.: PAAR	MÉDICO SOLIC.: DR. WENDELL RABELO

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa, normais. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema canalicular biliar intra-órgão de calibre e trajeto normais. Ausência de sinais de tumor cístico, sólido ou imagem sugestiva de Hematoma.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes normais, conteúdo isoecogênico. Colédoco de aspecto e calibre normal.

PÂNCREAS: Forma, volume, contornos e ecotextura normais.

BAÇO: Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa normal. Cápsula íntegra.

RINS: Topografias habituais. Formas, volumes, contornos, ecotexturas parenquimatosas e coletoras normais. Relações córtico-medulares normais e mantidas. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsulas preservadas.

VCIE AORTA: Trajetos e calibres e normais.

PERICÁRDIO: Não apresentando líquido.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros. Ausência de líquido nos seus diferentes níveis.

ESPAÇOS DE MORRISONS: Livres.

BEXIGA: Paredes e conteúdo normal.

FUNDO DE SACO POSTERIOR: Ausência de líquido.

OBS.: No momento deste exame, não se evidenciou líquido livre, nem coleção definida em cavidade abdominal.

Gestação tópica única de aproximadamente 26 -27 semanas, feto hígido, BCF +.
Placenta de inserção tópica antero-fundica, grau II; com presença de imagem sugestiva de hematoma circunscrito à espessura do parênquima placentário, de aproximadamente 9 cm de diâmetro.
Ausência de indícios de sangramento intra amniótico nem pélvico.

ID: Órgãos examinados sem alterações ecográficas.
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO
POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.

Boa Vista/RR, 26/8/2018 15:57

Dr. Gregório Enrique
CRM 498/RR - TEGO 356. RQE 383



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308 / Bairro Aeroporto
CEP: 69360-000/Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0620



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

* transf. Necessária da UTI 2 para 10.25h

4052

Nome: Leidiane Barros, 27 anos Leito: 4 DATA: 27/08/2018

PRESCRIÇÃO MEDICA

1	Dieta Izero até segunda ordem	HORARIOS	Médico Responsável
2	SG5% 500ml + NaCl10% 10ml + KCl10% 10ml IV 6/6h	SN	
3	Cefalotina 1g IV 6/6h	18:00 - 06:00	
4	Dipirona 1g IV 6/6h (24h)	18:00 - 06:00	
5	Tramadol 100mg + SF0.9% 100ml IV 8/8h ACM	18:00 - 06:00	
6	Ondansetrona 4mg IV 8/8h	18:00 - 06:00	
7	Concentrado de hemácia 2U IV agora	18:00 - 06:00	
8	KCL10% 20ml + SG5%200ml IV, se Ks3.3 Correr em 6h		
9	Gluconato de calcio10% 20ml IV, se Cas 0.9		
10	Cabeceira elevada 30°		
11	Oxigenio 100% 2L/min por CN, se SO2 ≤ 92%		
12	Glicemia 8/8h (hormônios 9h 0h)		
13	Insulina regular 10 UI + GH 50 % 100 ml IV - correr em 30 minutos (ACM)		
14	NBZ: 5 ml + berotec 10 gotasACM		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21	12 PA-129/76		
22	PA-102/71		
23	FC-100		
24	FR-20		
25	FR-20		
26	FR-20		
27	FR-20		
28			
29			
30			

Gluc. cap. < 70mg/dl = 40ml glc. 50%
INSULINA REG. SC
2 UI
181 - 210
211 - 240
241 - 270
271 - 300
301 - 330
> 330
HORA
17:30
129
AVISAR PLANTONISTA
glicemia
INSULINA

PA: 110/60
FC: 96
FR: 20
TRAV: 36°C
Dextro: 90ug10

19:00h - Parado todos os cuidados
- 5pous e exsauridos. TRC: 9

405
2

LEDIANE

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 HGR Hospital Geral de Roraima	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		<i>Fernando Da Silva Amorim</i>	
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>Transf.</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>1824</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		<i>1824</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>1218</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>su</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		<i>m</i>
14	CURATIVO DIARIO		
15			
16			
17			
18	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: <i>OCE, LATERAL</i> <i>Transferir Ao Bloco</i>			

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS					MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					





RELATÓRIO DE ALTA – UTI-1

PACIENTE: Leidiane da Silva Barros

Idade: 27 anos

DATA DE NASC: 25/06/1993

INTERNAÇÃO HGR: 26/08/2018

PERÍODO DE INTERNAÇÃO NA UTI: 26/08/18 – 27/08/18

DIAGNÓSTICO: Politrauma: fratura tíbia e fíbula esquerda; luxação de cotovelo E; DPP/ Hematoma placentário; parto cesáreo de urgência e histerectomia

ATB UTILIZADOS: Cefalotina

Paciente feminina, 27ª, admitida através do GT após acidente moto-carro onde a mesma sofreu escoriações múltiplas, fatura de perna esquerda, luxação de cotovelo E; trauma abdominal que ocasionou hematoma placentário, descolamento prematuro, necessidade de cesárea de urgência e histerectomia. Chega à CTI apresentando taquicardia sinusal (FC: 138bpm), hipocorada, hipo-hidratada, relatando sede intensa. Recebeu reposição volêmica generosa e 2 unidades de concentrado de hemácia. Recebe alta em boa estado geral, estável hemodinamicamente, sem queixas, com diurese em SVD.

Ao exame físico: BEG, LOTE, AAA, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, curativo oclusivo, respirando ar ambiente.

AC: Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas fonéticas, sem sopros.
AP: Murmúrio vesicular presente bilateralmente.

AP: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Expansibilidade simétrica.

Extremidades: Boa perfusão periférica (PR ≤ 2), sem edemas; aceitando dieta oral.

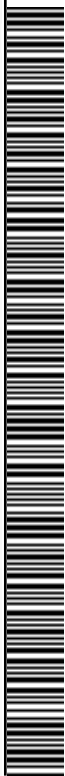
Extremidades: Boa perfusão periférica (PP < 2segundos), sem edemas e aquecidas; fixador externo em MIE, curativo compressivo em cotovelo E.

Neurológico: Glasgow de 15, força muscular e sensibilidade preservada, exceto em MIE devido fixador externo.

Alta da UTI devido evolução clínica do paciente, apresentando quadro clínico estável e no momento sem necessidade de suporte intensivo, com transferência para a enfermaria cirúrgica do bloco A aos cuidados da ORTOPEDIA com acompanhamento da GINECOLOGIA OBSTETRICA.

L. F. D. W. J. O. S. T. 1914

Boa Vista, 27/08/18.



LEIDIANE BARROS

405/2

M

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>Leidiane da Silva</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	
1		DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO	
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			
3		CÉFALOTINA 1G EV 6/6h			
4		TILATIL 20mg 12/12hs			
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gis) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10		SSV + CCGG 6/6 I			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			
14		CURATIVO DIÁRIO			
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:					

Ao bloco para programação cirúrgica

*386, LOVED
Alcôrol*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS	T	P	P.A	R
6 H	110x70	107	116	36,1°C
12 H	36,2°C	104	108/61	19
18 H	36°C	86	105/56	17
24 H	100x60	100	17	36,6°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

11:00 + Paciente queixando-se de dor, administrado item
5, i Verificado SSVV; AUX: are

13.00 às 19.00h

Realizado administração de medicação de controle de dor, menos

Silvana Teixeira Feitosq

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: <u>UFON</u>		2 - CNES: <u> </u>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: <u>UFON</u>		4 - CNES: <u> </u>
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE: <u>LEIDIANE DA SILVA BRAGA</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u> </u>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u> </u>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u> </u>
9 - SEXO: <u> </u>		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: <u> </u>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u> </u>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: <u> </u>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u> </u>		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: <u> </u>
15 - UF: <u> </u>		16 - CEP: <u> </u>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Sóla acidente, queixo quebrado e deslocado de perna esquerda, ferida aberta externa</u>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Cirurgia</u>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Pr perna esquerda</u>		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: <u>FRATURA TÍBIA LVA</u>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>ORTOPEDIA TÍBIA LVA</u>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u> </u>
26 - CLÍNICA: <u>Clinica</u>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>ELÉTRICA</u>	28 - DOCUMENTO: <u> </u>
29 - Nº DO DOCUMENTO: <u> </u>	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: <u>Dr. A. L. A. A. A.</u>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>30/08/18</u>
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: <u> </u>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO: <u> </u>	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: <u> </u>	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: <u> </u>
36 - CNPJ DA SEGURADORA: <u> </u>	37 - Nº DO BILHETE: <u> </u>	38 - CNPJ EMPRESA: <u> </u>
39 - CNPJ EMPRESA: <u> </u>	40 - CNAE DA EMPRESA: <u> </u>	41 - CBO: <u> </u>
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <u> </u>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u> </u>		
AUTORIZAÇÃO		
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: <u>040805</u>		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>050-0-5822</u>
46 - CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u> </u>		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u> </u>
48 - GISTRO DO CONSELHO: <u> </u>		49 - <u> </u>



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/08/18

O.S. _____

LEIDIANE M SILVA
BARRA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura tuba per. c.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Otimização de tuba e

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O tubo

CIRURGIÃO: Dr. Fern

1º AUXILIAR: Dr. C. - Ennis

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAO

ANESTESISTAS: Dr. Odônia

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Pelotas entendi
- Menor, entendi
- Corpo entendi
- Inceia inteiro lateral, direção ao lúmen
- Reduzir a pressão - placa DCP 6F
- entrar de obturador e ob. para lúmen com o
- 4.5r-
- Retornar, anterior

Dr. Carlos Henrique La Rosa
CRM-RR 463

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Leidiane da Silva Barros, 25a

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

17:00

18:00

Nº 30/08/18

AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	20												
X	02												
USO													
ANES													
X													
OP													
O													
TEMP													
ASPIR													
A													
RESP													
O													
Export													
Assist													
Contro													
SÍMBOLOS													

XO

⊗

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 0,5%	anestesia	# Checagem do aparelho equipamentos
B	hipertônica 15mg	mediana	
C	Galatriga 2g	agulha 27G	
D	Dexametasona 2mg	24, punção	
E	Ondasetron 8mg	ventilador	
F	Propofol 1mg	ventilador	# Monitorização FC, PANE, ECG, SpO ₂ # Revisão de venoclise A SRPA
G	Propofol 2g	ventilador	
GLICOSE			
RDND			
SANGUE			
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

Tratamento Cirúrgico de Tibia

Dr. Adenias

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Carlos H.

Dr. Jesus

PERDA SANGÜÍNEA

Dr. Adenias Resenle
Médico Anestesiologista
CRP 1000 - RORAIMA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	25 g	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Heidiara da Silva Barros				30/08/18

CIRURGIA	
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteos. de Fract. Tibia (C)	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	18:00 18:40

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
Dr. Jesus	ANESTESISTA:	Dr. Odair
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	
Dr. Enraque	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	
TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:	
Raque	Isaac, Taline, Chris	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL Viny 1 Nº 2.0	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSE	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML		1	GEOPOL	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
				OUTROS: Clorox, Deg.	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Rebecca + Luciano	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Marlon de Silva Bentes
Responsável: Marlon de Silva Bentes

ENTRADA: (Sala Pré-Anestésica)
PACIENTE: CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento: () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO: () Aplicar () Não se Aplica

SÍTIO DEPENDÊNCIA: RACADO
() Sim () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
() CONCLUIR

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
() Não () Sim, Qual: _____

ELA ABREVA, MISTURADO, RISCO DE ASPIRAÇÃO
() Não () Sim, e equipamento disponível

RISCO DE HIPÓXIA SANGÜÍNEA > 500 ml
() Não () Sim, e equipamento adequado e planejamento

Forma fluidos

Data: 24/07/2020 Assinatura: _____
Hora: _____

Anestesiista: _____

PAUSA CIRÚRGICA: (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumental, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
() Sim, Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Não se aplica
() Sim

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA: (Sala Pós-Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de fratura de tíbia (C)

Data: 30/08/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Leidiane da Silva Barros

Idade 25a

Bl: 0 Enfermaria 405 Leito: 2

Causa: Grande Fragmento

Nº _____

Cirulante: José, Valéria, Cez

Sala 214

Conferência Expurgo CME: _____

Materiais Utilizados:

Placa 08 furos 1

Parafusos 4x5

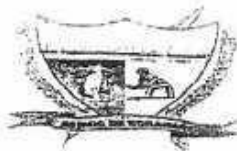
Costeiras nº 52 IVI

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





GOVERNO DE RORAIMA
AMAZONIA PATRIMÔNIO DO BRASIL

DATA: 30.08.18

NOME: Leidiane da Silva Barros

PRONT.

SEXO: F IDADE: 25 COR: Fato

ESCOLARIDADE: Secundária

DIAGNÓSTICO: Polifarmácia MSE e MIE

CIRURGIA PROPOSTA / SERVIÇO: Trat Cirurgico ortopédico

COMORBIDADES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Cirurgias e anestésias prévias / intercorrências	X		
Problemas anestésicos na família		X	
Hemotransfusão		X	
Aceita receber transfusão de sangue	X		
Tabagismo / cigarros / tempo		X	
Etilismo / tempo		X	
Uso de drogas ilícitas		X	
Alergias		X	
Sistema Cardiovascular		X	
Capacidade Funcional		X	() > ou = 4 METS () < ou = 4 METS
Sistema Respiratório		X	
Sistema Endócrino		X	
Sistema Hepático / Digestivo		X	Hematuria macroscópica
Sistema Urogenital / Renal			Hematuria macroscópica
Sistema Neurológico		X	
Sistema Hematológico		X	
Uso de anticoagulantes		X	
Está grávida? DUM?			Real. Césarea de emergência
Sente dor relacionada à doença atual?	X		Dor costal no Pn. trauma
Outras comorbidades			intensa
Medicações em uso:			Cefalotina Ondansetron

EXAME FÍSICO	PESO: <u>85</u> ALTURA: <u>1.60</u> IMC: _____ PA: <u>110/70</u> PULSO: <u>36</u> ASA: <u>II</u>					
VIA AÉREA	Mallampati: <u>1</u>	Mobilidade do pescoço:		Distância esterno-mento:		
	Abertura da boca: <u>OK</u>	Distância tireo-mento:		Circunferência do pescoço:		
	Dentição: <u>Completa</u>					
SCV						
SR						
OUTROS						
EXAMES	Hb:	Na+:	Glicemia:	INR:	Ur:	Ca:
Data:	<u>74</u>	<u>135</u>	<u>137.6</u>	<u>1.0</u>	<u>17.9</u>	<u>1.14</u>
	Ht:	K+:	Plaquetas:	TTPa:	Cr:	Outros:
	<u>21.4%</u>	<u>3.7</u>	<u>242.00</u>	<u>28.6"</u>	<u>1.03</u>	
ECG - data:						
ECO - data:						
RXTÓRAX - data:						
PARECER CARDIOLÓGICO						

LIBERADO:

ORIENTAÇÕES

LEIDIANE BARRETO.

4105
2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jocelynne da Silva R			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		NEGA		NEGA	
		105-7		28/07/18	
		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6h			
4		TILATIL 20mg 12/12hs			
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
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					
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

REC. KOTED
Adriane
Tela Sonda Visceral

835. Retornado SUD em
14:30 h.

Francisco Alencar Rodrigues
CRM-RR 353432 - ENF

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS				
6 H	320x88	94	18	36.1
11 12H	130x80	82	18	36.2
18 H	822x77	1400	17	37
24 H	833x73	93	16	36.2

11:30hs Realizado medicacao de Anest
Ceftriaxona SSVV. Segue as evoluções de
contagem. Te Sugere.



Ata 01/09

BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE *PS*

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE *VTO*

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *LEONARDO DA SILVA BARRA*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO *468408*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *7104161012161412191716131219*

8 - DATA DE NASCIMENTO *25/06/193*

9 - SEXO *F*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Isabeli Jose da Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) *R. J. da Silva Pombal - 1681 - Helio Campos*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Boa Vista*

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO *RIR*

15 - UF *RIR*

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *Sem acidente, querir fazer
o per. e e com o out + Cox. Morte
cópia e*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *C/Infer.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Pr per. e e. C/Infer.*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Frauma Externa Per. M. e Cox. C/Infer.*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Fixação EXT. TIBIA. + redução Cox. M.*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA *C/Infer.*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO *Urgente*

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF *51151951261219*

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Dr. J. da Silva*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *26/08/19*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Dr. J. da Silva CRM-RR 565*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *Dr. J. da Silva*

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR *040805050*

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *26/08/19*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Dr. J. da Silva CRM-RR 565*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *040805050 - 0 - 5827*

UTS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26 08 11

OS

LEONARDO M
SILVA PARRA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura exposta pério ea e Coxo uter

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Ligam. Or e furo de esterno para
+ vedação com curativo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

e. uter

CIRURGIÃO:

Dr. Jonatan

1º AUXILIAR:

Dr. Tejo

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

LAPOR

ANESTESISTAS:

Dr. Natche

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

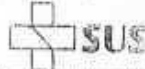
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado
- Aberto o abdome
- Cava externa
- Vedado o furo de esterno e
- furo de esterno 2 para furo 2to
- + furo de esterno
- Vedado o furo de esterno e furo 2to
- Curativo

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM 566

24/07/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario 2

Leidiane do Soc Bez

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE						2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE LAUDO (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARROCO)							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
						16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS							
27 semanas do gestação em curso com parto prematuro prematuro por feto de acidente de trânsito. Coló a seguir - 3er - parto prematuro							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Intensiv - 3er - 1606/3							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Resu obitório							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
DTP							
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA						27 - CID 10 DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS		() CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
				32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - Nº do Boleto de Trabalho		34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº do Boleto de Trabalho		36 - SÉRIE	
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - Nº do Boleto de Trabalho		40 - SÉRIE	
41 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - Nº do Boleto de Trabalho		43 - Nº do Boleto de Trabalho		44 - SÉRIE	
45 - Nº do Boleto de Trabalho		46 - Nº do Boleto de Trabalho		47 - Nº do Boleto de Trabalho		48 - SÉRIE	
49 - Nº do Boleto de Trabalho		50 - Nº do Boleto de Trabalho		51 - Nº do Boleto de Trabalho		52 - SÉRIE	
53 - Nº do Boleto de Trabalho		54 - Nº do Boleto de Trabalho		55 - Nº do Boleto de Trabalho		56 - SÉRIE	
57 - Nº do Boleto de Trabalho		58 - Nº do Boleto de Trabalho		59 - Nº do Boleto de Trabalho		60 - SÉRIE	
61 - Nº do Boleto de Trabalho		62 - Nº do Boleto de Trabalho		63 - Nº do Boleto de Trabalho		64 - SÉRIE	
65 - Nº do Boleto de Trabalho		66 - Nº do Boleto de Trabalho		67 - Nº do Boleto de Trabalho		68 - SÉRIE	
69 - Nº do Boleto de Trabalho		70 - Nº do Boleto de Trabalho		71 - Nº do Boleto de Trabalho		72 - SÉRIE	
73 - Nº do Boleto de Trabalho		74 - Nº do Boleto de Trabalho		75 - Nº do Boleto de Trabalho		76 - SÉRIE	
77 - Nº do Boleto de Trabalho		78 - Nº do Boleto de Trabalho		79 - Nº do Boleto de Trabalho		80 - SÉRIE	
81 - Nº do Boleto de Trabalho		82 - Nº do Boleto de Trabalho		83 - Nº do Boleto de Trabalho		84 - SÉRIE	
85 - Nº do Boleto de Trabalho		86 - Nº do Boleto de Trabalho		87 - Nº do Boleto de Trabalho		88 - SÉRIE	
89 - Nº do Boleto de Trabalho		90 - Nº do Boleto de Trabalho		91 - Nº do Boleto de Trabalho		92 - SÉRIE	
93 - Nº do Boleto de Trabalho		94 - Nº do Boleto de Trabalho		95 - Nº do Boleto de Trabalho		96 - SÉRIE	
97 - Nº do Boleto de Trabalho		98 - Nº do Boleto de Trabalho		99 - Nº do Boleto de Trabalho		100 - SÉRIE	
AUTORIZAÇÃO							
43 - Nº DO DOCUMENTO				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
() CNS				() CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
1/1/1				V299			
				→ 0458			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ S ____

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: DPP

INDICAÇÃO TERAPEUTICA: Sanguamento pós parto

DEFINIÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E AGENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Dexsangramento pós parto de placenta
+ Mionúrio utero

CIRURGIA: _____ 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESIA: _____ ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Paciente com STU grau - 2ª gravida de 1º parto. Antecedentes e anamnese do sistema circulatório, respiratório, digestivo, urinário, ginecológico e obstétrico. Em utero tapado, com o eixo do feto no plano do seu feminino, Placenta 70% descolada, apresentando sangramento. Possuía de múltiplos vasos umbilicais, incluindo de topografia endocervical e subcervical. Grafia do segmento com pontos contínuos de canal n.º 0 - hemostático dos ângulos. Sangramento e menbrina ocultas. Reforço dos pontos de sutura com sutura intradermica.

Eugenia Mora
Médica
CRM 176 RR/ROE 287
TEGO

Dra. Isa C. C. C. C.
Ginecologia/Obstetrícia
CRM - RR 1206



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

FICHA DE ANESTESIA

Leidiane da Silva Barros 25a

26/08/12

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nezu Menzou
At. Genda He.

[illegible]



40.8 %

LEIDIANE SILVA BARROS,

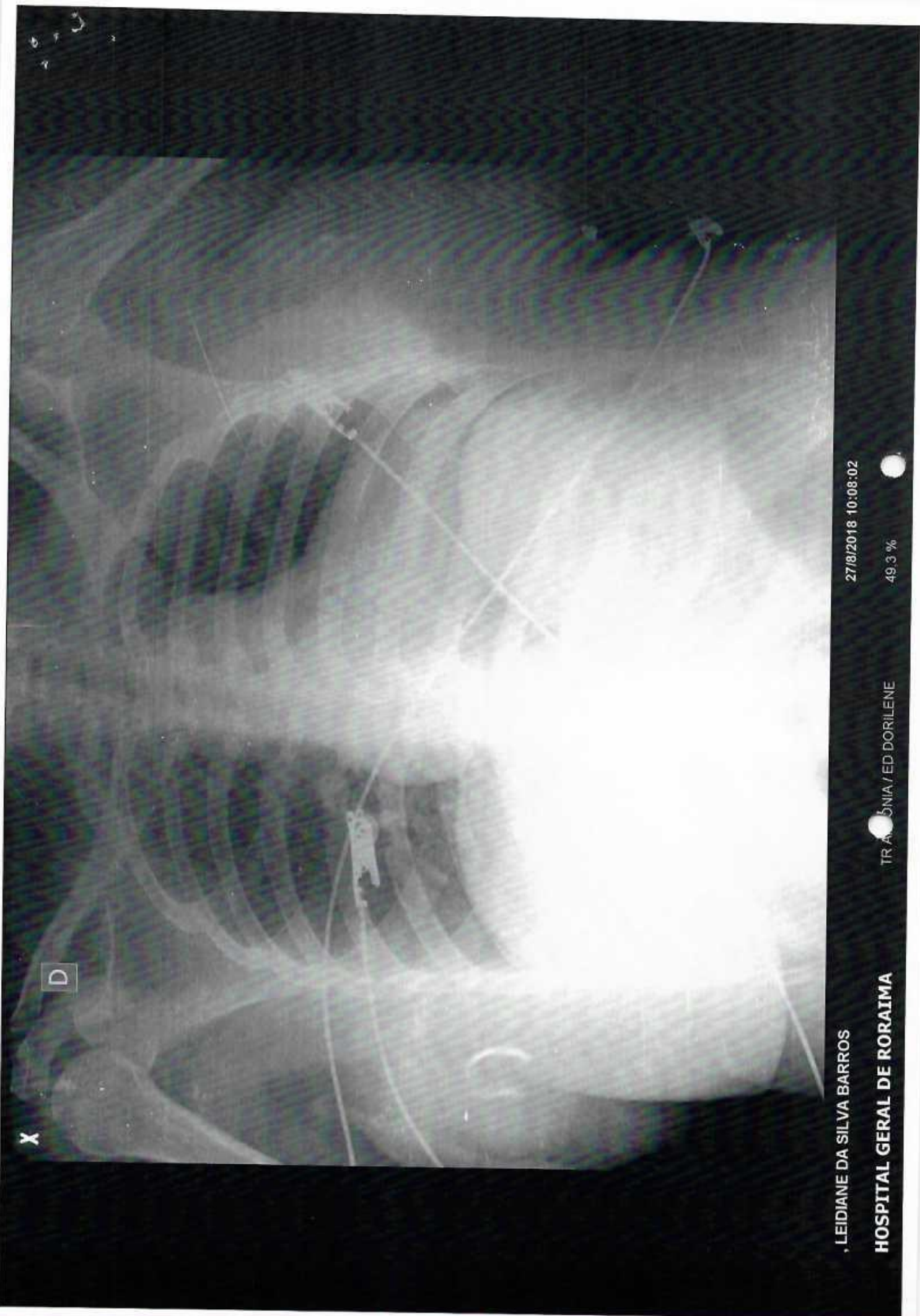
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

26/8/2018 15:42:51

44.0 %

26/8/2018 15:42:51





, LEIDIANE DA SILVA BARROS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

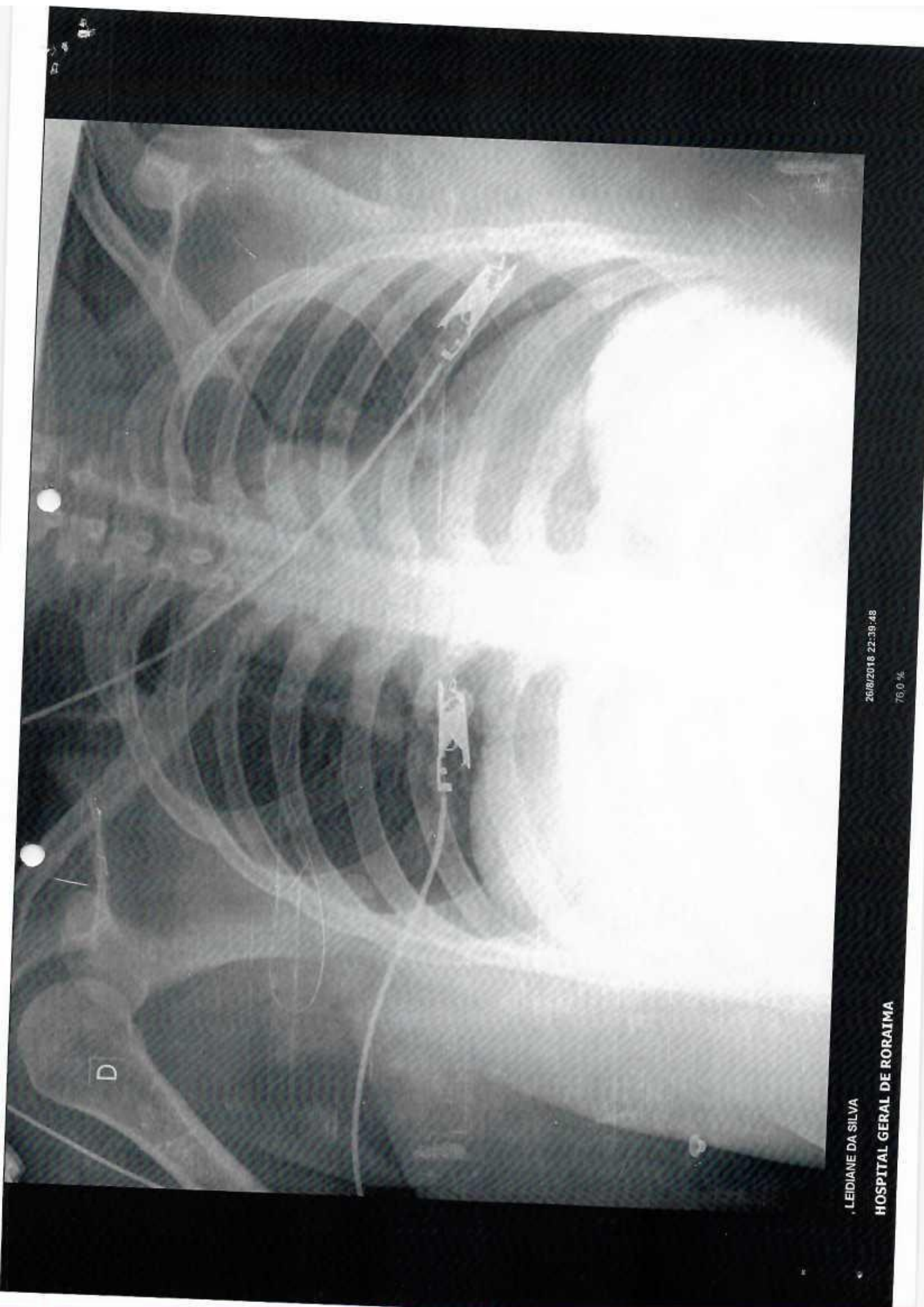
27/8/2018 10:08:02

49.3 %

TRABALHADA / ED DORILENE







LEIDIANE DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

26/8/2016 22:39:48

76,0 %





29/8/2018 17:24:41

57,5 %

BL/D 405-2

, LEIDIANE BARROS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SINISTRO 3200127411 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEIDIANE DA SILVA BARROS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO LEIDIANE DA SILVA BARROS

CPF/CNPJ: 03285557206

Posição em 20-04-2020 10:23:01

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/04/2020	R\$ 3.206,25	R\$ 0,00	R\$ 3.206,25

