

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: EDJANE DA SILVA BARROS, Brasileira, casada, desempregada, portador (a) da cédula de identidade nº 8.960-019 SSP/PE e inscrita no CPF sob o nº 100.469.794-50 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Raquel da Silva Marques nº 429, Bairro: Joquei clube, CEP: 69.313-042. Tel: (95) 98105-2930/99177-1455, E-mail: edjannybarros@hotmail.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

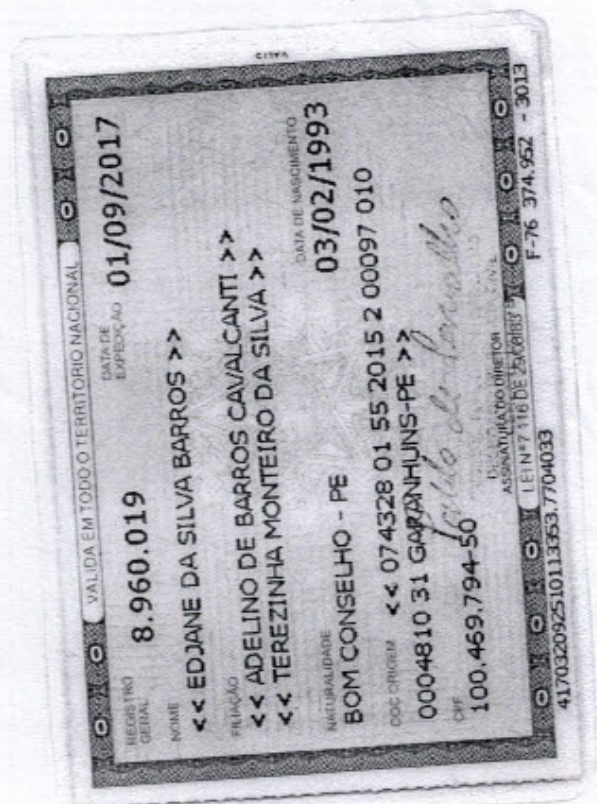
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal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

Boa Vista/RR, 17 / 09 / 19.

Edjane da Silva Barros
EDJANE DA SILVA BARROS



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EDJANE DA SILVA BARROS, Brasileira, casada, desempregada, portador (a) da cédula de identidade nº 8.960-019 SSP/PE e inscrita no CPF sob o nº 100.469.794-50 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Raquel da Silva Marques nº 429, Bairro: Joquei clube, CEP: 69.313-042.

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, 17/09/19

Edjane da Silva Barros
EDJANE DA SILVA BARROS



POLEGAR DIREITO

CAERR
CNPJ: 05.039.427/0001-45
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.055.626-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-619

Matrícula: **812579** Maio/2019

Dados do Cliente:
MARIA APARECIDA DE A ALVES

Endereço para entrega:
RUA RAQUEL DA SILVA MARQUES, 429 - JOQUE
I CLUBE BOA VISTA RR 69013-165

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.018.103.0050.000	17	345	RESIDENCIAL

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125598523	06/03/2013	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 2114	2146	32	30
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 22/04/2019	22/05/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

Período	Consumo (m3)
201904	35-0
201903	40-0
201902	40-0
201901	45-0
201812	33-0
201811	33-0
MEDIA	37

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 Q.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOT/MIL	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	204	204	204	204	204
CONFORMES	204	204	204	204	204

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	32 M3	108,59
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		2,82

PAGO
Em 17/06/19

VENCIMENTO: 15/06/2019 TOTAL A PAGAR 111,41



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
812579	05/2019	15/06/2019	111,41

82660000001- 0 11410004001- 2 00081257901- 9 05201970003- 9



Via do Cliente

Via do CAER

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EDJANE DA SILVA BARROS, Brasileira, casada, desempregada, portador (a) da cédula de identidade nº 8.960-019 SSP/PE e inscrita no CPF sob o nº 100.469.794-50 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Raquel da Silva Marques nº 429, Bairro: Joquei clube, CEP: 69.313-042.

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,

17 / 09 / 19.

Edjane da Silva Barros

EDJANE DA SILVA BARROS

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE DESEMPREGO

Eu, Ediane de Silva Barros
portador do RG 8.960.019 e CPF 100.469.794-50, residente à Rua/Avenida
Rua Raquel de Silva Marques
nº 429, (complemento), Bairro
Joaquim Aube, no Município de Bea Vista, Estado do (e) Pernambuco
declaro para os devidos fins (sob as penas das Leis Cíveis, com ressarcimento por
prejuízo causado a terceiros; e Penal, por crime de falsidade ideológica, Art. 299), que não
recebo atualmente salários, proventos, pensão, aposentadoria, benefício social, comissão, pró-
labore, rendimento de trabalho informal ou autônomo, rendimento auferido de patrimônio e
quaisquer outros.

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

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

17 de Setembro de 2019.

Ediane de Silva Barros

Assinatura do (a) Declarante

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

88114 00084

Número Série

Edjane da Silva Barros
ASSINATURA DO PORTADOR

SECRETARIA REGIONAL DO TRABALHO E EMPREGO - PE - M

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Edjane da Silva Barros*

Loc. Nasc. *Bom Conselho* Est. *PE* Data *03/02/93*

Educação *Adelino de Barros Cavalcanti e*

Doc. N° *193219* *LV. A-15*

Doc. N° *CN/6.293*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°

Exp. em / / Estado

Obs.: DRT *PE*

Data Emissão *20/03/09*

Maria Elina de Almeida Araoz
PR/2019/155
Assinatura do Funcionário

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls. /Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Com. Dispensa CD N°

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls. /Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Com. Dispensa CD N°

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls. /Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Com. Dispensa CD N°

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls. /Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2º

Com. Dispensa CD N°



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018104/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/06/2019 09:57 Data/Hora Fim: 19/06/2019 10:15
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 19/06/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 25/03/2019 07:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: raquel da silva marques

Bairro: Jóquei Clube

Ponto de Referência: cruzamento com a rua professor valdecir botosa
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IRVING MAYNARD SOARES DE AZEVEDO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PE - Garanhuns Sexo: Masculino Nasc: 02/06/1987
Profissão: Comerciante
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Aparecida Soares de Azevedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua raquel da silva marques Nº: 429
Bairro: Jóquei Clube

Nome Civil: EDJANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PE - Bom Conselho Sexo: Feminino Nasc: 03/02/1993
Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 100.469.794-50

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua raquel da silva marques Nº: 429
Bairro: Jóquei Clube

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018104/2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 269.137.983-34

Renavam 00941818004

Número do Chassi 9C2JC30708R072014

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 FAN

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 29/11/2012

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAV8150

Número do Motor JC30E78072014

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Irving Maynard Soares de Azevedo

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que, no local e data supracitados, conduzia a motocicleta que de propriedade de JOSE IVAN ALVES e tinha como passageira em sua motocicleta a Sra. Edjane da Silva Barros, quando em determinado momento uma motocicleta invadiu a sua preferencial causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou lesões corporais no comunicante e na Sra. Edjane, inclusive a Sra. Edjane fraturou um osso de seu rosto. Após o acidente a condutora da motocicleta causadora do acidente permaneceu no local até a chegada do SAMU. O SAMU compareceu no local, efetuou os primeiros socorros e os encaminhou ao HGR. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

CONFERIDOR

MAT: 42000797

Irving Maynard Soares de Azevedo
Irving Maynard Soares de Azevedo
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do(a) origem, conforme previsto nos Artigos 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 0070		SAMU 192		
EQUIPE SAMU BV		UNIDADE: ALFA		EQUIPE: Telton / Leão				
Paciente: Edjane da Silva Barros		Idade: 25		Sexo: F				
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca [X] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []						
Endereço: CJ 03 c/ CJ 06 CN Rua Publica		Bairro: Joozei Clube						
Nº 4744		DATA 25/03/19		HORA J/9: 08:05		BASE () VIA (X) RÁDIO (X)		
Médico (a) Regulador (a): Dr. Eládio		HORA J/10: 08:18				CELULAR (X)		
MOTIVO INICIAL: Traumático								
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]		1 a 3 horas []		4 a 24 horas []		Mais de 24 horas [] Não sabe []		
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
☒ Acidente de trânsito ☐ Agressão física / espancamento ☐ Agressão física - FAF ☐ Agressão física - FAB		☐ Urgência psiquiátrica ☐ Tentativa de suicídio ☐ Envenenamento ☐ Afogamento		☐ Queimadura ☐ Choque elétrico ☐ Queda ☐ Urgência clínica		☐ Urgência obstétrica ☐ Transferência ☐ Exame complementar ☐ Outros		
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA		
☐ Pedestre ☐ Condutor ☒ Passageiro ☐ Ignorado		☐ A pé ☒ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta		☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro		☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus		
				☐ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro		☒ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança		
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA		
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia		☐ Bradicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade		☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 08:21	120/80	78	22	99	-	-	7	15
Fim								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA				ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros				4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta		5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta		
4 - Sem resposta 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta				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		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial		☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assistolia		☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva		☐ Metabólica ☐ Infeciosa ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA		[] Iliso [] Pequena [] Média [] Severa						
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
ACIDENTES ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Troie				MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SIMTRAN		☐ Bombeiro ☒ Outros:		



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

ATA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2019

GESTANTE							
Idade Gestacional:	GENTE SEGURADORA S/A	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	Av. Capão João Batista, 484 - Boa Vista - RJ	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante				
BCF:		☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos				
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ___ L/min	☐ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesária de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☒ Outros: 01 SF 250ml.				
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

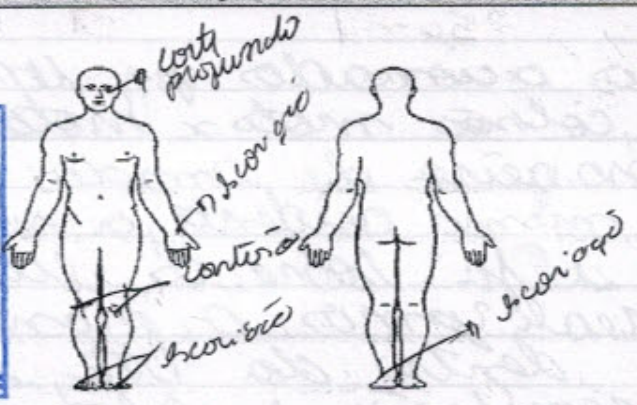
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Úlcera de vena (P), 25 cm, ltr, 55W púrdor, edema mto com mto, encontrada sentada em coperto, apresentando um corte lacrento na região do zigomático esquerdo, escoriações mto direita e flanco direito. Solicitamos giro do B-II; para nos prestar apoio. Informamos ao médico regulador: o mesmo nos informou para o B-II conduzi-lo ao trauma do H.G.B. Vltima Conduzido ao trauma do H.G.B. pela B-II.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 13 106 119
Rubrica

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 13 106 119
Rubrica



FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	0491					
PREFEITURA BOA VISTA		UNIDADE	EQUIPE: <i>Tuine / Redel</i>					
Paciente: <i>EDJANG DA SILVA BARROS</i>		Idade: <i>26</i>	Sexo: <i>F</i>					
Nacionalidade: <i>Branca</i>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []						
Endereço: <i>R: 053</i>		Barro: <i>Joquei Club</i>						
Nº	4744	DATA	25/03/19					
Médico (a) Regulador (a):	HORA J/9: <i>08:10</i>		BAS ☒ VIA () ☐ RÁDIO					
MOTIVO INICIAL	HORA J/10: <i>8:23</i>		☒ CELULAR					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()								
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica								
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência								
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar								
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA					
☐ Pedestre ☐ Condutor ☒ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Bicicleta	☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Bicicleta	☐ Capacete ☐ Cintão de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança					
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA					
☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora					
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	<i>08:24 120x80</i>	<i>100</i>	<i>20</i>	<i>99</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>04</i>	<i>15</i>
Fim	<i>08:51 120x70</i>	<i>98</i>	<i>21</i>	<i>99</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>04</i>	<i>15</i>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA				ABERTURA OCULAR				
☒ Dor ☐ Hematoma ☒ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Luxação ☐ Fratura fechada ☐ Fratura exposta ☐ Amputação ☐ Evisceração ☐ Afundamento de crânio ☐ Ferimento penetrante ☐ Tórax instável ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Ferida aspirativa ☐ Empalamento ☐ Outros				☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ À dor ☐ Sem resposta				
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2019 CENTRO REGULADORA S/A Dr. Kleber Rejal, 434 - Boa Vista - RJ				RESPOSTA VERBAL				
				☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta				
				RESPOSTA MOTORA				
				☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta				
AVALIAÇÃO CARDÍACA				AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		
☐ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assístolia				☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçosa ☐ Cardiovascular ☒ Digestiva		☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicção de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA				☐ Iliso ☐ Pequena ☒ Média ☐ Severa ☐ Óbito		<i>HAAS, PROM. NA.</i> <i>AMITRIPILINA: 50</i> <i>ACETALINA: 50</i>		
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)				Dr. Kleber Rejal Cirurgião Geral CRM-RR 1710				
INCIDENTES				MEIOS ACIONADOS				
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote				☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros				

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - PB

Idade Gestacional:		☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva
Perda de líquido:		☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante
BCF:		☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n°	☐ Acesso venoso Scalp n°	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 13/06/19
Elphanie
Rubrica

06 PACOTES DE LUNOS G
01 SP 079; 250ml + 01 pct GAZES
03 ATAD. - 8cm.

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Fomos acionados por uma ocorrência de trânsito, colisão moto x moto (trauma) encontro com a promotores de umadas motocicletas envolvidas no mesmo acidente, a mesma estava vestida com cinto e fô sobre os cuidados da equipe APA, realizamos o pronunciamento e a colocamos dentro da UTR, ligamos p/ central de regulação e informamos os procedimentos realizados dentro da abordagem primária e secundária.

A vítima apresenta um corte profundo e profundo no face nos regiões do zigomático e suspêndulo (F), além de hematomas e contusões em MSE (MÃO) MMII (pernas) e MMII (pés), porém SSUV preservados.

Avistamos por entulho no GT do HGR conforme informações da MR DR Elphanie.



25/03/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassified

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

1901088699	25/03/2019 08:51:04	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	10
------------	---------------------	----------------------	---------------	--------------	----

Paciente				Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
EDJANE DA SILVA BARROS				03/02/1993	26 A 1 M 22 D	703105683100990	10046979450	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	8960019	SSP/RR		F	SOLTEIRO(A)	PARDA	ABARE - BA	BRASILEIRA
Mãe				Pai	Contato			
TEREZINHA MONTEIRO DA SILVA				NI	(95) 98105-2930			Ocupação
Endereço								
RUA - CJ-3 - 429 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				
				Registrado por:	
				MICHELE.CAVALCANTE	

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

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:00h)
 tórax, abd e pelve, presença de ferimento cortante em região
 supraorbitária, infraorbitária. corpo não foi esfolado.

Exame Físico	A: 2 alterações B: 2 alterações C: FC: 90 bpm, 130 x 26 mmHg, saturação et al.	D: ECG: 15, 2 defeitos focais, 1 perda visual Pup. isó e foto refringentes E: ferimento em 1º D, 01b E.
--------------	---	--

Hipótese Diagnóstica		
----------------------	--	--

SADT - Exames Complementares

() RAIÓ-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
------------	-------------	------------

B. Dipetosa 2g (B) del
 M. Maria
 ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 HOSPITAL GERAL DE BORAHIMA
 Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N

25 JUL 2019

[illegible]

4/5 2019

CELTE SCRIERARORA S/A

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VOTO

cópia é para a versão Original

Conduta	que foi a ele e se nesta hospit...
---------	------------------------------------

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia *Alta a Revelia* ☐ Internação *Internação*
Data e Hora da Saída/Alta: *14/11/2017 14h*

(X) Transferência para: SACOMAX Data e Hora da Saída: _____

óbito	() Sim	() Não	Destino:	() Família	() IML Anatomia Patológica	/ / : :
--------------	---------	---------	-----------------	-------------	-----------------------------	---------

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Amigos ☐ Outros

[illegible]

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------

Chrysomelidae

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 25/03/2019 08:51:37

© 2011
Springer, a subsidiary of
Springer Science+Business Media

doi:10.1371/journal.pone.0110820



Cirurgia Buccomaxilo facial

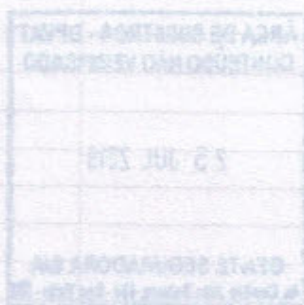
Paciente com de acidente motorizado: No momento,
em BEG, necessitando de suporte, aviação e em
quero após.

Observe de grau óculo em CZO (E).

• 1-ID: Fnt. CZO (E)

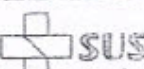
• PAT: ASH
- Sol. TC de Face
- Best-Zero


Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Buccomaxilo facial
CRO-RR 717



GT

Atto: 27.03.2019

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HGR				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE HGR Edsane da Silva Barros			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE EDSANE DA SILVA BARROS			373894	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
7031056831100990			03/02/93	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Jerezinha Monteiro da Silva			9 - SEXO Feminino	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. CJ-3, 429, Joazeiro Clube			11 - TELEFONE DE CONTATO 9598301529310	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista			14 - COD. IBGE/MUNICÍPIO	
			15 - UF RIR	
			16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Equimose, digna em região infra-orbitária.	
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO necessidade de manutenção geral	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME CLÍNICO, RAIO X DE FATE, TC com reconstrução 3D.	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura de CEO	21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCESÁRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RJ

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROCEDIMENTO
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Bruno Araújo	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/03/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Edsane da Silva CRM-RJ 717	
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 - N° DO BILHETE	SÉRIE
38 - CNPJ EMPRESA	39 - CNPJ DA EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CRRR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 25/03/19	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0404020526 5024 V299	

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 HGR		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE HGR		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE Edgardo da Silva Barros		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71031165683110091910		8 - DATA DE NASCIMENTO 03/02/93	
9 - SEXO		11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL decezinha Monteiro do Silva		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Equimose, deglutir osso em borda inferior.			
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO necessidade de cirurgia qual			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico, Raio X de face, TC com reconstrução 3D			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura de ETO		21 - CID 10 PRINCIPAL	
		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		23 - CID 10 TERCIÁRIO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Bruno Araújo		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Bruno Araújo da Silva Clínica Bucomaxilofacial RO-RR 717	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORÇÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 19/09/2019		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/03/19

O.S. _____

Edjane da Silva Barros

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA de T80

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Red + Fix

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Bruno Araújo

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucicomaxilofacial
CRO-RR 717

1º AUXILIAR: Evbrucel

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: Jorge Vinicius

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: 12:25

FIM: 19:15

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Paciente em DDH, em todo o corpo e troco al.

② Anupria e antirrepara xho e into oral.

③ Infil troco com NOVAJU PI COM VASO. 1/3

④ Acers pontogemáticos através de lacras; disulros por planos e deslocamento periosteal;

⑤ Redução de fratura com ganchos de Barros;

⑥ FIR

- 01 placa reta 06 furos 1.5mm
- 06 parafusos 06mm 1.5mm
- 01 placa L 04 furos 2.0mm
- 01 placa L 04 furos 1.5mm
- 04 parafusos 06mm 2.0mm
- 01 parafusos 06mm 1.5mm

⑦ Acers intra-oral em maxila; disulros por planos e deslocamento mucoperiosteal;

⑧ FIR

⑨ Revisão de hemostasia; sutura por planos;

⑩ Revisão de sistemas;

⑪ Alta cirúrgica.

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucicomaxilofacial
CRO-RR 717

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Ediane da Silva Barros

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

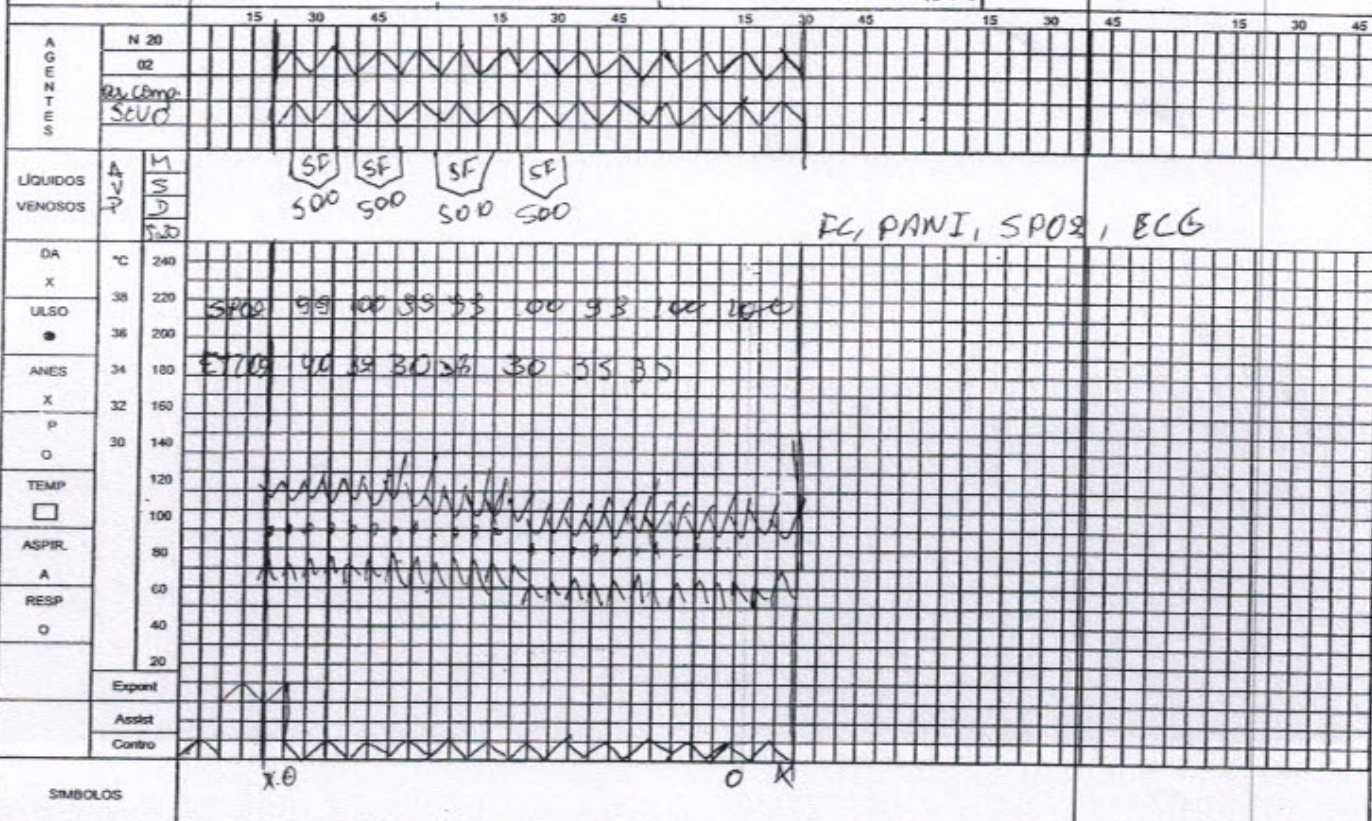
Nº Boa Vista - RR
25.03.2019

12:00

13:00

14:00

15:00



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl 200 mcg			Check list + monitorização
B Propofol 150 mg		1. Anestesia geral balanceada	1. Pré-oxigenação 3 min O ₂ 100%
C Cis atracurio 10 mg		IOT acoplado VM sob VC	2. Fentanyl 200 mcg
D		Em sistema fechado com absorção de O ₂	3. Propofol 150 mg
E			4. Lidocaína 60 mg
G			5. Cis atracurio 10 mg
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	6. IOT com TOT 7.0 com cuff sob ventilação direta + acoplado VM sob VC
NDSD		Naso / Orofaringea - Cega	7. alfentanil 20 mcg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo 7.0	
SF 0.9% 2000ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica N/A	
TOTAL	2000ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Redução de Fratura CxO	12:20 - 14:30	
ANESTESIA		CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
		CIRURGIÃO	

Dra Daniela R3
Dra Andressa R1
Dr. Gerson R1

8. Dexmedetomidina 10 mcg IV
9 - O NONS ENTORNA 8mg
10 - TRAMADOL 100mg + SF 0.9%
11 - DIPLOMOL 2g 2mg
12 - NEOSTIGMINA
13 - ATROPINA 0.75mg
14 - ETUBOTOP E FUCONAZOL
4 SERPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 26	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Edjane da Silva Gomes	6T			25/10/2019

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Redução de fratura C20	INICIO 12:25 FIM 14:15	TEMPO TOTAL

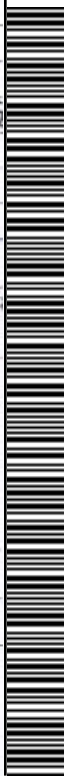
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

Dr. Bruno Gabriel
Dr. Danilo R3
Dr. Anderson R
Dr. Emerson R

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Genal	

Ql	VT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALC
	☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 5-0	
		LUVA ESTERIL 8.0		2	FIO MONONYLON Nº 5.0	
		LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
4	1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	m		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
		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			FIO SEDA Nº	
		SERINGA 01ML			SURGICEL	
		SERINGA 03ML		1		
		SERINGA 05 ML		1		
	☐	SERINGA 10ML		1		
	☐	SERINGA 20ML		1		
		Cateter 02			FITA CARDIACA	
					OUTROS: Clorox de m...	

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





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Buco - Maxilar

Tipo Cirurgia:

Redução de fratura C20

Data: 25/03/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Ediane da Silva Gomes

Idade 26

Bloco: GT Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: _____

Nº _____

Circulante: Bahia e Raíella

Sala 02

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

<u>Micro Placa reto 6 furos 1(0003)</u>	
<u>Parafuso 6mm sistema 1.5 110242</u>	<u>(7) Quantidade</u>
<u>Parafuso L4 furos sistema 2.0</u>	<u>PA 0759 (1) Quantidade</u>
<u>Parafuso 6mm Sist</u>	<u>2.6 PA 0258 (4) 11</u>
<u>Micro Placa L 4 furos</u>	<u>1.5 PA 0326 (1) 11</u>

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bucodentofacial
CRM-RR 717

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Edyone dos Santos Barros

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 25/03/19

Ref. Idade: 26

Chegada: 12:10

Atendimento: () U.T.1
() Internação () U.T.2
() Outros:

Cirurgia Proposta: Ressecção de Fúndulo cto

1. Informações:
() Jejum () Pré-anestésico
() Jejum () Intracath
() Barho () Sangue
() Alegria () Cardiopata
() Exames () Assintótico
() Outros:

2. Estado Emocional/ Mental
() Chagoso () Sonolento
() Agitado
() Outros: Calmos

3. Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 120 bpm
FC: 135 P: 120x60 mmHg
SAT: 99 % R: 16 rpm
() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:
() FAV () Ferimento
() FAF () Queimado
() Dor () Hernatoma
() Frio () Contusão
() Icteria () Deformidade
() Avelsão () Amputação
() Abrasão () Prat.Exposta

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 12:12 Início da Cirurgia: 12:25 Início Anestesia: 12:14 Término Cirurgia: 14:15 Saída S.O.

Plano Realizado: Ressecção de Fúndulo cto Anestesia: Genal Posicionamento: 1. D

Hidratação: Infundida Antibiótico: Clotamoxil Hemoderivados: 0

SF a 0.9%: 2000 Nome: Clotamoxil Dose: 2g Plasma: 0

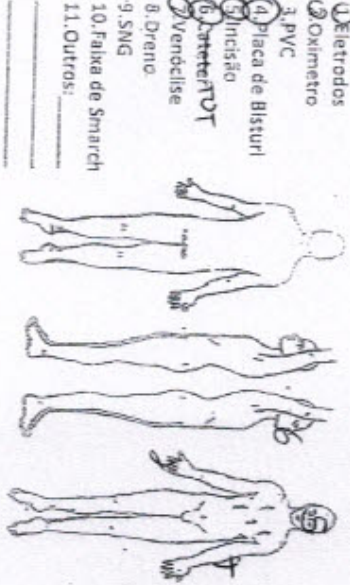
SG a 10%: 0 Plaquetas: 0

Nº de compressas oferecidas: 09 Antátomo Patológico: 4. Não

Nº de compressas recolhidas: 09

Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 120 bpm
SAT: 97 % R: 16 rpm
() Regular () Irregular
FC: 97 bpm PA: 102x66 mmHg

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rato X
() Outros:



Legenda:
1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Antátomo
7. Drenos
8. Dreno
9. SNG
10. Faixa de Smarch
11. Outros:

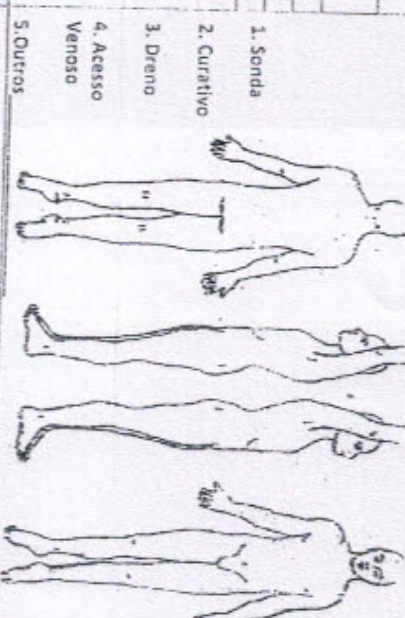
Destino: SRPA () UR () Outros:

Ass.:

SRPA

Cirurgia: Realizada Anestesia: Genal

Localização: Fúndulo cto



Sinais Vitais
T: 36.5 P: 106 PA: 102 SpO2: 98

1. Sonda: 3h

2. Curativo: 3h

3. Dreno: 2h

4. Acesso Venoso: 4h

5. Outros: 5h

EV

Entradas: HV: SF 2000 CH: 0 SNG: 0 Dreno: 0 Diurese: 0 SNG: 0 Outros: 0

Balanco Hídrico

Saídas: SNG: 0 Outros: 0

Entrada:

Ass.:

Saída:

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Roberto da Silva Bover
Tipo: Amputação do Braço

Anestesiologista

Ubirajara de R. Dantas

ANESTESIA (Sala Pré-Anestésica)
PACIENTE CONFIRMOU:

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

☒ Idente rate
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

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

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

USCO CIRÚRGICO
☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

TIPO DE MATERIAL: RCADO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUI:

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

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

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

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☒ Sim, Qual: penicilina

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

ALERGIA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☐ Não ☒ Sim, e equipamento/sistema disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não

☐ Sim, e uso cuidadoso adequado e planejamento
para fluidos
Dr. Roberto Bover
CRM RJ 2079

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

Data: 28.03.19 Assinatura: 25 MAR 2019
Hora: 14.50

Luciano dos Santos
Enfermeiro
CRM RJ 352.112

Assinatura e Carimbo



Governo do Estado do Rio de Janeiro
"Amor é o fundamento das instituições"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR
HGR

QUARTO
LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Ediane da Silva Barros

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

BUSCARVALHO

DATA / HORA

25/03/19

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

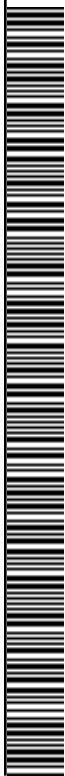
OBSERVAÇÃO

1	Dieto liquido / portea Vo	24h	PA - 110x69
2	AVP + SF O,9 l. 500 ml 8/8h	FC - 98	
3	Cefalotina 1g EV 6/6h	FR - 17	
4	Dipirona 1g EV 6/6h	Tax - 36.3	
5	Dexametasona 4mg EV 8/8h		
6	Dexametasona 4mg EV 12/12h		
7	Dexametasona 4mg EV 8/8h		
8	Omeprazol 20mg EV 1x ao dia		
9	Higiene oral 4x / Paciente Orientada		
10	Colúscio ulcero 45.		
11	SSUV + CCGG		

Bruno Arruiz Silva
Cirurgião Maxilofacial
CRM-RR 717

NR
Regulado
para leito

Regulação Interna





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
EVOLUÇÃO DIÁRIA



NOME: Edjone da Silva Barros

LEITO: GT

DATA: 26 / 03 / 19

Sala de
reabilitação

ANAMNESE: Paciente no leito no momento da visita. Comunicativo, deambulando
BEG, LOTE, AAA. Apresenta edema em hemi-faca (E), hemorragia subcon
tiual em olho (O), queixa-se de algia em hemi-arcada superior (
FEO: e má oclusão, algia moderada.

CFIO:

DT:

ID: Orientada e prescrita quanto o HTO.
Exat. CxO

Ac. Jéssica Colaço
Faculdade Cathedral
Odontologia
Assinatura R.A. 415170

ANAMNESE:

FLC:

FIO:

DT:

ID:

Assinatura e carimbo





Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Paciente: **EDJANE DA SILVA BARROS**

Data da internação: **25/03/2019**

Data da alta: **27/03/2019**

Profissionais: **Cirurgia Bucomaxilo.**

DIAGNÓSTICO

FRATURA CZO

TRATAMENTO

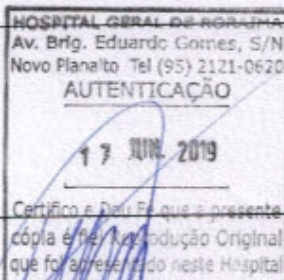
REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA.

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocromado, sem álgicas, sem intercorrências. Paciente recebera alta com prescrição medicamentos e orientacao de retorno ao HCM com o Dr. Bruno Arujo.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços fisicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.



Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucomaxilofacial
Ass. Cirurgião



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Paciente: EDJANE DA SILVA BARROS

Data da internação: 25/03/2019

Data da alta: 27/03/2019

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilo.

DIAGNÓSTICO

FRATURA CZO

TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA.

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocromado, sem álgicas, sem intercorrências. Paciente receberá alta com prescrição medicamentos e orientações de retorno ao HCM com o Dr. Bruno Arujo.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.



Bruno Arujo da Silva
Cirurgião (CRO)
CRO-RR 717



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Paciente: EDJANE DA SILVA BARROS

Data da internação: 25/03/2019

Data da alta: 27/03/2019

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilo.

DIAGNÓSTICO

FRATURA CZO

TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA.

EVOLUÇÃO

BEG. AAA, normocromado, sem algias, sem intercorrências. Paciente recebera alta com prescrição medicamentos e orientacao de retorno ao HCM com o Dr. Bruno Arujo.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Bruno Arujo da Silva
Cirurgião (CRO)
CRO-RR 717



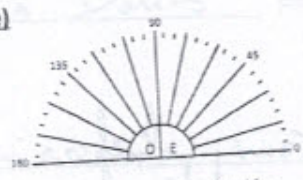
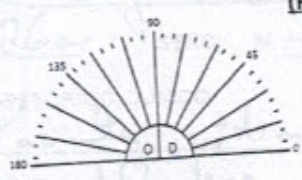
GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA

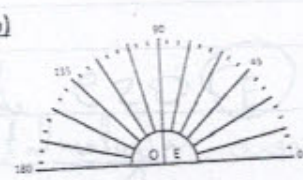
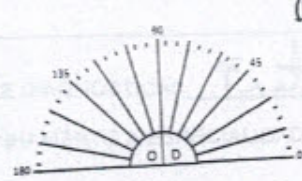
Em 24 de 04 de 2019
Para o (a) Sr. (a) Edjane da Silva

EXAME DE REFRAÇÃO

(Para Longe)


Esf. + J 50 Esf. + J 75
Cil. - J 30 Eixo: J 75 Cil. - J 80 Eixo: J 75
Prisma: Base: Prisma: Base:
DP M MM

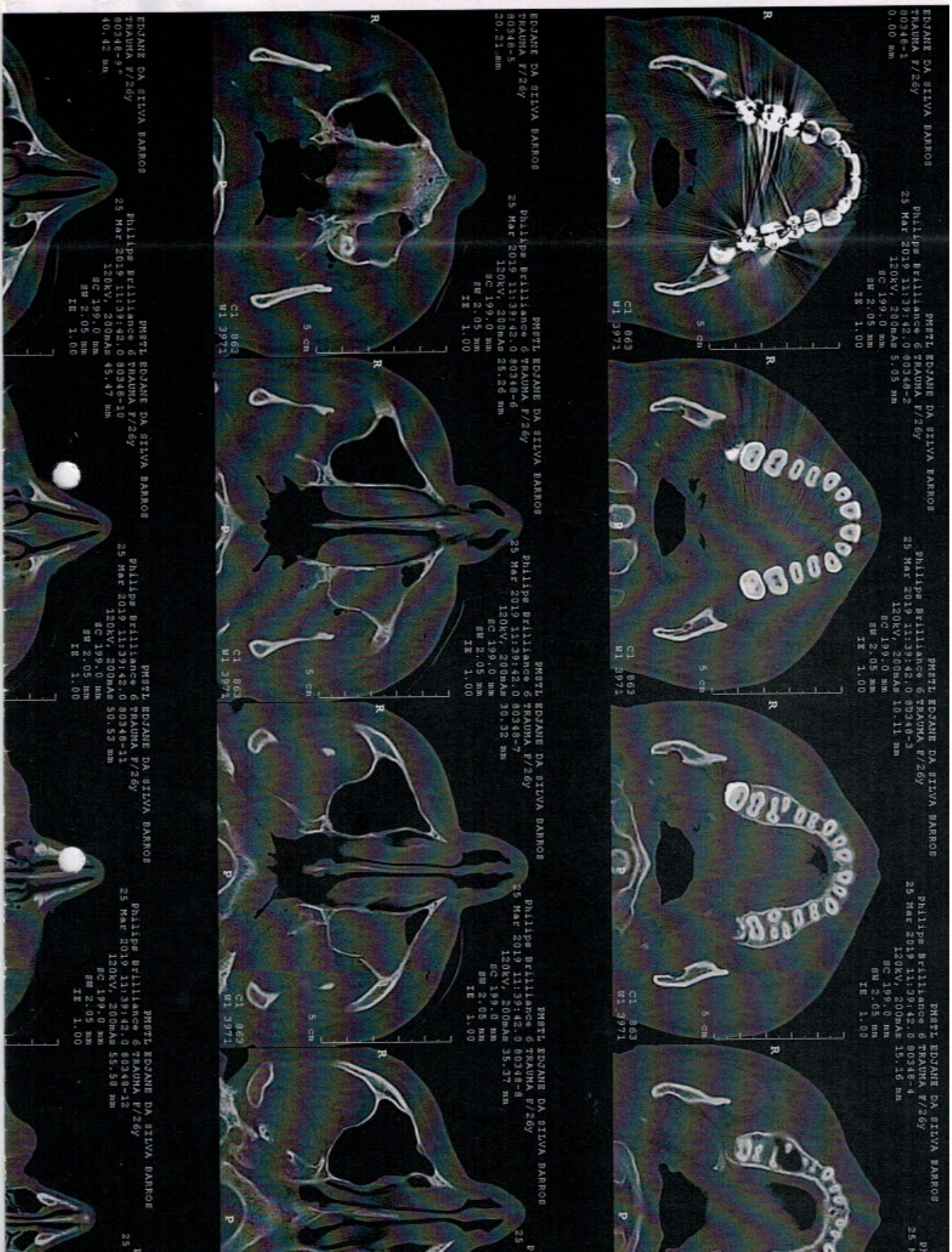
(Para Perto)

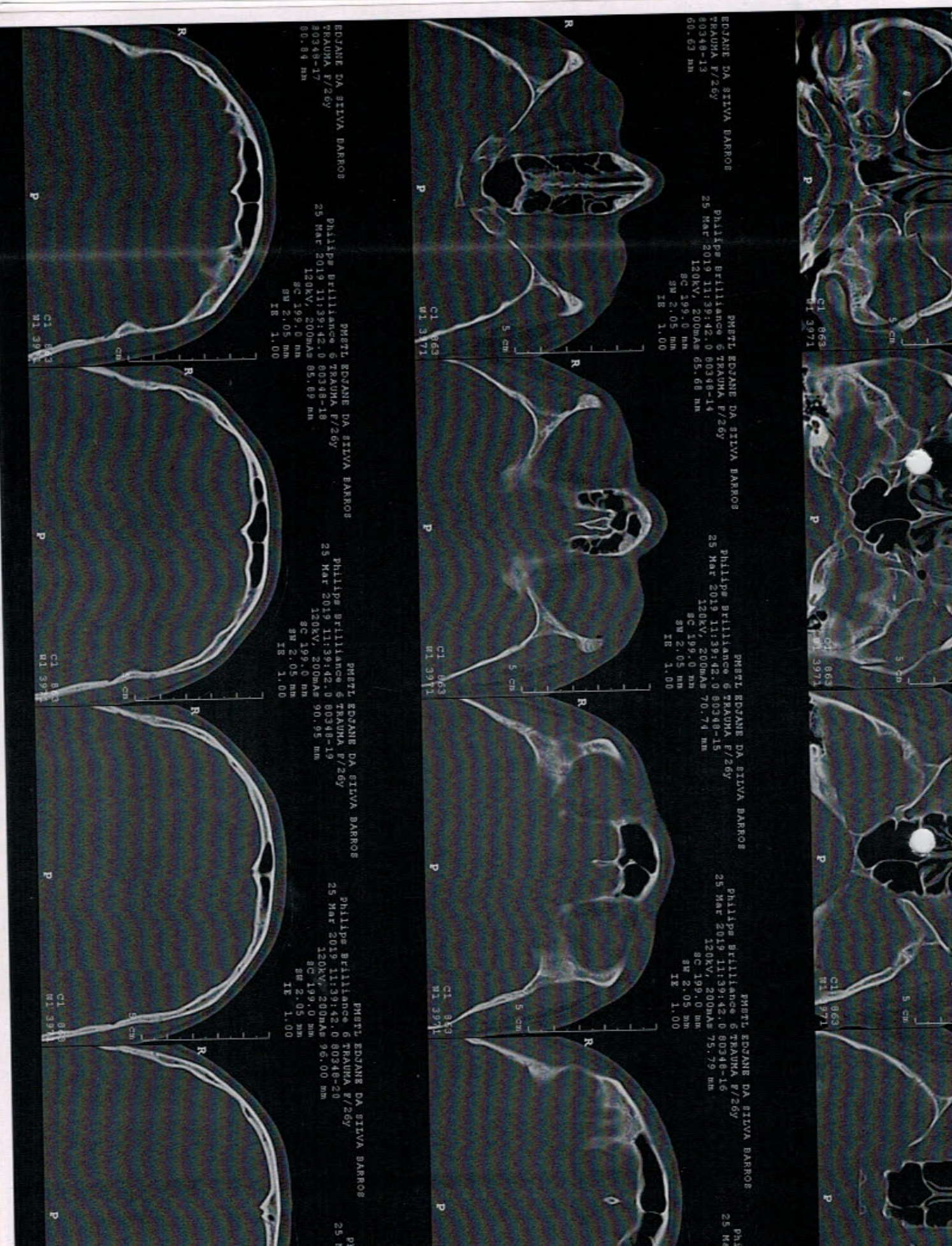

Esf. Esf.
Cil. Eixo: Cil. Eixo:
Prisma: Base: Prisma: Base:
DP MM

OBSERVAÇÕES

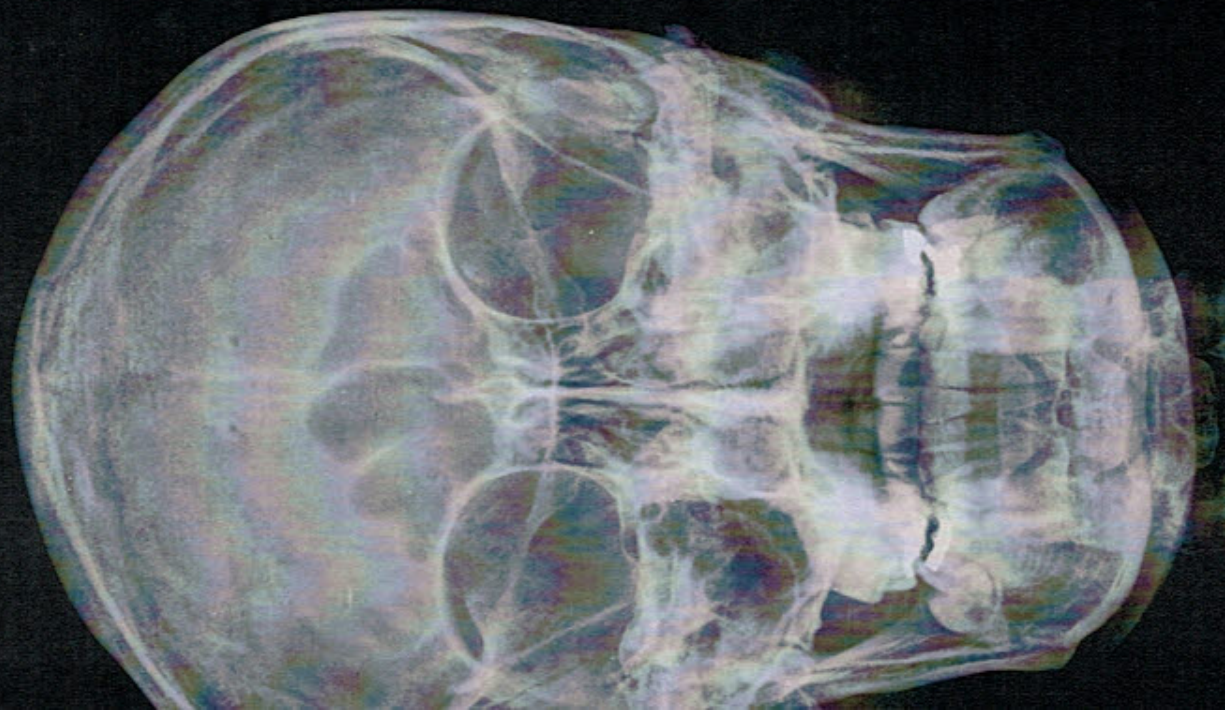
Voltando a consultar, queira trazer esta receita

Os óculos devem ser usados depois de confirmados pelo médico, exatidão das lentes prescritas nesta receita.



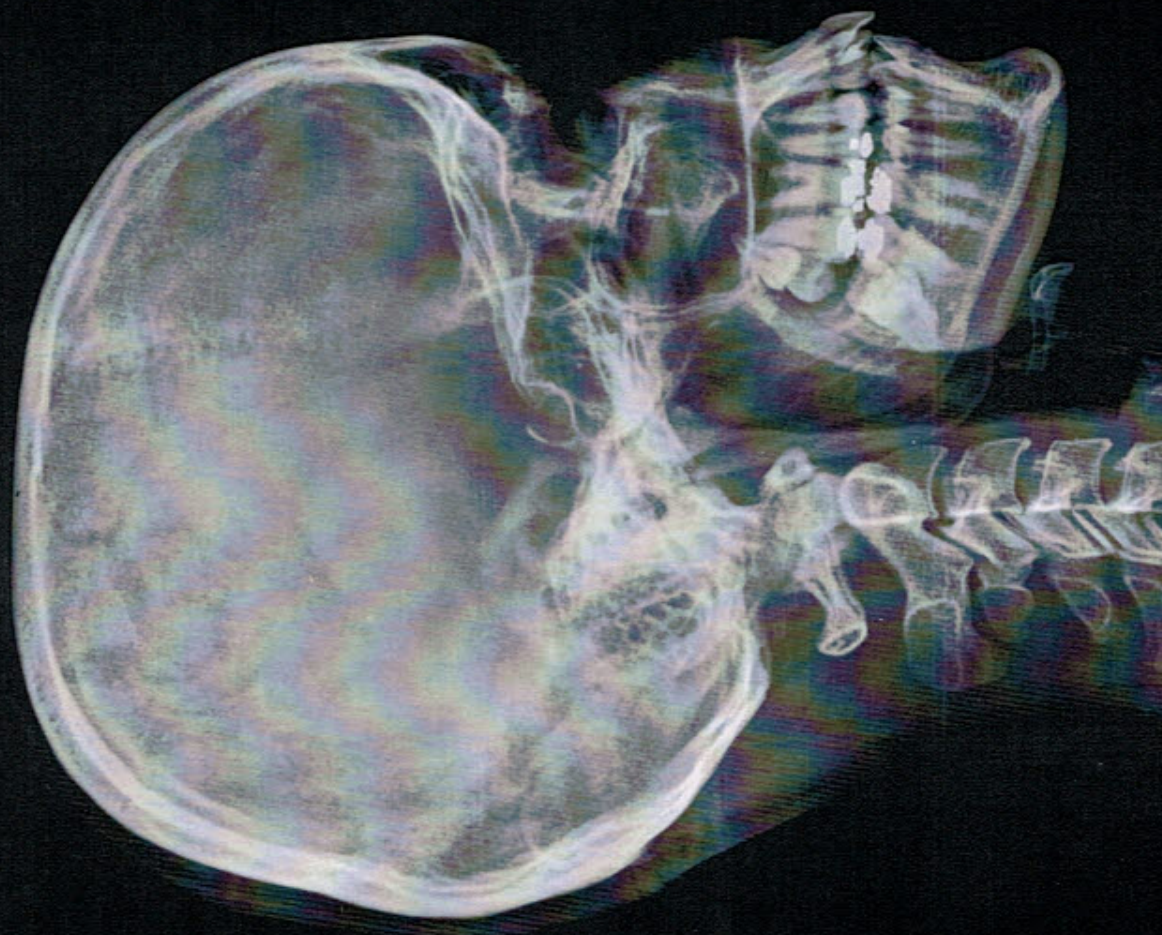






25/3/2019 10:32:41

LVA BARROS



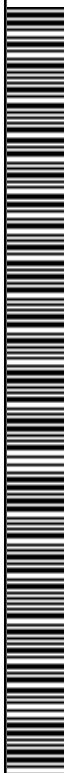
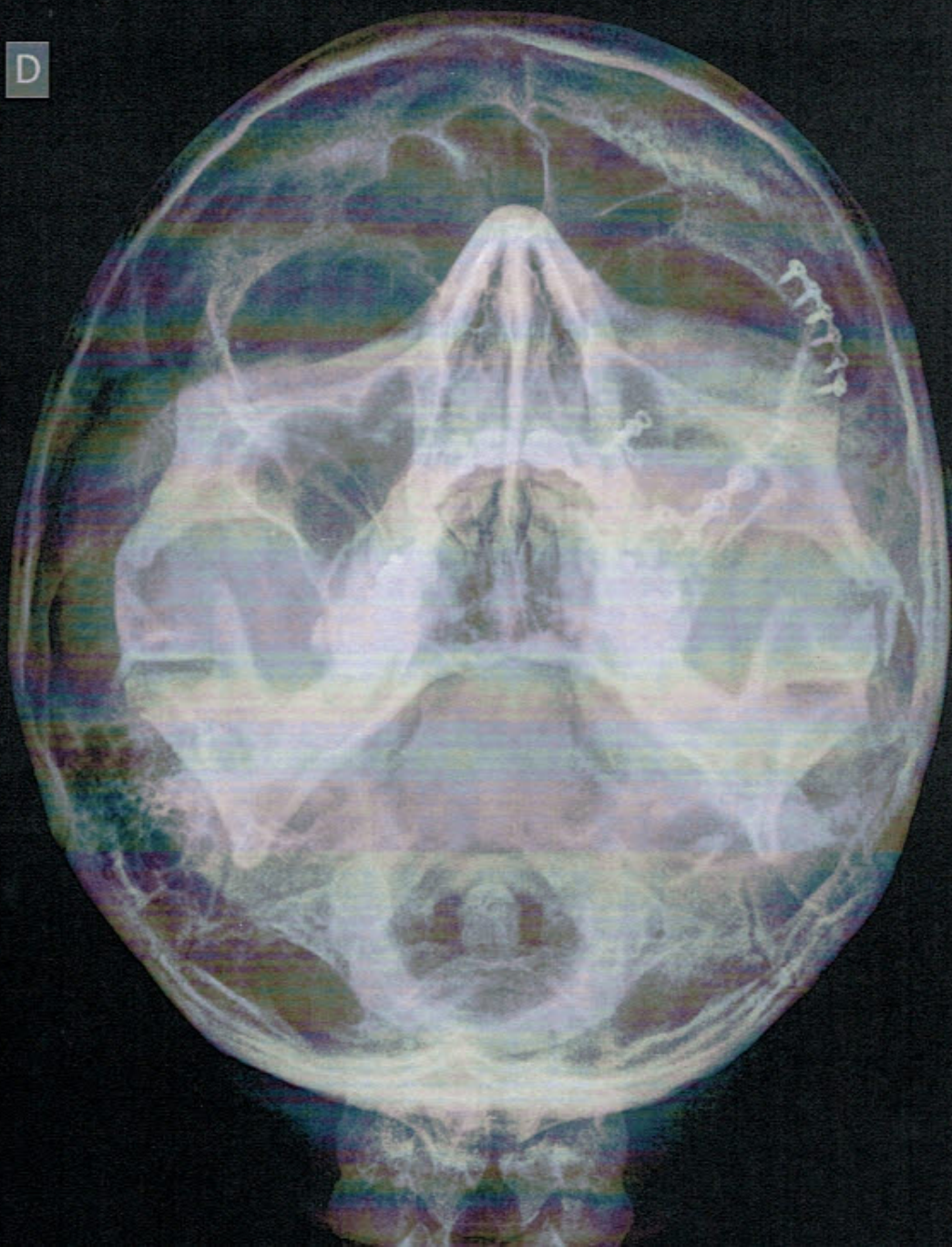
53.2 %

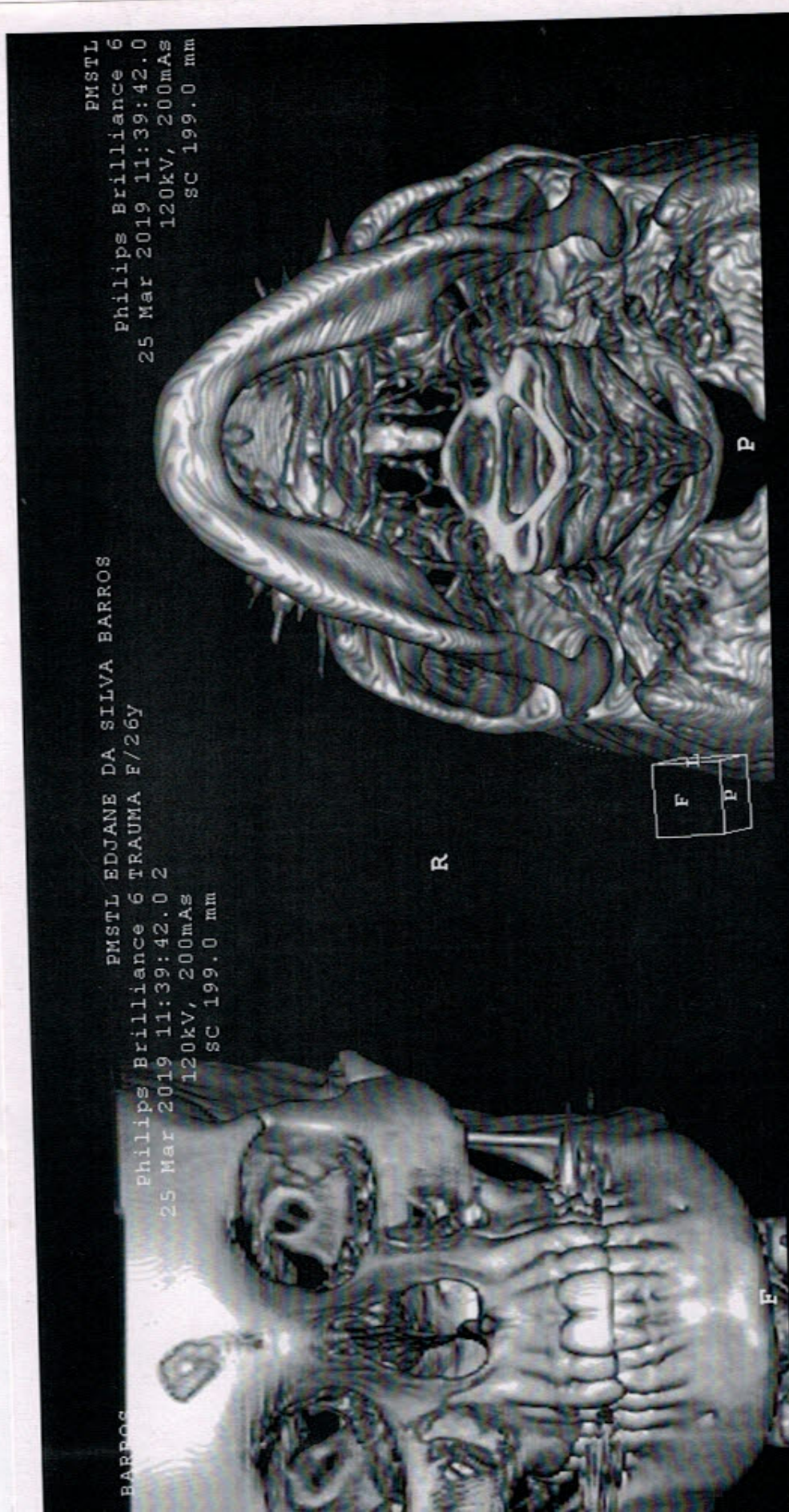
25/3/2019 10:32:41

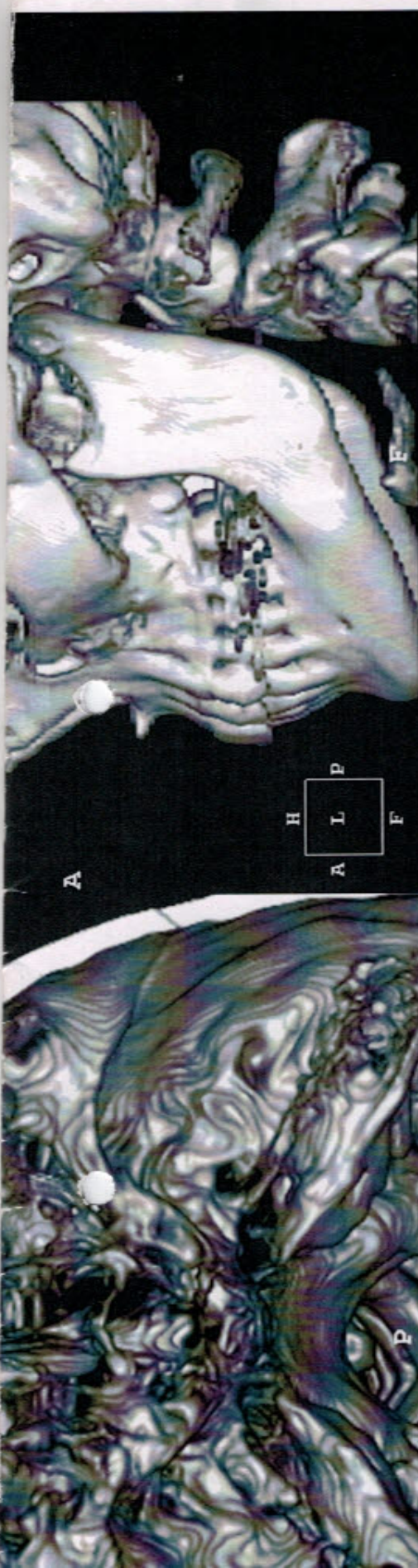


X
D









SINISTRO 3190448621 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDJANE DA SILVA BARROS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO EDJANE DA SILVA BARROS
CPF/CNPJ: 10046979450

Posição em 09-08-2019 10:32:46

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/08/2019	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

