

CARTÓRIO LOUREIRO

1º OFÍCIO DE NOTAS, PROTESTO E REGISTRO DE BOA VISTA

TABELIÃO - Bel. JOZIEL SILVA LOUREIRO
AV. VILLE ROY, 5623- E - CENTRO - CEP 69.301 - 000
TEL: (95) 3224-3327 - FAX: (95) 3623-1145 - CNPJ: 24.383.786/0001-31
E-mail: registrocivil@cartorioloureiro.com.br
BOA VISTA - RORAIMA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA e LUCIANA DA SILVA JONAS

MATRÍCULA:

096578 01 55 2016 2 00049 143 0014748 71

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA, nascido no dia 06 de março de 1995, em Boa Vista-RR, brasileiro, filho de JUDSON ALVES DE OLIVEIRA e MARIA DO CARMO DA SILVA OLIVEIRA.

LUCIANA DA SILVA JONAS, nascida no dia 03 de novembro de 1985, em Boa Vista-RR, brasileira, filha de EUGÊNIO JONAS e TERCY OLIVEIRA DA SILVA.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

DEZESSEIS DE JUNHO DE DOIS MIL E DEZESSEIS

DIA	MÊS	ANO
16	06	2016

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIANA DA SILVA JONAS OLIVEIRA.
O nubente conservou o mesmo nome.

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

O casamento Civil foi celebrado em 16/06/2016, pelo Exmo. Dr. Joziel Silva Loureiro - Juiz de Paz desta Comarca.

Nome do Ofício:

Cartório Loureiro

Oficial Registrador: Joziel Silva Loureiro

Município: Boa Vista / RR

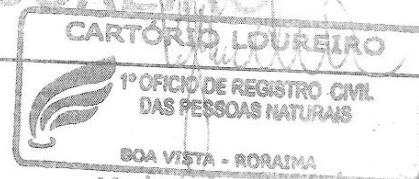
End.: Av. Ville Roy, 5623-E

Cep: 69301-000

e-mail:

Fone: 95-36243050

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 16 de junho de 2016



TRABALHADOR

Carteira de Trabalho - CTP

Ministério do Trabalho e Emprego

Carteira de Trabalho e Previdência Social

PIS/PASEP 203.45689.99-7

NÚMERO 9349190 SÉRIE 0030 LT RR

Liliane da Silva Jona

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



03

Ministério do Trabalho e Emprego

Visite o Portal MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://www.mte.gov.br)

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

LUCIANA DA SILVA JONAS

FILIAÇÃO.....: EUGÊNIO JONAS
TERCY OLIVEIRA DA SILVA

NASCIMENTO.....: 03/11/1985
SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 257135 SESP RR 17/12/2008

LEI Nº 3.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 839.180.862-81
CNH.....: *

TÍT. ELEITOR: 003414042631
SEÇÃO: 0301
ZONA: 005

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/08/2012

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

GOVERNO DO POVO

CREDITO DO POVO

4001 9100 2762 9477

06/22 15

LUCIANA SILVA JONAS

0250-X 839.180.862-7

VISA

Agencia uso eletrônico / ELECTRONIC USE ONLY

[illegible]



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO

Declaração de Nascido Vivo

30-77170914-7

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
706 4031 4355 3189

1 Nome do Recém-nascido (RN)										Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 706 4031 4355 3189																			
2 Data e hora do nascimento Data: 03/10/2018 Hora: 15:50										3 Sexo ☒ M - Masculino ☐ I - Ignorado ☐ F - Feminino					4 Raça cor do Recém-nascido ☐ 1 Branca ☐ 3 Amarela ☐ 5 Ind ☐ 2 Preta ☐ 4 Parda														
5 Peso ao nascer 3.422 em gramas					6 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º: 09 5º: 12					7 Comprimento 52 Em cm 1 casa decimal					8 Perímetro cefálico 34 Em cm 1 casa decimal					9 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrever ☐ 1 Sim ☒ 2 Não ☐ 9 Ignorado									
10 Local da ocorrência 1 ☐ Hospital 3 ☐ Domicílio 5 ☐ Aldeia indígena ☐ 9 Ignorado 2 ☐ Outros estab. saúde 4 ☐ Outros										11 Estabelecimento 8807										Código CNES									
12 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)										Número					Complemento					13 CEP									
14 Bairro/Distrito										Código					15 Município de ocorrência					Código					16 UF				
17 Nome da Mãe Diana da Silva Jesus										18 Cartão SUS																			
19 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) Ignorado Série 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 ☐ Superior incompleto 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 ☐ Superior completo										20 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) Código CBO 2002																			
21 Data nascimento da Mãe 03/11/85										22 Idade (anos) 31					23 Naturalidade da Mãe Município / UF (se estrangeiro informar País)					24 Situação conjugal 1 ☐ Solteira 4 ☐ Separada judicialmente/divorciada 2 ☐ Casada 5 ☐ União estável 3 ☐ Viúva 9 ☐ Ignorada					25 Raça / Cor da Mãe 1 ☐ Branca 4 ☐ Parda 2 ☐ Preta 5 ☐ Indígena 3 ☐ Amarela				
26 Residência da Mãe Logradouro										Número					Complemento					27 CEP									
28 Bairro/Distrito										Código					29 Município					Código					30 UF				
31 Nome do Pai										32 Idade do Pai																			
33 Gestações anteriores 34 Histórico gestacional Nº gestações anteriores: 02 Nº de partos vaginais: 01 Nº de cesáreas: 01 Nº de nascidos vivos: 02 Nº de perdas fetais / abortos: 01										35 Gestação atual 36 Data da última Menstruação (DUM): 28/10/17 37 Número de consultas de pré-natal: 09 38 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal: 12 39 Tipo de gravidez: 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla ou mais 9 ☐ Ignorado 40 Método utilizado para estimar: 1 ☐ Exame físico 2 ☐ Outro método 9 ☐ Ignorado 41 Parto 42 Apresentação: 1 ☐ Cefálica 2 ☐ Pélvica ou Podálica 3 ☐ Transversa 9 ☐ Ignorado 43 O Trabalho de parto foi induzido? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado 44 Tipo de parto: 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 9 ☐ Ignorado 45 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não se aplica 9 ☐ Ignorado 46 Nascimento assistido por: 1 ☐ Médico 2 ☐ Enfermeira ou Obstetriz 3 ☐ Parteira 4 ☐ Outros 9 ☐ Ignorado																			
47 Descrever todas as anomalias congênitas observadas																													
48 Data do preenchimento 14/09/2018										49 Nome do responsável pelo preenchimento										50 Função 1 ☐ Médico 2 ☐ Enfermeira 3 ☐ Parteira 4 ☐ Func. Cartório 5 ☐ Outros (descrever)									
51 Tipo documento 1 ☐ CNES 2 ☐ CRM 3 ☐ COREN 4 ☐ RG 5 ☐ CPF										52 Nº do documento										53 Órgão emissor									
54 Cartório										Código					55 Registro					56 Data									
57 Município																				58 UF									

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 07/16 - 2ª impressão 01/2017

www.lgb.com.br

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RIO GRANDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JULIO DE LACERDA

Polígono Direito

Assinado digitalmente por Bruno da Silva Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

030.992.222-40

06/03/1995

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07/01/2014

107849-8

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

13.139

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

06/03/1995

06/03/1995

Adriano S. Sperdino Santos

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

030.992.222-40

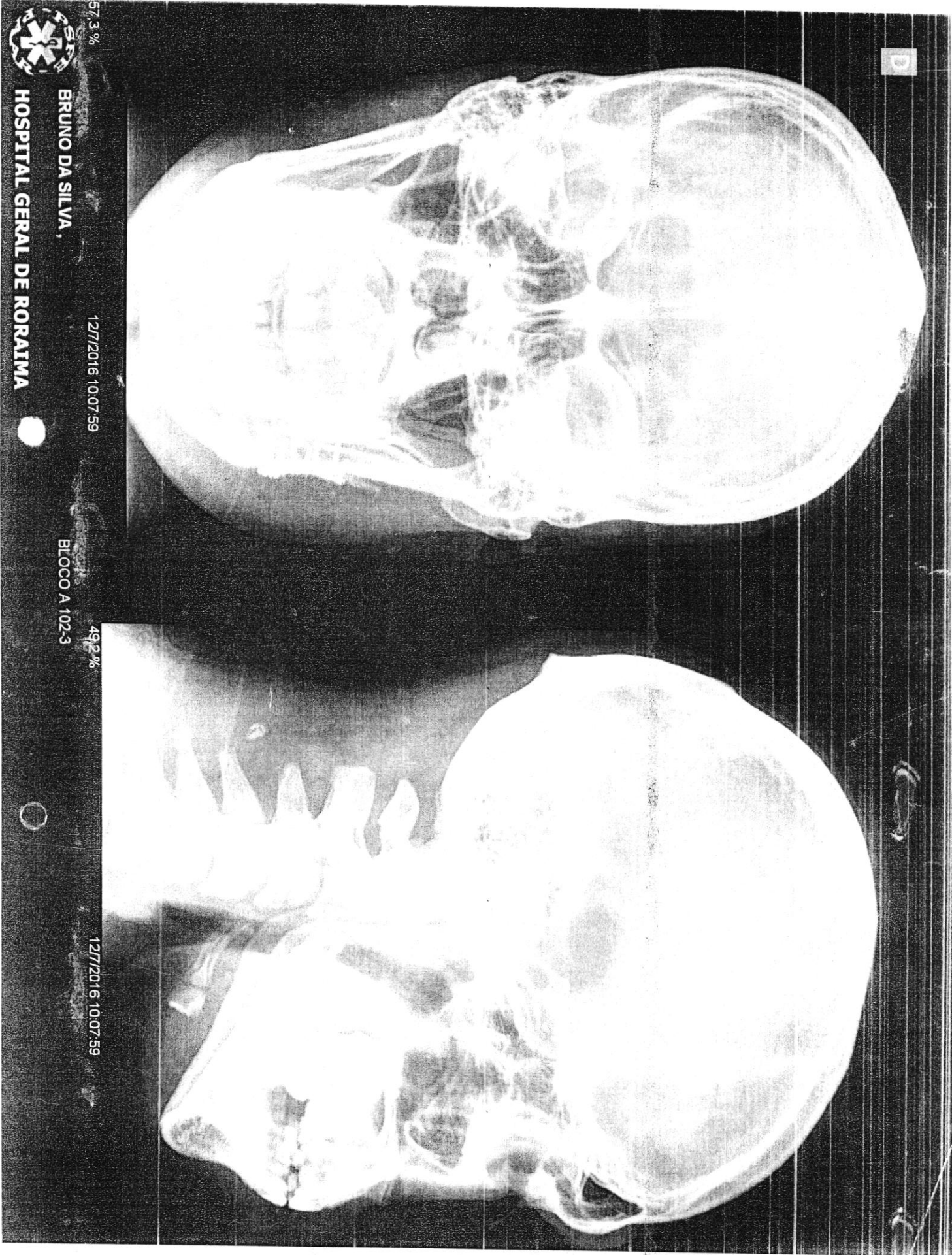
Nome

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

Nascimento

06/03/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



BRUNO DA SILVA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

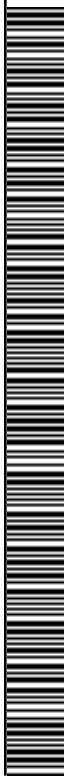
57,3 %

12/7/2016 10:07:59

49,2 %

12/7/2016 10:07:59

BLOCO A 102-3



SINISTRO 3170350397 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BRUNO DA SILVA OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO BRUNO DA SILVA OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 03099222240

Posição em 06-03-2018 10:31:21

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

MENSAGEM
14/02/19

Vai fazer

99116. 1487 (tia claudina)

~~99167. 2852~~

99144. 2227

espos.

- 99146. 3720



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020170/2016

Data/Hora Início do Registro: 30/06/2016 20:05
Delegado de Polícia:

DADOS DO REGISTRO
Data/Hora Fim: 30/06/2016 20:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 30/06/2016 14:17

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: rua argentina com hungria

Bairro: Cauamé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE, PREPOSTO)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP PM TRATA-SE-DE COLISÃO OCORRIDA NO CRUZAMENTO DA RUA ARGENTINA COM HUNGRIA, ONDE BRUNO DA SILVA QUE CONDUZIA MOTOCICLETA HONDA PLACA NAR 6279 COLIDIU NA LATERAL DIREITA DO VEICULO HB 20 CONDUZIDO POR BIANCA BRAGA, A CONDUTORA BIANCA TRAFEGAVA NA RUA ARGENTINA E O CONDUTOR BRUNO QUE É HABILITADO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA NA RUA HUNGRIA, NA RUA HUNGRIA HÁ SINALIZAÇÃO DE PARE. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FOI CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO. E O RELATO.

ASSINATURAS

Katiuscia Kelly Rocha Lima
Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR
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."

Sinop

Impresso por: Katiuscia Kelly Rocha Lima
Data de Impressão: 30/06/2016 20:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia Judiciária Eletrônica

172.014
172.014.004.059

MEMO 539/16



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 020170/2016/3ºDP**

O(A) Sr.^a

NOME: **RUI BARBOSA DE MELO**

RG : **15.426 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **28/04/1956**

TELEFONE: **99113-5885**

ENDEREÇO: **RUA ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 337**

BAIRRO: **SÃO FRANCISCO**

O(A) comunicante compareceu nesta especializa para acrescentar no boletim de ocorrência supracitado, o nº do CPF da vítima BRUNO DA SILVA OLIVEIRA, CPF: 030.992.222-40 e o nome do proprietário da motocicleta envolvida no acidente de trânsito.

Motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de propriedade de CESAR MAFRA NASCIMENTO.

Boa Vista - RR, 12 de julho de 2017.


Agente de Policia Civil


Comunicante

DAT

12 JUL 2017

AGENTE DE POLÍCIA

30.020170/16 - TCO 3º DP

PMRR - BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL				SÉRIE J	
						Nº 805097	
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir
3.9	CIPTUR	30/06/16	XXXXXXXXXX	14:17	14:17	XXXXX	15:35
Cód. Oc.		Cód. Prov.		Cód. Ser. Prest.		Km/Ini.	Km/Fin
1001/1003		13999		XXXXXXXXXX		132171	132.185
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Av./Rua: Rua argentina com Rua Hungria Bairro: Cauame Refe.: Cruzamento							
PESSOAS RELACIONADAS							
1 Condutora Nome: Blanca Braga Rodrigues Idade: 31 E. Civil: Casada							
Endereço: Rua Pinto Martins, 1162, Aeroporto							
Edt. R.G 182476 CNH 040.308.086-50 Profissão: Assistente Administrativo							
2 Condutor Nome: Bruno da Silva Oliveira Idade: 21 E. Civil: Casado							
Endereço: Rua Hungria, 58, Cauame							
Edt. R.G CNH Profissão: Padeiro							
3 Nome: Idade: E. Civil:							
Endereço:							
Edt. R.G CNH Profissão:							
4 Nome: Idade: E. Civil:							
Endereço:							
CNH Profissão:							
ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO							
Avarias relacionadas pela perícia							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve pessoas ou objetos apreendidos							
ASSINATUA  CARGO <i>PPC</i> LOCAL 3 DP 15:39							
Senhor Delegado do 3 DP HISTÓRICO							
Informo que fomos acionados via CIOPS para atender Ocorrência de Acidente de trânsito com danos materiais e com vítima. O Item 01 conduzia HB20 NSD 5764 e o item 02 conduzia Honda NAR 6279. Segundo o item 01 trafegava na Rua Argentina sentido centro/bairro quando no cruzamento da Rua Argentina com Rua Hungria foi colidida na lateral direita do veículo pelo Item 02 que trafegava na Rua Hungria sentido Av. Chile. O Item 02 sofreu escoriações pelo corpo e foi conduzido ao PS pelo Resgate. O Item 02 não foi conduzido ao DP devido a gravidade do acidente. Informo que na Rua Hungria tem placa de PARE. Felto a consulta pelo DETRAN e consta QUE Bruno da Silva Oliveira não possui CNH. O veículo do Item 01 foi notificado conforme auto de infração e foi entregue a seu enteado Rodrigo Santana de Medeiros. A perícia foi acionada e realizada pelo perito Bonela. As partes envolvidas foram orientadas.							
<i>Assinatura</i> 40.375-0 2ºSGT PM CIPTUR Nº Posto/Graduação SUOp							
HISTÓRICO							

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

B.O 20170
M= 539 /16

EM BRANCO
P2/P3/CPC

EM BRANCO
P2/P3/CPC

EM BRANCO
P2/P3/CPC



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Bruno da Silva Oliveira, portador da carteira de identidade nº 409849-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.992.222-40, residente e domiciliado na R: Hungria, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bruno da Silva Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista, 09/06/17

Local e data

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

CAER
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA

0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 1013548 | Abril/2016

CPF: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.068.114-4
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 68.206-610

Cliente: EUGENIO JONAS

Endereço do imóvel: RUA HUNGRIA, NUM 40/1 - CALAME BOA VISTA
RR 69311-074

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.015.631.0302.000	15	4599	RESIDENCIAL

Hidrómetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0

LEITURA FAT.
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO
201603	10-0
201602	10-0
201601	10-0
201512	10-0
201511	10-0
201510	10-0
MÉDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 6448 / 2008 D.M.

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	Z.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	289	289	289	289	289
CONFORMES	288	289	289	289	289

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	18,50
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO PARCELA 01/01		3,94

VENCIMENTO: 15/05/2016

TOTAL A PAGAR: 22,44

AVISO: EM 31/03/2016 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 18/04/2016 09:05:58

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1013548	04/2016	15/05/2016	22,44

826900000000- 9 22440004001- 6 00101354801- 9 04201660003- 5



Via da CAER

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA, brasileiro, casado, ajudante de pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 409849-8 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 030.992.222-40, residente e domiciliado na Rua Hungria, nº 40, Bairro: Cauamé, 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, 21 de Março de 2017.

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

OUTORGANTE

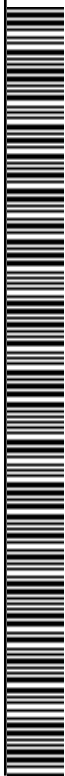
DECLARAÇÃO

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA, brasileiro, casado, ajudante de pedreiro, portador da Cédula de Identidade nº 409849-8 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 030.992.222-40, residente e domiciliado na Rua Hungria, nº 40, Bairro: Cauamé, 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 fê.

Boa Vista-RR, 21 de Março de 2017.

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA
DECLARANTE



4:50 11/07/16
Alta
BLOCO A
GOVERNO DO
SECRETARIA
HOSPITAL GERAL
AV. BRIGADEIRO EDUARDO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3303 - AEROPORTO

102-3

✓ 1800
W

FICHA DE ATENDIMENTO										
Paciente	Bruno DA SILVA OLIVEIRA			Data Nascimento	06.03.95 21		Idade	CNS	CPF	Proced.
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	144030		
Mãe	MARIA DO CARMO DAS P. PROFINO						Pal	Contatos		
Endereço	RUA HUNGRIA S/N ZAVAME						CNS	(93) 99112-5101		
Clss. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis. Proced.			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE										
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Prescrição			
ACi. moto	URGÊNCIA									
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:						
TRAIQUIA										
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue									
Anamnese de Enfermagem							GSC	TOT. L		
							AO: 1234	RV: 1234	BRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

04-140885
PC 90 1
SFO 92 Sol [unclear] de autos con
[unclear] - [unclear] [unclear] + C.D.
Garcia & F.V.

Hipótese Diagnóstica

- The. & AL. Presidential

SADT - Exames Complementares		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☒ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____	PREScrição - 0254 <i>Carb</i> - 5. F. 096 - <i>doe</i> / <i>EU</i> - <i>an</i> <i>doe</i> - <i>25</i> / <i>EU</i> - 2 F. <i>25</i> / <i>EU</i> - <i>an</i> <i>doe</i> - <i>25</i> / <i>EU</i>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. B. G. Eduardo Gomes, S/N Nova Brasília - RR (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 22 NOV. 2016 <i>[Assinatura]</i> Certifico e Declaro que a presente cópia é fiel reprodução Original apresentado neste Hospital	

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revolta

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Alé 24h)

☐ Internação

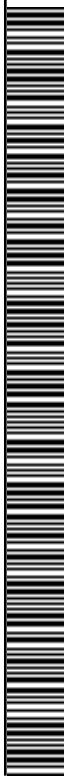
Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☒ Autópsia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

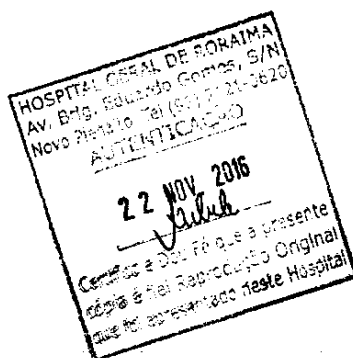


- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

Handwritten signature

- no. L.A.D.
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

Handwritten signature
 Dr. Fabiano de Almeida
 Neurocirurgião
 CRM-RR 1407



Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	------------------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Bruno da Silva Oliveira</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>144034</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>06/03/1992</i>
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Maria do Carmo da Silva</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>915 9111 1815 11011</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Augusta nº 42 - Camarã</i>	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Recife</i>	15 - UF <i>PE</i>
	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vitima de acidente e fratura da tórax esquerda e fêmur. Exatidão hemolítica.</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

<i>6 pontos de fratura</i>

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

<i>TC tórax</i>

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

<i>TCE + LAD</i>

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intubação</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>União</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>União</i>
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>11-1162-1613141161-1512</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. CALANDRINI</i>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>30/06/2016</i>
	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. CALANDRINI CRM 267</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>30/06/2016</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. A. H. (2.1.2.2)</i>	

30/05/2016 01 - PT eta zero

220.
~~240.~~ 12. 18

14. ~~2.~~

~~240~~
~~200~~
1200

month

noting a
fading big Atlantic
or ER river coast
near

Noting

HOSPITAL GENERAL DE NOBIAKEM
 AV. 513, FASE 20 SOMOS 51/IN
 NOVA FALANTO/CACAO
 22 NOV 2015
 3:23 presente
 30 Original
 Hospital
 que

Feb. 123 x 73
Feb 86

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

4 (102-3)

OK

UNIDADE/SETOR:	ÁREA	LEITO:
HRSB - GT/PSFE	Verde	
NOME DO PACIENTE: Bruno da Silva Oliveira		
HID: Politrauma + TCE Leve(LAD) + Fratura de Face		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
01/07/2016	1. Dieta oral(livre) <i>liquida pastosa</i>	<i>SV</i>
	2. SF 0,9% 500ml EV de 8/8hs	<i>SV</i>
	3. Cefalotina 1g EV de 6/6hs (Início 01/07)	<i>SV</i>
	4. Tilatil 20mg EV de 12/12hs	<i>SV</i>
	5. Ranitidina 50mg EV de 8/8hs	<i>SV</i>
	6. Dipirona 2g EV de 6/6hs fixo	<i>SV</i>
	7. Plasil 10 mg EV 8/8h SN	<i>SV</i>
	8. Tramal 50mg VO de 8/8hs SE DOR INTENSA	<i>SV</i>
	9. Captopril 50mg por SNG se PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg	<i>SV</i>
	10. Glicemia Capilar de 12/12h	No Quadro
	11. Insulina Regular conforme esquema ao lado	No Quadro
	12. Higiene oral com Clorexidine 3x/dia	<i>m + c</i>
	13. Higiene corporal 1x/dia	<i>m</i>
	14. Cabeceira elevada 45°	<i>m</i>
	15. Sinais Vitais de 6/6hs	<i>m</i>
	16.	
	17.	
	18.	

Dr. Adilson H. Nunes Junior
MÉDICO
CRM-RJ 1779

Evolução Médica

Paciente estável hemodinamicamente. TC de crânio Normal. TC de face evidenciando fraturas. CD: Parecer para Bucomaxilo. Suporte Clínico + Vigilância Neurológica.

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
FC	68		65	150x70
PR				67
Tax	36			
SO2				
PA	148x74		148/68	
Diurese				
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:		QUARTO: 102	LEITO: 03
NOME DO PACIENTE: BRUNO DA SILVA OLIVEIRA			
HD: Politrauma + TCE leve + Fratura de face			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO		
02/07/2016			
1.	Dieta oral livre	SNO	
2.	AVP	moniv	
3.	SF 0,9% 500ML IV 8/8H	14 22. 06.	
4.	Cefalotina 1g IV 6/6h	12 18 24 06.	
5.	Omeprazol 40mg IV 1x/dia	06.	
6.	Dipirona 1g EV 6/6 horas fixo	12 18 24 06.	
7.	Tramal 100mg+ SF0,9% 100ml IV 8/8h SN	SV 06.	
8.	Ondasetrona 8mg DILUIDO IV 08h/08 SN	SU	
9.	Sinais vitais e cuidados gerais	24 06.	
10.	Glicemia 12/12h	12 18 24 06.	
11.	SSV + CCGG	06.	

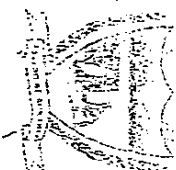

Liliane Raquel de Melo Cerveira
OAB RJ 135

	12:00	18:00	24:00	06:00
PA	103x60	93x65	111x61	126x70
FC	60	69	65	90
FR				
Temp.	36,2	36,7	36,1	35,9°c
deixto				

PREScrição Médica Diária

UNIDADE/SETOR:	QUARTO: 102	LEITO: 03
NOME DO PACIENTE: BRUNO DA SILVA OLIVEIRA		
HD: Politrauma + TCE leve + Fratura de face		
DATA/HORA	PREScrição	
03/07/2016	1. Dieta oral livre	SND
	2. AVP	manuten
	3. SF 0,9% 500ML IV 8/8h	14-22-05
	4. Cefalotina 1g IV 6/6h	12-18-20-05
	5. Omeprazol 40mg IV 1x/dia	08-05
	6. Dipirona 1g EV 6/6 horas fixo	12-18-24-05
	7. Tramal 100mg+ SF0,9% 100ml IV 8/8h SN	5-05
	8. Ondasetrona 8mg DIL UÍDO IV 08h/08 SN	5-05
	9. Sinais vitais e cuidados gerais	
	10. Glicemia 12/12h	12 - 200 mg/dL
	11. SSVV + CCOG	

	12:00	18:00	24:00	06:00
PA			100 x 80	130 x 69
FC			65	50
FR				
Temp.				
destro			37°C	36,9°C



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Realizado Coleta de Exames
Laboratoriais de Rotina
Em: 08/16
Hora: 14:00
Ass: *[assinatura]*

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

462

Primo di S. J. Oberlin

Especially

QUANTO	102	LEITO	03	Nº DO REGISTRO
--------	-----	-------	----	----------------

DATA

PRESCRIÇÃO

HOFARIC

RELATORIO DE ENFERMAGEM.

OBSERVATIONS

05/07/16 (3) Doc. Ex. 1 / (Ex. 1) (10)

2011-12-20

Adon- 6/6/21 12:00

(7) Improvements by (IV) 6/6 h. 0. Program

5. Indium 100 (E) + 100 wt % SnO_2 9%

On 11/11/11

[illegible]

25 May 1955

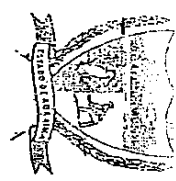
11/15/22

[Signature]

Bruno Auguetz *Steele*
 Clive *Burke* *Steele*

~~Approved for Release by NSA on 08-25-2013 pursuant to E.O. 13526~~

GROUP 7E



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO D'ÁGUA

UNIDADE/RETOR	HGR		QUARTO	102	LEITO	03	Nº DO REGISTRO	15
NOME DO PACIENTE	Zaume da Silva Oliveira							
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	Zaume da Silva							
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
			OBSERVAÇÕES					
07/07/16	1) Dose zero	3h						
	2) 900g 500ml EV 8/8h	14h 02	06 12:00 PA = 119 x 59 x 51					
	3) Celulite 1g EV 8/8h	18h 08	P. 51					
	4) Difenidramina 1g EV 6/6h	18h 24	T. 36°C					
	5) Gramox 100mg EV 1200ml. 500g 8/8h	08h 15						
	6) Difenidramina 4mg EV 8/8h	14h 22						
	7) Difenidramina 20mg EV 18h 15min	06						
	8) 55V FCC 6g	Rotina						
	9) Gramox 100mg EV 1200ml							
	10) Difenidramina 4mg EV 8/8h							
	Bruno da Silva							
	Secretaria de Estado da Saúde							
	Roraima							

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>HCA</i>		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>HCA</i>		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>BRUNO DA SILVA OLIVEIRA</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>144 034</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>06/03/93</i>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>MARIA DO CARMO DA SILVA</i>		9 - SEXO <i>M</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Muniz de Faria S/N - Canasvieiras</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>915 991118151101</i>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF <i>RR</i>	
		16 - CEP	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
- Paciente com histórico prévio de acidente motociclístico apresentando fratura de fca (fratura simples de mandíbula) - dor - edema - desalinhamento - disfunção		- Necessidade de procedimento sob A.C.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		HOSPITAL - HOSPITAL DE RORAIMA Av. Brig. F. Silva Marques, S/N Nova Planaltina - Roraima - CEP 69200-000 22 NOV. 2016 Carilene e Souza e a presente certifica a autenticidade Original que foi apreendida neste Hospital	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
- Exame clínico - TC de fca			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura Complexa de mandíbula</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução + Fix. de fratura complexa de mandíbula</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>0121815013181611-181011</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Rodrigo Aury</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>07/07/2019</i>	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BULETIN Nº 244			38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA			40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0904020500-5026</i>	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>2. Aih (2.7)</i>	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>11/11/16</i>		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO <i>199</i>	

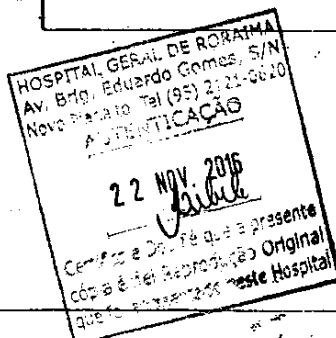


BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 1 / 1 O.S.

O.S.



AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

DICAÇÃO TERAPÊUTICA:

PO DE INTERVENÇÃO:

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

ANÁLISE OPERATÓRIO:

RURGIÃO: _____ 1º aUXILIAR: _____

1º aUXILIAR:

AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESIA:

TESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

ANESTÉSICO:

ÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

FIM:

DURACÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

2005
Cirurgião Bruno Vavilo Facial
CBO RR 257

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

2000

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

M2 2.5 mg EV / 14:10 h. 180
Fm 50 mg EV / 14:10 h. EF I

Nº 07-07-16

AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
02																
ALFUT																
SSOP																

LIQUIDOS VENOSOS

DA X

ULSO

ANES

X

OP

O

TEMP

ASPIR.

A

RESP

O

Expon

Assist

Contro

SIMBOLOS

AGENTES

A. Propofol 150 mg

B. Rocuronio 50 mg

C. Alfentanil 15 mg

D. SSOP 3,0 %

E.

F.

G.

GLICOSE

LIQUIDOS

INDCO

SANGUE

S. Fis 0,9 % 500 ml

TOTAL

500 ml

TECNICA

VENOSA + INTRATECA Com Sistema

APROVECHO CO2, VENTILADO

COLIGADOS TECNICA

Cácula - Naso / Oro Faríngea

Naso / Orotraqueal - Cega

Bal - Tamp - Calibre do Tubo 7,5 mm 40ml

Sob Máscara

Dificuldade Técnica

NOR

TEMPO DE ANESTESIA

01:10 h

ANOTAÇÕES

X. De 100% SOB MÁSCARA O3 MIX

1 - Propofol 150 mg EV + ALFUT 3,5 mg (H/h)

2 - Roc 50 mg EV

3 - Inti 7,5 mg m S/OFF

4 - Roc 10 mg EV

5 - ALFUT 0,5 mg + Fm 3,0 mg EV

X. ASSINADO - EVASMI

11/5/19

OPERACÃO

FRATURA COMPLETA DE MANDIBULA

ANESTESIA

Dr. FABIAN / Dr. ADRIANO

CÓDIGO

Dr. CARLOS / Dr. RENIS

PERDA SANGUINEA

COMISSÃO

Laferingo - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia

Bradi Taquicardia - Choque

Dr. Alberto F. M. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 307

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA
Av. 279, Eduardo G. 15, S/N
Novo Horizonte - 69200-000
ALFUT
22 NOV 2015
FABIAN
Unidade e Doc. F. e
e do Reprod. e do Espal



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	232	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
BRUNO DA SILVA OLIVEIRA	102-3			7 17 16

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
FRATURA DE MANDÍBULA	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	14:40	15:30	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	DR. FABIAN
DR. DENIS	RES. ANESTESIA:	DR. ADONIAS
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
DR. RODRIGO		
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	
	CLAUDENIR	

DE ANESTESIA: GERAL SEDUÇÃO

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ML	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0-5.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 0	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	1 60ML		1	OUTROS: ELETRODOS	
				EQUIPE MAC	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

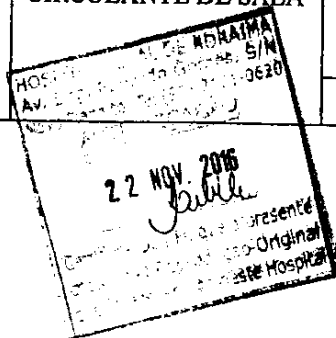
SUB- TOTAL

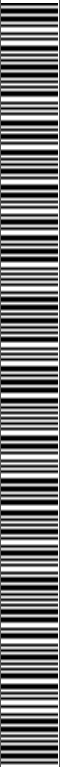
TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Centro Cirúrgico/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

Data: 7/7/16

Reg: 232

Idade: 23

Chegada: 15:54

Emergência: () U.T.I. 1

Admissão: () U.T.I. 2

Outros: ()

Cirurgia Proposta: Redução e fixação de fratura

Cirurgia Realizada: Redução e fixação de fratura

Infusão: Antibiótico

SF a 0,9%: 500

SG a 10%: 500

Outros: ()

Nº de compressas oferecidas: 1

Nº de compressas recolhidas: 1

Sinais Vitais: 150

T: 36,5

SAT: 100

FC: 98

PA: 130/90

Outros: ()

Exames na SO: X

Exames na SI: X

Exames na H: X

Exames na D: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na A: X

Exames na M: X

Exames na I: X

Exames na E: X

Exames na R: X

Exames na T: X

Exames na Y: X

Exames na Z: X

Exames na AA: X

Exames na BB: X

Exames na CC: X

Exames na DD: X

Exames na EE: X

Exames na FF: X

Exames na GG: X

Exames na HH: X

Exames na II: X

Exames na JJ: X

Exames na KK: X

Exames na LL: X

SRPA

Cirurgia Realizada: Redução e fixação de fratura

Anestesia: Antibiótico

Posicionamento: Supino

Plasma: 1

Piquetes: 1

Antônio Patológico: 1

Sinais Vitais: 150

T: 36,5

SAT: 100

FC: 98

PA: 130/90

Outros: ()

Exames na SO: X

Exames na SI: X

Exames na H: X

Exames na D: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Exames na O: X

Exames na L: X

Exames na P: X

Exames na S: X

Entradas

EV

HV

CH

SNG

Dreno

Divrese

SNG

Outros

1h

2h

3h

4h

5h

6h

7h

8h

9h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

25h

26h

27h

28h

29h

30h

31h

32h

33h

34h

35h

36h

37h

38h

39h

40h

41h

Saídas

EV

HV

CH

SNG

Dreno

Divrese

SNG

Outros

1h

2h

3h

4h

5h

6h

7h

8h

9h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

25h

26h

27h

28h

29h

30h

31h

32h

33h

34h

35h

36h

37h

38h

39h

40h

41h

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

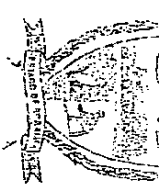
Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

Ass: Ref: Maceo Costa

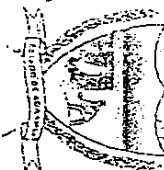
Ass: Ref: Maceo Costa



GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/LEITO	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
ACR		102-3	
NOME DO PACIENTE: <u>Barbara de Souza Oliveira</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: <u>Bianca Mello de Jesus</u>			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
01/06/2019	1. Siga líquida Reforço quando Rec. medicado 2. 500mg 8h 3. 500mg 12h 4. 500mg 16h 5. 500mg 20h 6. 500mg 24h 7. 500mg 28h 8. 500mg 32h 9. 500mg 36h 10. 500mg 40h 11. 500mg 44h 12. 500mg 48h 13. 500mg 52h 14. 500mg 56h 15. 500mg 60h 16. 500mg 64h 17. 500mg 68h 18. 500mg 72h 19. 500mg 76h 20. 500mg 80h 21. 500mg 84h 22. 500mg 88h 23. 500mg 92h 24. 500mg 96h 25. 500mg 100h 26. 500mg 104h 27. 500mg 108h 28. 500mg 112h 29. 500mg 116h 30. 500mg 120h 31. 500mg 124h 32. 500mg 128h 33. 500mg 132h 34. 500mg 136h 35. 500mg 140h 36. 500mg 144h 37. 500mg 148h 38. 500mg 152h 39. 500mg 156h 40. 500mg 160h 41. 500mg 164h 42. 500mg 168h 43. 500mg 172h 44. 500mg 176h 45. 500mg 180h 46. 500mg 184h 47. 500mg 188h 48. 500mg 192h 49. 500mg 196h 50. 500mg 200h 51. 500mg 204h 52. 500mg 208h 53. 500mg 212h 54. 500mg 216h 55. 500mg 220h 56. 500mg 224h 57. 500mg 228h 58. 500mg 232h 59. 500mg 236h 60. 500mg 240h 61. 500mg 244h 62. 500mg 248h 63. 500mg 252h 64. 500mg 256h 65. 500mg 260h 66. 500mg 264h 67. 500mg 268h 68. 500mg 272h 69. 500mg 276h 70. 500mg 280h 71. 500mg 284h 72. 500mg 288h 73. 500mg 292h 74. 500mg 296h 75. 500mg 300h 76. 500mg 304h 77. 500mg 308h 78. 500mg 312h 79. 500mg 316h 80. 500mg 320h 81. 500mg 324h 82. 500mg 328h 83. 500mg 332h 84. 500mg 336h 85. 500mg 340h 86. 500mg 344h 87. 500mg 348h 88. 500mg 352h 89. 500mg 356h 90. 500mg 360h 91. 500mg 364h 92. 500mg 368h 93. 500mg 372h 94. 500mg 376h 95. 500mg 380h 96. 500mg 384h 97. 500mg 388h 98. 500mg 392h 99. 500mg 396h 100. 500mg 400h	5h30	18h00 PA = 134 x 76 mm Hg P = 61 bpm T = 36,2°C 24 16-160x90 P-69 T-36,6°C 06:00 PA: 140x70 P. 60 T. 36,5°C



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

ALCOOL	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
ALCOOL	102	3	

Business

[illegible]

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		01/01/2016		DIH		DPO	
PACIENTE	BRUNO DA SILVA OLIVEIRA						
DIAGNÓSTICO	MULTIPLAS FRATURAS DE FACE						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	102-3	DATA	09/07/2016		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA LIQ / PAST						3M
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						11:11:11
3	SF 0.9% 500 ML EV 8/8H						08:16:24
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						11:13:24-06
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N						5:10
6	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA						06
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO						14:22:00
8	TENOXICAN 20MG EV 8/8H						08:16:24
9	DEXAMETASONAA 4MG EV 12/12H CPT						10:22
10	DDH 30°						11:11:11
11	SSVV + CCGG						11:11:11
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.

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

SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA

CONDUTA: MANTIDA.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	120x60	67	-	36,6	
18 H	130x63	70	-	36,6	
24 H					

Dr. Leandro Praia de Carvalho
Cirurgião Bucomaxilo Facial
CRO-RR 521

Dr. LEANDRO PRAIA DE CARVALHO
CRO/RR 521
Cirurgião Buco Maxilo

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA DE ADMISSÃO		01/01/2016		DIH		DPO		
PACIENTE	BRUNO DA SILVA OLIVEIRA							
DIAGNÓSTICO	MULTIPLAS FRATURAS DE FACE							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		LEITO	102-3	DATA	10/07/2016			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA LIQ / PAST							
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3	SF 0.9% 500 ML EV 8/8H							
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H							
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N							
6	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA							
7	TRAMADOL 100MG EV 8/8H EV LENTO							
8	✓	TENOXICAN 20MG EV 8/8H 12/12						
9	✓	DEXAMETASONAA 4MG EV 12/12H						
10	DDH 30°							
11	SSVV + CCGG							
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
EVOLUÇÃO MÉDICA:								
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.								
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM EDEMAS.								
# SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA								
# CONDUTA: MANTIDA.								
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:								
# PREVISÃO DE ALTA: _____								
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. LEANDRO PRAIA DE CARVALHO CRO/RR 521 Cirurgião Buco Maxilo			
6 H	104/49	47		36°C				
12 H	130/80	59	-	35				
18 H	130/70	70	-	37				
24 H	115/61	62		36,2°C				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

H68

QUARTO
102

LEITO
3

Nº DO REGISTRO

Nome da Silva Oliveira
Suzie Maciele / Endenura Multilipos de Fôca

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

11/04/16

1. Dieta Líq / Pant

2. Aceme Valmore 20ml ED 8/8h

3. SED 2% 200ml ED 8/8h

4. Capuletina 1g ED 6/6h

5. Diphenidol 1g ED 6/6h

6. Tempanol 20mg ED 1x dia

7. Tramadol 100mg ED 8/8h ED 10h

8. DOLH 35

9. 35V 1cc 6h

Bruma da Silva
Cirurgia Bucofacial
& Implantodontia
CRO-RR 717

ABS DA NEUROCIÊNCIA

Paciente em boas condições
para ser submetido
a cirurgia

13.07.16

13.07.16

13.07.16

13.07.16

13.07.16

Roberto F. de Aguiar
Cirurgião Dentista
CRO-RR 159902
CRO-RR 159902

13.07.16

13.07.16

13.07.16

12.10.16
12h: 12:00h Realizado pelo
médico médico em 17/6

12.10.16

12.10.16

12.10.16

12.10.16

35V
12h PA: 120x64mmHg P: 73/39

7: 36°C

18h: PA: 120x60

FC: 69 T: 36,5°

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16

14.07.16



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Bruno da Silva Oliveira

Data da internação: 03/07/16 Data de alta: 11/07/16

Profissionais: Dennis Dinelly

DIAGNÓSTICO

Fratura de mandíbula

TRATAMENTO

Realizado FJR com placas e parafusos. Prescrição e orientações pós-operatórias. Retorno ao UOSP General Mota e Dr. Dennis Dinelly.

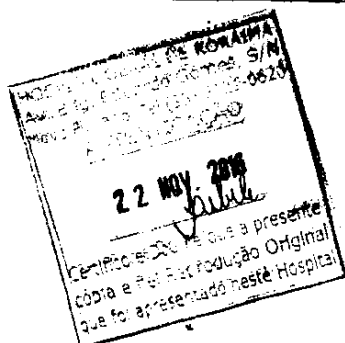
Bruno da Silva
Clínica Odontológica
Implodontologia
(65) 3335.717

EVOLUÇÃO

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

ORIENTAÇÃO

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



03

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

DOCUMENTO

NOME

DATA DE NASC. DE

PARA

FILIAÇÃO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO.....: JUDSON ALVES DE OLIVEIRA

MARIA DO CARMO DA SILVA OLIVEIRA

NASCIMENTO.....: 06/03/1995

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

SEXO: MASCULINO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 4098498 SESP RR 07/01/2014

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 030.992.222-40

CNH.....:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/RR - 28/03/2014

Assinado digitalmente por Liliane Raquel de Melo Cerveira:77717430215liliane Raquel de Melo Cerveira:77717430215, 21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: CTPS

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

TRABALHADOR

Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo

Art. 22, § 3º de 29.10.1932 e posteriormente reformada

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 habilita-

ção 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.

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 161.35389.61-1

4426869 0040 RR

BRUNO DA SILVA OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDADE





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

[illegible]