

SINISTRO 3170639136 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CRISTINA PEREIRA GOLVEIA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO CRISTINA PEREIRA GOLVEIA

CPF/CNPJ: 86116975291

Posição em 22-01-2018 09:41:39

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/01/2018	R\$ 6.750,00	R\$ 0,00	R\$ 6.750,00

1 99115-3795
99122-4992 (marido)
Gibson

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

0119755-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002213326

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO kWh TOTAL A PAGAR (R\$)

JANEIRO/2019 11/02/2019 232 219,73

CRISTINA PEREIRA GOLVEIA
R. ALTAIR PEREIRA DE MELO 1588 1 UNIAO
CPF: 00086116975291
CEP: 69 313-780 - BOA VISTA

ROT: 7.001.11.03.377903

DADOS DA LEITURA	AVISO	DADOS DA LEITURA
Atual: 17844		Atual: 23/01/2019
Anterior: 17612		Anterior: 21/12/2018
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 20/02/2019
Consumo Medido: 232		Emissão: 22/01/2019
Consumo Faturado: 232	FCAM	Apresentação: 23/01/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	1310B085090	1522123	1.1.1.2	308

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18 195	CONSUMO 232 A R\$ 0,796948 = 184,89
NOV/18 317	ILUMINACAO PUBLICA 34,84
OUT/18 335	
SET/18 296	
AGO/18 264	
JUL/18 233	
JUN/18 252	
MAI/18 298	
ABR/18 443	
MAR/18 398	
TOTAL 232 - 8,63482	

MENSAGENS IMPORTANTES

Mes/Ano Valor R\$
12/2018 198,76

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/02/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informações: ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas, o valor de R\$ 221,61 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA
CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELETRICA FOI EMITIDA PELA
RORAIMA ENERGIA.
LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Distribuição: 45,58	Base de Cálculo: 184,89
Energia: 96,64	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 31,43
Encargos: 5,02	Valor do PIS: 1,10
Tributos: 5,02	Valor do COFINS: 1,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
1,26 7,00 0,29

FLORESTA
ROT: 7.001.11.03.377903

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 11/2019
0119755-0
MES FATURADO 01/2019
VENCIMENTO 11/02/2019

TOTAL A PAGAR - R\$ 219,73

Nº da Nota Fiscal: 002213326 FCAM

83640000002 9 19730075000 1 00000000119 8 75500119008 0



SEQ.: 00151 UC: 0119755-0 DT. LEIT.: 23/01/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 17844 NORMAL TOTAL: 219,73 CARGA: 006
DT. VENC.: 11/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1071

DPVAT
99115-3795
99122-4992

[illegible]



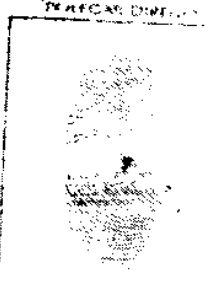
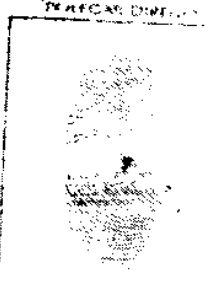
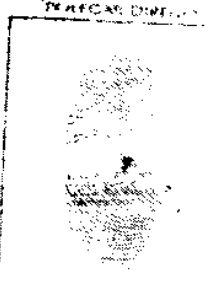
Itaú Banco Itaú S/A

BCC ITAÚ EXTRATO CTA CORRENTE
AGENCIA 1352 DATA 04/02/2019 HORA 11.35.52
CONTA 02262-6 CRISTINA GOVEIA
TIPO INDIVIDUAL

DIA HISTÓRICO	ORIG	VALOR
03 SALDO ANTERIOR		10,20

POSICAO EM 04/02/2019	
(+) SALDO PROVISÓRIO CONTA	10,20
(=) SALDO DISPONIVEL P/ SAQUE	10,20

SOL DISP P/APLIC HOJE 10,20
OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES
DISPONIVEIS ATE ESTE INSTANTE E PODERAO SER
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNCAO DE
NOVOS LANÇAMENTOS

TRABALHADOR						
A esta Carteira de Trabalho e Previdência Social, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, e para a habilitação do trabalhador no seguro e no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de informações contido neste documento e o seu estado de conservação, bem como a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Esta sua importância e seu valor protege-la e conservá-la, pois é o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, indispensáveis para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. A CARTEIRA CONTEM 12 PÁGINAS NUMERADAS						
MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 163.73354.11-4 <table border="1"><tr><td>2645832</td><td>001-0</td><td>RR</td></tr></table> <i>Justina Pereira Celvinia</i> ASSINATURA DO PORTADOR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		2645832	001-0	RR		
2645832	001-0	RR				
						

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
NOME <u>CRISTINA FERREIRA GOLVEIA</u>	
RUA DE NASC. <u>ROSA LINDA</u>	Nº <u>1</u>
MUNICÍPIO <u>MARACÁZIL ZIL FERREIRA GOLVEIA</u>	
DOC. APRESENTADO <u>R.G. 230088 SSP RR</u>	
ESTADO CIVIL <u>SOLTEIRO</u>	
DATA DE NASC. <u>22/10/1958</u>	
Nº <u>230088</u>	CPF <u>881.189.752-91</u>
T. ELETRON. <u>SELO</u>	ZONA <u>URBANA</u>
NATURALIZADO PORT. M. J. Nº <u>1</u>	
LOCAL DA EMISSÃO <u>BRASIL</u>	
Assinatura <u>CRISTINA</u>	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
NOME <u>CRISTINA FERREIRA GOLVEIA</u>	
DATA DE NASC. DE <u>22</u> / <u>10</u> / <u>1958</u>	PARA <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
DOCUMENTO <u>230088</u>	
ASSINATURA E ASSINADO DO PRETOR <u>CRISTINA</u>	
Assinatura <u>CRISTINA</u>	
NOME <u>CRISTINA FERREIRA GOLVEIA</u>	
DOCUMENTO <u>230088</u>	
ASSINATURA E ASSINADO DO PRETOR <u>CRISTINA</u>	
Assinatura <u>CRISTINA</u>	
NOME <u>CRISTINA FERREIRA GOLVEIA</u>	
DOCUMENTO <u>230088</u>	
ASSINATURA E ASSINADO DO PRETOR <u>CRISTINA</u>	
Assinatura <u>CRISTINA</u>	

10		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		CNPJ: 20.182.391/0001-10	
CÓDIGO/CEI		FLAVIO MASSAHIRO UMEO - ME	
ENDEREÇO		AV João Alencar, 2181 São José D/203-D1	
MUNICÍPIO		Bairro: Cavaco CEP: 69.311-137	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		MUNICÍPIO	
CARGO		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		09 DE NOVEMBRO DE 2016	
REGISTRO Nº		002/2016	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		R\$ 605,00 (Hum mil e cinquenta e cinco reais)	
DATA DE SAÍDA		07 DE 12 DE 2017	
COM. DISPENSA CD Nº		Flavio Massahiro Umeo	
FGTS Nº DA CONTA		Empresário	

11		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR			
CÓDIGO/CEI			
ENDEREÇO			
MUNICÍPIO			
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO Nº			
DATA DE ADMISSÃO			
REGISTRO Nº			
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
DATA DE SAÍDA			
COM. DISPENSA CD Nº			
FGTS Nº DA CONTA			

... Guia de Atendimento 02 ...

212-3
BLOCO B

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



170084549		02/10/2017 15:18:25		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		38							
Paciente CRISTINA PEREIRA GOLVEIA				Data Nascimento 22/10/1986		Idade 30 A 11 M 11 D		CNS 898000749855365		CPF 86116975291		Prontuário			
Tipo Doc IDENTIDADE 230598		Documento 230598		Órgão Emissor SSP RR		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Mãe MARIA NILZA PEREIRA GOLVEIA				Pai NI		Contato (95) 99115-2795		Ocupação NÃO INFORMADA							
Endereço RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1588 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR															
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão			
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.								Registrado por: WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal Alvejia no peito;															
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue															
Anamnese de Enfermagem Alvejia no peito;															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Doente vítima acidente															
motociclístico c/ queda em asf.															
Exame Físico HEG, LOTE, AAA, c/ edema, equimose.															
Hipótese Diagnóstica Fratura															
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:															
PRESCRIÇÃO															
APRAZAMENTO															
OBSERVAÇÃO															
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 16/02/2017 15:18															
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família															
Assinatura do Paciente ou Responsável															
Carimbo e Assinatura do Médico Dr. João Victor Mendes CRM-RR 13812															
Impresso por: wesllen.rocha Data Hora: 02/10/2017 15:20:17															

 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 - CNE		
HGR				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNE		
HGR				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PR		
Cristina Pereira Gouveia		46040		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
898100074981513615		22/10/86		
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		
Fem		Maria Lúcia Pereira Gouveia		
11 - TELEFONE DE CONT.		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
99991112		Rua Maria Pereira de Melo 1588 JD Guanã		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		
Bom Lim		15 - UF		
		AR		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Paciente vítima de acidente motorista com espinha e epine em nível sacral + dor de cabeça e dor.				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
Procedimento cirúrgico				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Clínico e radiológico				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Fratura de mandíbula				
21 - CID 10 PRINCIPAL - 22 - CID 10 SECUNDÁRIO - 23 - CID 10 TERC				
828				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCED.		
Internar				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/AS	
B NF		() CNS () CPF	5117521815121618	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
Dmaís Dals de		02/10/17		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº DO BILHETE
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO		37 - CNPJ EMPRESA		38 - CNAE DA EMPRESA
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		40 - CNAE DA EMPRESA		41 -
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
() EMPREGADO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE		03.08.01.00193 T 020		
44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO		45 - DOCUMENTO		
		() CNS () CPF		
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
		02/10/17		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

OK

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>Cristina Panner Colvato</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
<u>02/10/17</u>		HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
	① Diet. Amox SUD		
	② SF 0,9% 500ml @ 08h	20 04 12	
	③ SG 5% 250ml @ 08h	20 06 14	
	④ G. feto 16 @ 06/06h	20 02 08 14	
	⑤ Hidroloxina 100mg @ 08h	20 04 12	
	⑥ tenax 80mg @ 08h	20 08	
	⑦ Dipirona 1amp @ 06/06h	20 02 08 14	
	⑧ Select Hymna Capib		
	⑨ C. 16		

Julio C. Longo
Médico
CRM-RR 1515

312-3

UNIDADE / SETOR	HGR	GT - Juia Verde	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	Gustina Paiva Colveira				
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	Bucumarulo -				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
03/10/17	1 - Dieta: Pastora (V)	5:00 D			
	2 - A.V.P	MANUTER			
	3 - SF 0,9% 500ml (EV) 8/8 h	14:30 08	PA: 131/82	9	
	4 - Cefalotina 1g (EV) 6/6 h (02/10/2017)	14:30 08	P: 69	9/12/8	
	5 - Tenoxicam 20mg (EV) 12/12 h	22:00 08	TAX: 36,6		
	6 - Dipirona 1g (EV) 6/6 h	14:30 08			
	7 - SSVV + CCGG	14:30 08			
	8 - Hidrocortisona 100mg (EV) 8/8 h (02/10/2017)	14:30 08	PA: 117/85	9/36/50	
	Transferir para Bloco B				
	Bruno Araújo da Silva Cirurgião Bucodentário CRP 000712				

Transferir para Bloco B

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucocomaxilofacial
CRP-OR 711

27 JUL 2017
Shah



CHECKLIST DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: Christina Peres Góes Data de Nascimento: 22/10/86 Idade: 30 Sexo: ☒ F () M
Cirurgia: Fratura Bilateral Mandíbula

☒ Orientado ☒ Calmo () Agitado () Sonolento ☒ Deambula

Histórico: () Diabetes () HAS () Marcapasso

Temp: 36,3°C; FC: 69 bpm; Resp: 22 irpm; PA: 110x70 mmHg; Dor: neg Horário _____

Glicemia Capilar: 96 mg/dl. Horário 06h

☒ Orientado jejum, às 22 horas

() realizado preparo Qual? _____

☒ Orientado retirada de adornos (lentes, prótese dentária, jóias, relógio, grampo, óculos, piercing, etc)

☒ Orientado retirada de peças íntimas antes de ser encaminhado ao CC

☒ Orientado a retirada de esmaltes quando necessário.

☒ Orientado quanto a higiene corporal.

☒ Observar junto a prescrição médica:

• Uso de medicações anticoagulante ☒ Não () Sim – se sim confirmar com o médico a necessidade de manter ou suspender.

• Houve solicitação de reserva de hemoderivados? ☒ Não () Sim – se sim conferir junto a Agência Transfusional

☒ Realizar punção venosa com Jelco calibroso devidamente identificado.

() Entregue bata, gorro e propés. Horário _____. Itens disponíveis no momento? () Sim () Não Qual? _____

() Encaminhado ao CC às _____ h () Cadeira de rodas () Maca/leito () Dembulando

Enfª Karol Matilde Carneiro
coru 146485

ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO

CIÊNCIA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PROJUDI - Processo: 0804624-52.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Liliâne Raquel de Melo Cerveiraliliane Raquel de Melo (Página 13 de 13)
15/02/2019. JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

Coleta de Exames-HGR
DATA: 05/10/17
HORA: 05:15
ASS: Karlh



Governo do Estado de Roraima
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

212-13
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
HBB - Bloco B	212	03	
NOME DO PACIENTE			
Cristina Pereira Rolipic			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
Bucmaxilar - Fratura bilateral mandibular			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
06/10/2017	① Dieta líquida - pastosa ①	SN	
	② AVP	MANTER	
	③ SFO 9% 500 ml ⑤ B/8h	14 22 08	
	④ efoladina 1g ⑤ 6/8h (03/10/2017)	14 22 08	
	⑤ Hidrocortisona 10mg ⑤ B/8h (03/10/2017)	14 22 08	
	⑥ Tenoxicam 80mg ⑤ 12/12h	14 22 08	
	⑦ Tramal 100mg + 100mg SFO 9% ⑤ B/8h lento SN	SN	
	⑧ Ranitidina 50mg ⑤ B/8h	14 22 08	
	⑨ Plasil 10mg ⑤ B/8h SN	SN	
	⑩ SSIV + CCGG	Roma	
	Obs: Paciente alérgica à ampicilina	ATENÇÃO	
	bucapom		
	Erino Araújo da Silva Cirurgia Bucocomaxilofacial CRO-RR 717		
		12:00 35,80 58	14/10/17
		18:00 36,2 60	140x90
		24:00 Def 7,7	de sumário
		00:00	Em tempo de 1h

HGR — Sloco B 212 — 3

Erístina pereira Solveira

Pneumaxelo — Fratura bilateral da mand.

07/10/17

- ① Dieta líquida pastosa ② SVD
③ AVP
④ SF 0,9% 500ml ⑤ 818hr
⑥ eparalotina 2g ⑦ 616hr (04/10/17) 08.14 20.22
⑧ Hidrocortisone 200mg ⑨ 818hr (04/10/17) 14.22.02
⑩ Temaxican 20mg ⑪ 12/12hr 10.20
⑫ Tranexol 200mg + 200ml SF 0,9% ⑬ 818hr lento SN SV
⑭ Ranitidina 50mg ⑮ 818hr 14.22.02
⑯ planil 20mg ⑰ 818hr SN 58
⑱ SSUV + CCSS 20.22

Obs: ~~procedimento cirúrgico~~

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucalmaxilofacial
CRO-RR 717

18.10.17
Dr. P. S.
Dr. P. S.



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR Bloco B
NOME: Cristina Pereira Galvão
IDADE: -30 anos REGISTRO: _____
BLOCO: B ENFERMARIA: _____ LEITO: 212-3
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Bucanotila

PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Paciente, vítima de acidente motociclístico, com fratura bilateral de mandíbula. Exames laboratoriais, ECG e Rx de tórax no prontuário.

Solicita risco cirúrgico. Grata!

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Maxilofacial
CRO-RR 717

Médico

07/10/17
Data

Cardiologia

P, 30 anos

TP 14
TTPa 35
RM 1.08
Cr 10
Cr 0.85

Sau queixa cardiologia
Nega HAS, DM e Colesterol
ECG: RS, arr. inferior fr 28 bpm
Rx tórax com cordão benéf.
Men 2+ sup sist PA 110x20 mmHg
ouv. S. brônquico S. expir. ca.

Classe I (Lee)

Médico

Dr. Ricardo Carvalho
Cardiologista
ADM RR 1641 RQE 165

Data



PROJUDI - Processo: 0804624-52.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Liliâne Raquel de Melo Cerveiraliliane Raquel de Melo (Página 17 de 17)

[illegible]



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LETO	Nº DE REGISTRO
HGR Bloco B	212	03	
NOME DO PACIENTE <u>Cristina Pereira Galvina</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS <u>Bucimexila - postura lateral de mandíbula</u>			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
09/10/2014	1- Dieta líquida - postura lateral de mandíbula	HORÁRIO OBSERVAÇÃO	
	2- AVP	SV 1	
	3- SF 0,9% 500ml (EV) 12/12h	manhã	
	4- Colofalina 1g (EV) 6/6h (04/10/14)	manhã 06h	
	5- Tildinal 100mg + SF 0,9% 100ml (EV) 8/8h 1x/dia SN	manhã 06h	
	6- Dipirona 1g (EV) 6/6h	manhã 06h	
	7- Teofilina 200mg (EV) 12/12h	manhã 06h	
	8- Dexametasona 200mg (EV) 1x/dia	manhã 06h	
	9- Plavix 100mg (EV) 8/8h SN	manhã 06h	
	10- SSVV + CCB6	manhã 06h	
OBS: <u>Alívio da dor</u>			
<u>Bruno Araújo da Silva</u> Cirurgião Bucodentário CRO-RR 717			



Governo do Estado do Rio de Janeiro
"Am 100º Aniversário do Brasil"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	HGR Bloco B	QUARTO	212	LEITO	03	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	Cristina Pereira Galvina					
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	Bucomaxilo - Fratura bilateral de mandíbula					
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO			
10/10/17	1- Dieta líquida - pastosa (VO) ZERO SN					
	2- AVP					
	3- SF 0,9% 500ml (EV) 12/12h					
	4- Omeprazol 1g (EV) 6/6h (04/10/17)					
	5- Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml (EV) 8/8h lento SN					
	6- Fenoxicam 20mg (EV) 12/12h					
	7- Dipirona 1g (EV) 6/6h					
	8- Omeprazol 20mg (EV) 1x dia					
	9- Plavil 10mg (EV) 8/8h SN					
	10- SSVV + CCGG					
	11-					
	OBS: Alérgica a Buscopan					
	<i>Dr. João da Silva</i> Cirurgião Bucomaxilofacial CRO-RR 717					
	12- Dieta líquida - pastosa (VO)					



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Autoridade Patrimonial dos Brasileiros

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

2

UNIDADE / SETOR IGR - Bloco B		QUARTO 212	LEITO 03	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE Christina Pereira Galvão				
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS Bucomaxilo - Fratura bilateral de mandíbula				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	
11/10/2017	① Dieta líquida - pastosa ⑩	SND		
	② AVP	MANUTER		
	③ SFO, 9% 500ml ④ 12/12h	38°	06°	
	④ Pefalotina 1g ⑤ 6/6h (04/10/17)	38°	02°	08
	⑤ Tramal 100mg + SFO, 9% 100ml ⑥ 8/8h lenta SN	38°	10	
	⑥ Tenoxicam 30mg ⑦ 12/12h	38°	06°	
	⑦ Dipiridam 1g ⑧ 6/6h	38°	06°	
	⑧ Omeprazol 30mg ⑨ 1x dia	38°	06°	
	⑨ Plasil 10mg ⑩ 8/8h SN	38°	06°	
	⑩ SSVV + CCGC	38°	06°	
Obs: Alérgica à buscopam				
12hs P.M.: 120x80 FC 80 T 36°C 18:00 P.M.: 118x71 A 65 T 36°C				



Governo do Estado do Rio de Janeiro
"Amor é o patrimônio dos brasileiros"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
HGB - Bloco B	212	03	
NOME DO PACIENTE			
Cristina Pereira Balboa			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
Bucmaxilo - Fratura bilateral da mandíbula			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
12/10/2017	1- Dieta líquida - pastosa (10) (Jej - após 22:00h)	SNP	18:00h PA: 120/90
	2- AVP		FC 104
	3- SFO 9% 500ml (EV) 12/12h	18:00h 96	24h: PA = 110x70
	4- Cefalotina 1g (EV) 6/6h (04/10/17)	08:00h	P = 64
	5- Toradol 100mg + 100ml SFO 9% (EV) 8/8h Lento SN	SNP	
	6- Tenoxicam 80mg (EV) 12/12h	22:00h	
	7- Dipizone 1g (EV) 6/6h	18:00h 24:00h	
	8- Omeprazol 80mg (EV) 1x/dia	08:00h	
	9- Plasil 10mg (EV) 8/8h SN	SNP	
	10- SSVV + CCGG	Medula	
			66h = glicemia = 96
			PA = 110x70 mmHg
			P = 69 bpm
			TX = 36.3
			R = 22 bpm

Bruno Araújo Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

 Sistema Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente vítima de acidente motorcyclístico, com lesões, dor, fraturas de tórax, membros superiores e inferiores.			
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS E INTERVENÇÃO			
Procedimento realizado: cirurgia de emergência.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS			
Exames diagnósticos realizados: exames de imagem.			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Fratura bilateral em mandíbula.			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CASOS ASSOCIADOS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARTÃO DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
36 - CNPJ DA EMPRESA			
37 - CNPJ DA SEGURADORA			
38 - N° DO BILHETE			
39 - S-FRSE			
40 - CNVE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - BARRIGADO			
44 - AUTÔNOMO			
45 - DESPREZADO			
46 - APOSENTADO			
47 - NÃO SEQUERADO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
49 - COD. ORGÃO EMISSOR			
50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
54 - CNES			
55 - CNES			
56 - CNES			
57 - CNES			
58 - CNES			
59 - CNES			
60 - CNES			
61 - CNES			
62 - CNES			
63 - CNES			
64 - CNES			
65 - CNES			
66 - CNES			
67 - CNES			
68 - CNES			
69 - CNES			
70 - CNES			
71 - CNES			
72 - CNES			
73 - CNES			
74 - CNES			
75 - CNES			
76 - CNES			
77 - CNES			
78 - CNES			
79 - CNES			
80 - CNES			
81 - CNES			
82 - CNES			
83 - CNES			
84 - CNES			
85 - CNES			
86 - CNES			
87 - CNES			
88 - CNES			
89 - CNES			
90 - CNES			
91 - CNES			
92 - CNES			
93 - CNES			
94 - CNES			
95 - CNES			
96 - CNES			
97 - CNES			
98 - CNES			
99 - CNES			
100 - CNES			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/10/2017 O.S. _____

Cristiano Lima Gomes

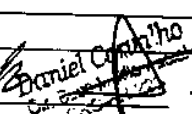
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Bilateral de Mandíbula

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução Cirúrgica de Fratura Complexa de Mandíbula

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: -

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura Bilateral de Mandíbula

CIRURGIÃO: Daniel Carvalho  1º AUXILIAR: Soraia Queiroz

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: Jorge

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Geral

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Ponto em DDA sob anestesia geral
- ② Anestesia retro auricular e antero-auricular
- ③ Anestesia local e/ou bloqueio + SF0,9%
- ④ Anestesia retro auricular e antero-auricular
- ⑤ Redução de Fratura de Mandíbula esquerda + fixação com placas e parafusos
- ⑥ Redução de Fratura complexa mandíbula direita + fixação com placas e parafusos
- ⑦ Sutura em P-liss e ponto de hemostase

Dante Carvalho
CRM RR 223

Curtis P. Cohen

BOLETIM OPERARIO

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: *Pat. Lit. m. bil. du*
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Ressecção cunhada de Pat. m. bil. du*
TIPO DE INTERVENÇÃO: *Cirurgia*
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *Antibiot. 1000 mg. 4x/dia*
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Pat. Lit. m. bil. du*
CIRURGIÃO: *Dr. Carlos Roberto*

CIRURGIÃO: Dr. Daniel	1º AUXILIAR: Dr. Sérgio	INSTRUMENTADORA: Graziela	ANESTESIA: Graziela	ANESTÉSICO:	FIM:	DURAÇÃO:
2º AUXILIAR:						
3º AUXILIAR:						
ANESTESISTAS: Dr. Daniel						
INÍCIO:						

[illegible]

PRE-ANESTÉSICO

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

13/01/17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
- Armador Privado dos Bunkers -

„Болгария е единственото българско правителство“

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- - - - -

4



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		302	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Cristina Pereira Goulart		26-3			13 / 10 / 12
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura bilateral de Mandibula		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:00	18:55		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	D ^o Daniel		ANESTESISTA:	Dr. Michel	
1º AUXILIAR	D ^o Sergio		RES. ANESTESIA:	Dr. Sergio	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE	Aparecida Oliveira	
TIPO DE ANESTESIA: geral					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		00	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 5.0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 5.0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 0	
1	LÂMINA BISTURIN Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDAN Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICET	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Alcool 30grl			OUTROS:	
	topico 30ml				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	VALOR		
		Helio			
		Luciano			
		Suelen			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA			
			MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

22 NOV 2017

Sheel

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Liliana Pereira Colúcia

64.212.3

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA		Sinais Vitais				
Data:	Reg. Idade:	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P	PA	SPO2
13/10/17	30A	15:29	16:00	15:40	18:55		gerd	Fract. bilateral de mandíbula.	1'h	106	100	99
Chegada: 15:00	() Emergência () U.T.I. 1	Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento								
() Internação () U.T.I. 2	Fract. BILAT. mandíbula	GENL	D.D									
() Outros:	Hidratação Infundida	Antibiótico-Terapia	Hemoderivados									
Cirurgia Proposta: <u>Fractura bilateral mandíbula</u>	SFA 0,9%: <u>K</u>	Nome:	CH:									
1. Informações:	SG 10%:	Dose:	Plasma:									
() Jejum () Pré-anestésico	Outros:	Nº de compressas oferecidas: <u>12</u>	Plaquetas:									
() Jóias () Intracath	Nº de compressas recolhidas: <u>12</u>	Anatomo Patológico:	() Sim									
() Banho () Sangue	Sinais Vitais:	() Irregular	() Cultura									
() Alegria () Cardíopata	T: <u>36,0</u> °C	P: <u>83</u> bpm	() Outros:									
() Exame () Asmático	SAT: <u>100</u> %	R: <u>13</u> rpm										
() Outros:	() Regular	() Irregular										
	FC: <u>103</u> bpm	PA: <u>113x78</u> mmHg										
2. Estado Emocional/Mental	Exames na SO: () Ht () Hb <u>+</u> Hemograma <u>+</u> Rolo X											
() Choro () Sonolento	() Outros:											
() Agitado												
() Outros: <u>calma</u>												
3. Sinais Vitais:	Legenda 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG 10. Falxa de Smarch 11. Outros:											
T: <u>36,0</u> °C												
FC: <u>103</u> bpm												
SAT: <u>100</u> %												
() Regular () Irregular												
4. Condições da Pele:												
() FAD () Ferimento												
() FAF () Queimado												
() Dor () Hematoma												
() Frio () Contusão												
() Edema () Deformidade												
() Avulsão () Amputação												
() Abrasão () Frac. Exposta												
Destino: <u>SRPA</u> () UTI () Outros:												
Entrada: Ass: <u>Adriana Macedo Costa</u> <u>Enfermeira</u> <u>CRP 4247.114</u>												
Saída:												

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Cristina Pereira Oliveira
Responsável Cirurgião Dr. Daniel / Dr. Sergio

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☐ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☒ Sim, Qual: Bunam

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora:

Data 13/10/17

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Michel / Dr. Leonardo (R+)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE "OPERAÇÕES"

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☒ Sim ☐ Não

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

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

- ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Suellen da S. Ramos

Enfermeira

COREN-RR, 349.935 - ENF

Assinatura e Carimbo



PROJUDI - Processo: 0804624-52.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Liliane Raquel de Melo Cerezeirillane Raquel de Melo (Página 30 de 30)
15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCS ACIDENTE

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
HGR - Bloco B		212		03
NOME DO PACIENTE Cristina Pereira Galvão				
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS Bucmaxila - Fratura bilateral da mandíbula				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	
13/10/2017	1- Dieta gela			
	2- ANP			
	3- SF 0,9% 500ml EV 12/12h	G.C.	19-h P.A 100x60	
	4- Cefalotima 1g (EV) 6/6h (04/10/11)	Gardel	FG 64	
	5- Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h SN	S/N	+ 36°C	
	6- Dipirona 1g (EV) 6/6h	G.C.	24h 100x65	
	7- Tenoxicam 20mg (EV) 12/12h		FC 70	
	8- Omeprazol 20mg (EV) ou VO 1x/dia		T - 36	
	9- Plavix 150mg (EV) 8/8h	Gardel		
	10- SSVV + CC 660		Noting	
	11- O2 Concentrado de Hemácias		(I) (II) no c.c.	

UNIDADE / SETOR

HGR Bloco B

QUARTO 212

LEITO

03

REGISTRO 212-3

NOME DO PACIENTE

Cristina Pereira Gelvia

FUNÇÃO DAS RESPONDAVEIS

2ª ET / HORA

Buenos Aires - Pastura Liberdade de mandubula

PRESCRIÇÃO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

13/10/2014

1- Dieta líquida - portar gelada sem mucosa

10 SUD

2- AVP

3- SF 0.9% 500ml (EV) 8/8h

10° 10° 10°

4- Gelatina 1g (EV) 6/6h

10° 10° 10°

5- Umid 100mg + SF 0.9% 100ml (EV) 8/8h

10° 10° 10°

6- Noradrenalina 4mg (EV) 8/8h

10° 10° 10°

7- Digoxina 1g (EV) 8/6h

10° 10° 10°

8- Tetracina 20mg (EV) 12/12h

10° 10° 10°

9- Plavix 150mg (EV) 8/8h

10° 10° 10°

10- Omeprazol 20mg (EV) 1x / dia

10° 10° 10°

11- ceftriaxona 30°

10° 10° 10°

12- SSVV + CCGG

10° 10° 10°

Daniel Canabarro
Cil. Bufo

10/10/2014

Bruno Kato da Silva
Cil. Bufo

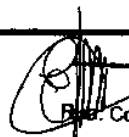
Obs: Deu alta à BVSUBRM

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

24h - PA - 100 65
FC - 10
T - 36

Cristina Pereira Gouveia

PASTA PARA PRONTUÁRIO

 HOSPITAL CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro / Tel. (95) 2121-7471
AUTENTICAÇÃO
Atifico e Dou Fé Que a Presente Cópia é Fiel Reprodução de
Original que Foi apresentado neste Hospital.
Boa Vista-RR, 19 de 12 de 2017

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNHO DO ESTADO DE MONTANA
SECRETARIA DE SAUDE E SERVICOS SOCIAIS

EVOLUÇÃO MÉDICA

40-198



EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

Res. Coronel Pinto, 636 - Centro / Tel. (95) 2121-7471

Autenticação
Fico e Dou Fé Que a Presente Cópia é Fiel Reprodução
do que Foi apresentado neste Hospital.

Vista-RR, 19 de 12 de 2017

... ..

DATA
HORA

D. N. 22140186

EVOLUÇÃO

Nº P: 190 235-68

Nome: Cristina Pereira Coliccia

47/10

Procurto vestimenta de adultos, robes
de barba, gorros, faldas, Botones
de mandíbula.

Subordinada a. nucleos e Francis S.
Então de onde veio - queria saber
e p.o. sobre de novo
Onde e a retiro.

~~CONFIDENTIAL~~
CONFIDENTIAL

21/11

*Parasite returned on 12 x 100
not found. Product a 10.000
Sedimentation - 10.000 x 100
12/1000 10.000*

~~Daniel~~ ~~Adrian Fidal~~

ΟΝΘΗΤΟΛΞ

DATA
HORA

EVOLUÇÃO MEDICA

COPIES TO BE DESTROYED IN 1960
IN ACCORDANCE WITH NATIONAL ARCHIVES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011885384801

VIA 01 Cód. RENAVAM 00532220340 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
CRISTINA PEREIRA OLIVEIRA
RR

CPF/CNPJ 861.169.752-91 PLACA NA05054

PLACA ANT/UF NA05054 RR CHASSI 9C2KD0540DR130344

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESB ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA *PAGO* 1*****

FAIXA LPVA ** PAGO COTA ÚNICA ** PARCELAMENTO/COTAS 2***** 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7 IOF (R\$) R\$0.7 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$1.4 DATA DE PAGAMENTO 19/06/2017

AL.FID. BANCO HONDA S/A PROIB SAIR DA AMAZ UCID *

BOA VISTA-RR DATA 19/06/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011885384801 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 Cód. RENAVAM 00532220340 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/06/2017

CPF/CNPJ 861.169.752-91 PLACA NA05054

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESB

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013 CHASSI 9C2KD0540DR130344

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cristina Pereira Golveia, portador da carteira de identidade nº 230598 e inscrito no CPF/MF sob o nº 861.169.752-91, residente e domiciliado na R: Altair Pereira de Melo, Cidade Bom 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.

Cristina Pereira Golveia

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bom Vista, 23/11/17

Local e data

PRIMEIRO PLASTIFICAR		909920799	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		909920799	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
NOME CRISTINA PEREIRA COLVEIA			
DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSORAF 230598 SSP RJ			
CPF 861.169.752-91			
DATA NASCIMENTO 22/10/1986			
FUNÇÃO			
MARIA NILZA PEREIRA			
COLVEIA			
PERSOAL MCC AD			
Nº REGISTRO 04680163510			
VALIDADE 02/09/2019			
VENCIMENTO 26/06/2009			
OBSERVAÇÕES EXERCIO 4145 RENDIMENTO			
ASSINATURA DO PORTADOR Cristina Pereira Colveia			
LOCAL BOA VISTA - NOROESTE			
DATA DE EMISSAO 10/10/2014			
06044262768 R0207687676			

SEQ.: 00013 UC: 0119755-0 DILETT.: 23/10/2017 I.FENK.: 04
LEITURA: 13042 NORMAL TOTAL: 221,68 CARGA: 006
DT VENC.: 11/11/2017 TRSEG.: 0000010108-1051



1 800/TOTOCSS/ 8 6T000000000 7 000S/00R9T5 / 700000009958

Empresas Cristóvão Romão
Av. Capitão Ené Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.741.470/0001-64 - Insc. Estadual 24.002.022-2
Nº da Nota Fiscal

SEU CODIGO	10/2017	11/11/2017
MES PAGUANDO	10/2017	VENCIMENTO
TOTAL A PAGAR - R\$	0119755-0	231,68

ROT: 7.001.11.03.377903

5,55	11,10	22,21	3,67	7,35	14,70	3,20	2,02	4,00	0,64	08/2017	54,66
FLORESTA											

COMPOSIÇÃO DA DESPESA		COMPOSIÇÃO DA RECEITA	
Despesa com Pessoal	15,00	Receita de Contribuição	15,00
Despesa com Material	10,00	Receita de Impostos	10,00
Despesa com Energia	5,00	Receita de Taxas	5,00
Despesa com Manutenção	5,00	Receita de Multas	5,00
Despesa com Transporte	5,00	Receita de Aluguel	5,00
Despesa com Aluguel	5,00	Receita de Venda de Bens	5,00
Despesa com Outros	5,00	Receita de Outros	5,00
Total	60,00	Total	60,00

FA11.0987.62EA.971F.3CFD.B098.B706.A531

CASO MAJÁ COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBRV) P
ACOPRECA 2017; RECEBA BEM O RECONHECIMENTO DURANTE ENTREVISTA!
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

2004

107/60

[illegible]

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posição	Código Far	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	---------	------------	----------------

MODOS DA LEITURA	KWH	1.000
Anterior:	1.000	472
Constante de Multiplicação:	472	472
Consumo Médio:	FCM	
Consumo Faturado		
NORMAL		
Apresentação:	Emissão:	32
Atual:	22/11/2017	23/10/2017
Anterior:	22/11/2017	23/10/2017
Próximo Leitura:	23/10/2017	23/10/2017
DATAS DA LEITURA	23/10/2017	23/10/2017

R. ALTAIR PEREIRA DE MELO 1585 1 UNIAO
C/PA: 00066116975291
CEP: 69.313-780 - BOA VISTA
ROT: 7.001 11.03.277903

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2017	11/11/2017	472	231,68

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autônomo pela SEFAZ 358/13
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

000106357 Nº da Nota Fiscal

Elektrobras Distribuição Roraima

Para consulta com a
Elektrobras, informe
este número

STU CÓDIGO 0119755-0

192
nivers

25.14.44 Último vaso feminino, encontrado, sendo
leite, sem capacete, utilidade, olive e desarmante
apresentando: Furomento na face + estere e hermal
mas, Provável Fatura Face, para os dentes.
sem furos aparentes em mm 155.
Colocada em posição original + color anil
SSU Verificado.

Grupo II.

Grupo

more & more


 E. Demme
 President
 Finance
 for

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/11/13

Adolescente		Adulto		Menores de 5 anos		Escala	
Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo
10-24		10-24		10-24		10-24	
25-35		25-35		25-35		25-35	
36-45		36-45		36-45		36-45	
46-55		46-55		46-55		46-55	
56-65		56-65		56-65		56-65	
66-75		66-75		66-75		66-75	
76-85		76-85		76-85		76-85	
86-95		86-95		86-95		86-95	
96-105		96-105		96-105		96-105	
106-115		106-115		106-115		106-115	
116-125		116-125		116-125		116-125	
126-135		126-135		126-135		126-135	
136-145		136-145		136-145		136-145	
146-155		146-155		146-155		146-155	
156-165		156-165		156-165		156-165	
166-175		166-175		166-175		166-175	
176-185		176-185		176-185		176-185	
186-195		186-195		186-195		186-195	
196-205		196-205		196-205		196-205	
206-215		206-215		206-215		206-215	
216-225		216-225		216-225		216-225	
226-235		226-235		226-235		226-235	
236-245		236-245		236-245		236-245	
246-255		246-255		246-255		246-255	
256-265		256-265		256-265		256-265	
266-275		266-275		266-275		266-275	
276-285		276-285		276-285		276-285	
286-295		286-295		286-295		286-295	
296-305		296-305		296-305		296-305	
306-315		306-315		306-315		306-315	
316-325		316-325		316-325		316-325	
326-335		326-335		326-335		326-335	
336-345		336-345		336-345		336-345	
346-355		346-355		346-355		346-355	
356-365		356-365		356-365		356-365	
366-375		366-375		366-375		366-375	
376-385		376-385		376-385		376-385	
386-395		386-395		386-395		386-395	
396-405		396-405		396-405		396-405	
406-415		406-415		406-415		406-415	
416-425		416-425		416-425		416-425	
426-435		426-435		426-435		426-435	
436-445		436-445		436-445		436-445	
446-455		446-455		446-455		446-455	
456-465		456-465		456-465		456-465	
466-475		466-475		466-475		466-475	
476-485		476-485		476-485		476-485	
486-495		486-495		486-495		486-495	
496-505		496-505		496-505		496-505	
506-515		506-515		506-515		506-515	
516-525		516-525		516-525		516-525	

10 p/ semana: _____
 Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____
 BCF: _____
 [] Com cateto [] Sem cateto

H

MATERIAL E MEDICAÇÃO

H para os exames

[illegible]

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE Ocorrência POLICIAL

SÉRIE J

Nº 807701

Vtr Integrado	SUCp CIPTUR	Data 02/10/2017	S/Setor LESTE/OESTE	H/Transm 14:28	H/Ini 14:35	CH/H XXXX	H/Fim 16:50	
Cód. Oc 1001/1003	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-	Km/Ini *****	Km/Fim *****				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: **RUA MIdiã C/ RUA GIDEÃO**

Bairro: **CANAÃ**

Ref.: **CRUZAMENTO**

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: **CRISTINA PEREIRA GOUVEIA** Idade: **30** E. Civil: **UNIÃO ESTAVEL**

Endereço: **RUA ALTAIR PEREIRA DE MELO Nº 588 BAIRRO : UNIÃO**

Edt. R.G **230598 SSP/RR**

CNH

04680163510

Profissão:

2 ENVOLVIDO Nome: **LEANDRO COIMBRA DE OLIVEIRA**

Idade: **18**

E. Civil:

Endereço: **RUA C 51 Nº1076 BAIRRO: ALVORADA**

Edt. R.G **435992-5 SSP/RR**

CNH

NÃO POSSUI

Profissão:

3 PASSAGEIRA Nome: **IVONE CARDOSO AZEVEDO**

Idade: **42**

E. Civil:

Endereço: **RUA NOZES Nº180 BAIRRO: PINTOLANDIA**

Edt. R.G **262245 SSP/RR**

CNH

Profissão:

4 Nome:

Idade:

E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G

CNH

Profissão:

DANOS MATERIAIS

- **NAQ5054-** retrovisores danificados, Motor furado do lado direito, carenagem, farol, para lamas, piscas, manete La.do direito;
- **NAJ6046-** farol, guidão, para lamas, painel, carenagem, piscas

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA

[Assinatura]

CARGO

APL

LOCAL

4ª Ape

HISTORICO

Senhor (a) Delegado (a) fomos acionados via CIOPS pra atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítimas, chegando ao local foi constatado o sinistro. Fomos informados por populares que o ITEM I conduzia sua motocicleta **HONDA BROS/NXR 150 PLACA NAQ5054 COR VERMELHA** na rua Midia sentido Av. Gal Ataíde Teive que ao chegar no cruzamento com a rua Gideão houve a colisão com a motocicleta **HONDA/CG TITAN PLACA NAJ6046 COR VERMELHA** que era conduzida pelo ITEM II que trafegava na rua Gideão bairro/cemntro. Informo que a ITEM I tinha como passageira a ITEM III, que a equipe do SAMU compareceu ao local pra fazerem os primeiros atendimentos medico, QUE os envolvidos foram conduzidos ao PSE. QUE ITEM I teve escoriações pela face, e o ITEM II que teve ter fratura no tórax e por fim a ITEM III que era passageira do ITEM I teve fratura exposta na perna direita e escoriações pelo corpo. Informo que a não foi feito o acionamento pericial pelo fato dos veículos Gouveia da Costa RG 476287-8 SSP RR e que o veículo do ITEM II foi entregue ao senhor Cleomar Coimbra de Oliveira Cnh:063899333-74 RG 3935620 SSP RR.

Era o que tinha relatar.

[Assinatura]
DOMINGOS JORGE GRANA GADELHA

21311-0

CADASTRO

ST. PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 036664/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/10/2017 06:25- Data/Hora Fim: 03/10/2017 06:58
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 807701 Data: 02/10/2017
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 02/10/2017 14:28

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Rua: Midiã

Bairro: Nova Canaã

Complemento: Com Gideão

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTINA PEREIRA GOUVEIA (VÍTIMA)

Nacionalidade Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 30

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Altair Pereira de Melo

Nº: 588

Bairro: Bairro união

Nome: IVONE CARDOSO AZEVEDO (TESTEMUNHA)

Nacionalidade Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 42

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Nozes

Nº: 180

Bairro: Pintolandia

Nome: LEANDRO COIMBRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 18

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: C 51

Nº: 1076

Bairro: Bairro união

DAI
Confere com original
Data: 23/11/2017
Assinatura
Givanildo S. Vieira
Agente Carcerário
Polícia Civil
Líder nº 042000855



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/10/2017 09:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 036664/2017

Razão Social: PM (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

ROP/PM informa acidente de trânsito no local do fato com vítimas. Que no local do fato populares informaram que o item 1 (Cristina) conduzia a sua motocicleta HONDA BROS/NXR 150 PLACA NAQ 5054 COR VERMELHA na rua Midia sentido Av. Gal Ataide Teive que ao chegar no cruzamento com a Rua: Gideão houve a colisão com a motocicleta HONDA /CG TITAN PLACA: naj 6046-COR: VERMELHA, conduzida pelo item 2 (Leandro Coimbra de Oliveira) , o qual trafegava na Rua: Gideão Bairro/Centro. Informo que a item 1 tinha como passageira a item III. Que a equipe do SAMU compareceu ao local pra proceder os primeiros atendimentos médico. Que os envolvidos foram conduzidos ao PSE. Que a item 1 teve escoriações pela face e o item 2 teve fratura no torax e por fim a item 3 que era passageira da item 1 teve fratura exposta na perna direita e escoriações pelo corpo. Não foi feito acionamento da perícia por que os veículos foram removidos do local do fato por populares. Que o veículo do item 1 foi entregue ao Senhor: Edmilson Gouveia da Costa, RG: 476287 SESP/RR e que o veículo do item 2 foi entregue ao Senhor: Cleomar Coimbra de Oliveira CNH: 063899333-74, RG: 3935620. NAQ 5054- Retrovisores danificados, motor furado do lado direito, carenagem, faros, para lamas, piscas, manete lado direito. NAJ 6046: farol, guidão, para lamas, painel, carenagem e piscas. É o relato.

ASSINATURAS

Natal Altair Soares
Responsável pelo Atendimento

Cristina Pereira Gouveia
Vítima

PM
Comunicante

Leandro Coimbra de Oliveira
Vítima

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



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: *Cristina Pereira Galvão*

Data da internação: *02/10/2011* Data de alta: *14/10/2011*

Profissionais: *Bucamatta*

DIAGNÓSTICO

Fratura bilateral de mandíbula.

TRATAMENTO

*Redução de fratura e fixação com placas e parafusos.
Prescrição medicamentosa, pedido de retorno e orientações pós-operatórias.*

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.*

CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 536 - Centro-Bom Vista RR
CEP: 69.201-150 - CNPJ 84.013.408/0001-96

Assinatura e Carimbo

~~Dr. Paulo Roberto Fadel~~
CRM: 223.223

DATA

01/11/17

paciente sofreu fratura no
tubo c/ fratura Bloking
de machado
submetido a cirurgia para
redução e fixação com
acafixação de 20 fios, em
acompanhamento.

GOVERNO DO PARANÁ
COORDENADORIA GERAL DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NOME: Cristiane Pereira Colares
RECEITUÁRIO





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CRISTINA PEREIRA GOLVEIA, brasileira, união estável, autônoma, portadora do RG nº 230598 SSP/RR e CPF 861.169.752-91, residente e domiciliada na Rua Altair Pereira de Melo, 1588, Jardim Caranã, Boa Vista – RR.

OUTORGADO: LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/RR 639, com endereço profissional situado na Avenida Getúlio Vargas, 7887, São Vicente, Boa Vista – RR, onde receberá as comunicações de estilo.

PODERES: da cláusula “ad e extra judicia” para representar a outorgante no fórum em geral, como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartições, órgãos e autarquias federais, estaduais, municipais ou entidades paraestatais, podendo, ainda, impetrar Mandado de Segurança, requerer falência, habilitar em concordata e falências, requerer instauração de inquéritos policiais, tomar vista em processo, e em especial, EFETUAR LEVANTAMENTOS DE ALVARÁ JUDICIAL, RECEBER E DAR QUITAÇÃO, desistir, transigir, fazer acordos e cessões de créditos, ratificar atos praticados em nome do outorgante, firmar os documentos necessários, podendo, inclusive, representar o outorgante em audiência de conciliação, como presente fosse, e praticar, enfim, todos os atos inerentes ao desempenho do mandato, inclusive substabelecer.

Boa Vista, 14 de fevereiro de 2019.

Cristina Pereira Golveia

Outorgante

Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Sala 02,
São Vicente, Boa Vista/RR - CEP: 69.303-472
marlidialoppes@gmail.com | lilianecerveira@hotmail.com
Fones: (95) 98100.0930 | (95) 99155.6287 | (95) 99123-2315



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CRISTINA PEREIRA GOLVEIA, brasileira, união estável, autônoma, portadora do RG nº 230598 SSP/RR e CPF 861.169.752-91, residente e domiciliada na Rua Altair Pereira de Melo, 1588, Jardim Caranã, Boa Vista – RR, **DECLARA** que, em função de sua condição financeira, não possui condições de arcar com o pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de sua família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Boa Vista – RR, 14 de fevereiro de 2019.

Cristina Pereira Golveia
Declarante

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

CRISTINA PEREIRA GOLVEIA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
230598 SSP RR

CPF
861.169.752-91

DATA NASCIMENTO
22/10/1986

FILIAÇÃO
MARIA NILZA PEREIRA
GOLVEIA

PERMISSÃO
BOMBADEIRO

ACC
BOMBADEIRO

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04680163510

VALIDADE
02/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
26/06/2009

OBSERVAÇÕES
Exerce ativ remunerada

Cristina Pereira Golveia
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
10/10/2014

Engenheiro Carlos Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

06044262768
RR207687676

DETRAN-RR (RORAIMA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

909920799



Itaú Banco Itaú S/A

BCO ITAU EXTRATO CTA CORRENTE
AGENCIA 1352 DATA 04/02/2019 HORA 11.35.52
CONTA 02262-6 CRISTINA GOLVEIA
TIPO INDIVIDUAL

DIA H I S T O R I C O		ORIG	V A L O R
03	SALDO ANTERIOR		10,20
POSICAO EM 04/02/2019 -----			
(+)	SALDO PROVISORIO CONTA		10,20
(=)	SALDO DISPONIVEL P/ SAQUE		10,20
SDO DISP P/APLIC HOJE			10,20

OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES
DISPONIVEIS ATE ESTE INSTANTE E PODERAO SER
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNCAO DE
NOVOS LANÇAMENTOS

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, 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.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
163.73354.11-4

NÚMERO
2645832

SÉRIE
001-0

UF
RR

Christina Pereira Gouveia
ASSINATURA DO TITULAR

COLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL	
NOME <u>CRISTINA PEREIRA GOLVEIA</u>	
LOC. DE NASC. <u>BOM JARDIM</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>22/10/1986</u>
FILIAÇÃO <u>MARIA NILZA PEREIRA GOLVEIA</u>	
DOC. APRESENTADO <u>R.G. 230598 SESP RR</u>	
ESTADO CIVIL <u>SOLTEIRO</u>	
ED Nº 1989, DE 18 DE MARÇO DE 1995.	
RG <u>230598</u>	CNH <u>00000000000000000000</u>
T. ELEITOR <u>00000000000000000000</u>	SEÇÃO <u>00000000000000000000</u>
CIT <u>851.100.752-01</u>	
ZONA <u>00000000000000000000</u>	
NATURALIZADO PORTE M.J. Nº <u>00000000000000000000</u>	
LOCAL DA EMISSÃO <u>DRT/RR</u>	
DATA <u>31/01/2005</u>	
<u>Leandro</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO <u>00000000000000000000</u>	
DATA DE NASC. DE <u>00000000000000000000</u>	
DOCUMENTO <u>00000000000000000000</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	
MOTIVO <u>00000000000000000000</u>	
NOME <u>00000000000000000000</u>	
DOCUMENTO <u>00000000000000000000</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	
MOTIVO <u>00000000000000000000</u>	
NOME <u>00000000000000000000</u>	
DOCUMENTO <u>00000000000000000000</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	
MOTIVO <u>00000000000000000000</u>	
NOME <u>00000000000000000000</u>	
DOCUMENTO <u>00000000000000000000</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR	
MOTIVO <u>00000000000000000000</u>	

L E G E N D A

A - CASAMENTO C - INÍCIO E - RECONTOUO DE PRESENÇA G - DATA DE NASCIMENTO
B - SR. LEONOR D - OUTRO F - ADONAVANTAMENTO

10		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	[CNPJ: 20.182.391/0001-10]		
EMPREGADOR	FLAVIO MASSAHIRO UMEU - ME		
CCO/CPF/CEI	Av João Alencar, 2182 Sala 203-D/203-D1		
ENDERECO	Bairro: Cauamé CEP: 69.311-137		
MUNICÍPIO	Boa Vista		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	RR		
CARGO	Aux. DE COZINHA		
CBO Nº	5132-05		
DATA DE ADMISSÃO	09 DE NOVEMBRO DE 2016		
REGISTRO Nº	002/2016		
REMINERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 6045,00 (Hum mil e quarenta e quatro reais)		
1ª			
2ª			
DATA DE SAÍDA	07 DE 12 DE 2017		
1ª			
2ª			
COM. DISPENSA CD Nº	Flavio Massahiro Umeu		
FGTS Nº DA CONTA	Empresário		

11		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR			
CCO/CPF/CEI			
ENDERECO			
MUNICÍPIO			
ESP. DO ESTABELECIMENTO	UF		
CARGO			
CBO Nº			
DATA DE ADMISSÃO	DE DE 19		
REGISTRO Nº	R.S. / FICHA		
REMINERAÇÃO ESPECIFICADA			
1ª			
2ª			
DATA DE SAÍDA	DE DE 19		
1ª			
2ª			
COM. DISPENSA CD Nº			
FGTS Nº DA CONTA			