

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Sra. **ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 470970-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 050.900.002-98, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Claro, nº 514, Bairro: Bela Vista, CEP: 69.316-104, Tel: (95) 99140-9463 / 99135-6616 E-mail: drikyecarvalho@gmail.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, 27 / 02 / 2019.

*x Adrièle Siqueira Carvalho*

ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO



POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polígrafo Direto

Adriele Siqueira de Carvalho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 470970-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/2017

NOME  
**ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**

FILIAÇÃO  
**ARLINDO TEIXEIRA DE CARVALHO**

PRISCILLA SALES SIQUEIRA

NATURALIDADE  
**BOA VISTA - RR**

DATA DE NASCIMENTO  
**31/07/1999**

DOC. ORIGEM  
**CERTD NASC 37423 FLS 205-F LIV A-61**

**2 OF BOA VISTA-RR**

CPF

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Diretor do IOD

1 VIA P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**050.900.002-98**

Nome  
**ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**

Nascimento  
**31/07/1999**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**4732.7E85.B8CB.3E1D**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:50:46 do dia 03/12/2015 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO, Brasileira, Solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 470970-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 050.900.002-98, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Claro, nº 514, Bairro: Bela Vista, CEP: 69.316-104.

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, 27 / 02 / 2019

x Adrièle Siqueira Carvalho

ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO



POLEGAR DIREITO

20/08/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2018 referente a UC: 530786

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 1157519

**PRISCILLA SALES SIQUEIRA**R. RIO CLARO, 514 ,  
JARDIM BELA VISTA

69316104 BOA VISTA

RR

|                               |                                |                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>530786</b> | MÊS<br><b>07/2018</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>15-JUN-18 a 17-JUL-18</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>50</b>    | VENCIMENTO<br><b>21-AUG-18</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 31,23</b>                  |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                               |                       |                                   |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>530786</b> | MÊS<br><b>07/2018</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 31,23</b> |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

836100000006.312300750006.000000000539.078607180052



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO, Brasileira, Solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 470970-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 050.900.002-98, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Claro, nº 514, Bairro: Bela Vista, CEP: 69.316-104,

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, 27 / 02 / 2019.

x *Adrielle Siqueira Carvalho*  
ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO



POLEGAR DIREITO

# ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

## DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Adrielle Siqueira Carvalho, CPF nº 050.900.002-98

Residente e domiciliado à rua Rio Claro, nº 514, bairro

Jardim Bela Vista, na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 27 de fevereiro de 2019.

Adrielle Siqueira Carvalho  
ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

101.21402-99-8

1005847 0050 RR

Adrieli Siqueira Carvalho



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**



**ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**  
FILIAÇÃO.....: ARLINDO TEIXEIRA DE CARVALHO  
PRISCILLA SALES SIQUEIRA  
SEXO: FEMININO  
NASCIMENTO...: 31/07/1998  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO.....: R.G. 4709705 SE SP RR 19122013  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996  
CPF.....: 050.900.002-98 CNIL.....  
TIT. ELEITOR: SEÇÃO:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 18/02/2016

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO.....  
DATA DE NASC. DE..... PARA.....  
DOCUMENTO.....  
NOME.....  
DOCUMENTO.....  
NOME.....  
DOCUMENTO.....  
NOME.....  
DOCUMENTO.....

**LEGENDA**

1 - CASAMENTO | 2 - SEPARAÇÃO | 3 - DIVÓRCIO | 4 - RECONHECIMENTO DE INTERIDADE | 5 - DATA DE NASCIMENTO  
6 - ESPILIOCA | 7 - ADOÇÃO | 8 - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

08



## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

ENDEREÇO

CIDADE

UF

CEP

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA

DATA

## DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CODIGO DE

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

EST DO ESTABELECIMENTO

CARGO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

DATA DE EXPIRAÇÃO

CONDIÇÃO DE CONTRATO

RENOVAÇÃO DE CONTRATO

DATA DE INÍCIO

REGISTRO Nº

RENOVAÇÃO EFECTUADA

470453



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027350/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/07/2018 09:53

Data/Hora Fim: 03/07/2018 10:04

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/03/2018 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Avenida Terencio Lima

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazeira, 404 - Boa Vista - RR

Bairro: Centro

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 31/07/1999

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Branca

Nome da Mãe: Priscilla Sales Siqueira

Nome do Pai: Arlindo Teixeira Carvalho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4709705

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 050.900.002-98

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Rio Claro

Bairro: Bela Vista

Telefone: (95) 99140-9463 (Celular)

Nº: 514

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

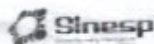
Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Enrico Wallace Bessa Rocha  
Data de Impressão: 03/07/2018 10:04  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

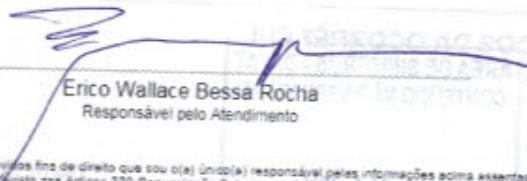
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

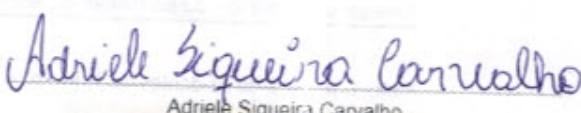
Nº: 027350/2018

### RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que caminhava pela Avenida Terencio Lima, quando ao tentar atravessar, foi atropelada por uma motocicleta, cujas características não sabe informar, nem tão pouco a placa da mesma. Que a motocicleta estava em alta velocidade. Que o condutor da motocicleta chegou a cair, mas levantou-se e evadiu-se do local. Que foi socorrida pelo SAMU e levada ao PSE. Era o relato.

### ASSINATURAS

  
Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

  
Adrielle Siqueira Carvalho  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

DAT

07 JUL. 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ntas:60895845253,

22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do SAMU

C - FICHA

2 - Paciente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: <u>18 TAYRINA, LINDA MARIANO</u>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Paciente: <u>ADRIELLE SIQUEIRA CUNHALHO</u>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | Idade: <u>18</u> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F                                                                                      |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Nacionalidade: <u>BR</u>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Endereço: <u>AV. TAYRINA LINDA - CONTINHO</u>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Ponto de referência: <u>PR. DO SAS</u>                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| CHAMADA                                                                                                                                                                         | Nº da Ocorrência: <u>4121</u>                                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                        | DATA: <u>08/03/18</u>                            |                                                                                                                                                                              |                                               | ACIONAMENTO: <u>22:02</u>                                       |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | Médico (a) Regulador (a): <u>ELADIO</u>                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                                        | HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): <u>22:01</u>        |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)                                                                                                                       | AUTOMÓVEL                                                                                                                                                                |                                                                                                                               | MOTO/BICICLETA                                         |                                                  | -VIOLÊNCIA                                                                                                                                                                   |                                               | OUTROS                                                          |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Atropelamento                                                                                                                                   |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Acidente com moto X           |                                                  | <input type="checkbox"/> Agressão Física                                                                                                                                     |                                               | <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho                   |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Capotamento                                                                                                                                     |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Queda de moto                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Espancamento                                                                                                                                        |                                               | <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Colisão X                                                                                                                                       |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Bicicleta                     |                                                  | <input type="checkbox"/> FAB                                                                                                                                                 |                                               | <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.:                    |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Motorista                                                                                                                                       |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta            |                                                  | <input type="checkbox"/> FAF                                                                                                                                                 |                                               | <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica                     |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro                                                                                                                            |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Com capacete                  |                                                  | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio                                                                                                                               |                                               | <input type="checkbox"/> Queimadura Agente                      |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro                                                                                                                             |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sem capacete                  |                                                  | <input type="checkbox"/> Violência Doméstica                                                                                                                                 |                                               | <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim                       |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> condutor                      |                                                  | <input type="checkbox"/> Violência Sexual                                                                                                                                    |                                               | <input type="checkbox"/> Outros:                                |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> passageiro                    |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Vias Aéreas                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Apneia                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Abolida                                                                                              |                                                        | <input type="checkbox"/> Arritmico               |                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> AVDN      |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Bradipnéia                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa                                                                                    |                                                        | <input type="checkbox"/> Ausente                 |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> DNV                  |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Dispneia                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Hiperimpanismo                                                                                       |                                                        | <input type="checkbox"/> Bradicardia             |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Miose                |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Eupneico                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> M.V. Ausente                                                                                         |                                                        | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Midriase             |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Obstruída                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído                                                                                       |                                                        | <input type="checkbox"/> Taquicardia             |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Anisocoria           |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Maciez                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Alcoolizado          |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Taquipnéia                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Hora                                                                                                                                                                            | P.A mmHg                                                                                                                                                                 | F.C bpm                                                                                                                       | Temperatura                                            | Esc. visual anal. EVA                            | Glicemia                                                                                                                                                                     | APGAR                                         |                                                                 |                                          |  |
| Início                                                                                                                                                                          | <u>72:01/70/180</u>                                                                                                                                                      | <u>75</u>                                                                                                                     | <u>36,1</u>                                            | <u>10</u>                                        | <u>—</u>                                                                                                                                                                     | <u>—</u>                                      |                                                                 |                                          |  |
| Fim                                                                                                                                                                             | <u>22:41/70/180</u>                                                                                                                                                      | <u>75</u>                                                                                                                     | <u>36,1</u>                                            | <u>10</u>                                        | <u>—</u>                                                                                                                                                                     | <u>—</u>                                      |                                                                 |                                          |  |
| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Pele                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          | Cabeça                                                                                                                        |                                                        | Faco                                             |                                                                                                                                                                              | Pescoço                                       |                                                                 | Tórax                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Cianótica                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Afundamento                                                                                          |                                                        | <input type="checkbox"/> Contusão                |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia   |                                                                 | <input type="checkbox"/> Escoriações     |  |
| <input type="checkbox"/> Corada                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Contusão                                                                                             |                                                        | <input type="checkbox"/> Escoriações             |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo |                                                                 | <input type="checkbox"/> Lacerações      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fria                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Escoriação                                                                                           |                                                        | <input type="checkbox"/> Lacerações              |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Escoriações          |                                                                 | <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal |  |
| <input type="checkbox"/> Pálida                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante                                                                                      |                                                        | <input type="checkbox"/> Ferimento               |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hematoma             |                                                                 | <input type="checkbox"/> Tamponamento    |  |
| <input type="checkbox"/> Quente                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Hematoma ocular                                                                                      |                                                        | <input type="checkbox"/> Lacerações              |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Lacerações           |                                                                 | <input type="checkbox"/> Tórax instável  |  |
| <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Laceração                                                                                            |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Distendido      |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Doloroso        |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Em tábua        |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Escoriações     |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Evisceração     |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Lacerações      |  |
| Pelve                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                          | Coluna Dorsal                                                                                                                 |                                                        | Membros                                          |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Contusão                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Contusão                                                                                             |                                                        | <input type="checkbox"/> Contusão                |                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Eratema   |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Escoriações                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Hematoma                                                                                             |                                                        | <input type="checkbox"/> Escoriações             |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Amputação            |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Dor                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa |                                                        | <input type="checkbox"/> Lacerações              |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Esmagamento          |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Instabilidade                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Deformidade                                                                                          |                                                        | <input type="checkbox"/> Luxações                |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Avulsão              |                                                                 |                                          |  |
| AVALIAÇÃO CARDIACA                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial                                                                                    |                                                        | <input type="checkbox"/> Cardiovascular          |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Aborto               |                                                                 | <input type="checkbox"/> Alergias        |  |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular                                                                               |                                                        | <input type="checkbox"/> Metabólica              |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Digestiva            |                                                                 | <input type="checkbox"/> Cardiopatia     |  |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Assistolia                                                                                           |                                                        | <input type="checkbox"/> Neurológica             |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Infecciosa           |                                                                 | <input type="checkbox"/> Diabetes        |  |
| <input type="checkbox"/> Filuter                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica            |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Obstétrica           |                                                                 | <input type="checkbox"/> HAS             |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        | <input type="checkbox"/> Respiratória            |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Pediátrica           |                                                                 | <input type="checkbox"/> Sequela AVC     |  |
| HISTÓRIA PEGRESSA                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| Medicações em uso                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| GRAVIDADE COMPROVADA                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  |                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |
| INCIDENTE                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Cancelamento                                                                                                                                    |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento         |                                                  | MULTIPLS MEIOS ACIONADOS                                                                                                                                                     |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local                                                                                                                      |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização      |                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal                                                                                |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Trote                                                                                                                                           |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Bombeiro no local             |                                                  | <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro                                                                                                            |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> DETRAN                                                                                                                 |                                               |                                                                 |                                          |  |
| RCP                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Iniciada as: :                                                                                                                                  |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> RCP com sucesso               |                                                  | <input type="checkbox"/> RCP Não realizado                                                                                                                                   |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Término as: :                                                                                                                                   |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso               |                                                  | OBS:                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                 |                                          |  |
| DESTINO                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Atendido no local                                                                                                                               |                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT |                                                  | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS                                                                                                                           |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR                                                                                                                       |                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM      |                                                  | <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA                                                                                                                          |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | <input type="checkbox"/> Hosp. das Minhas RR - HCR                                                                                                                           |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte - HL                                                                                                                                    |                                               |                                                                 |                                          |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                        |                                                  | <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                          |  |

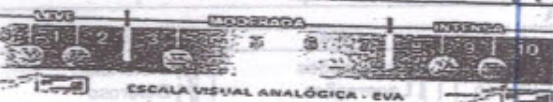
Dr. Lucas Duarte  
MÉDICO  
CRM-RR 1787

Assinatura e Caligrafia Médico e Enfermeiro  
(Unidade de Destino)

|                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>GESTANTE</b></p> <p>G p/ semana: _____</p> <p>Perda de líquido: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p> |  | <p><b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b></p> <p>01- Lohar Genival</p> <p>01- Prancha Rigida</p> <p>10- Esponjas @</p> <p>02- Talas Moldeadas</p> <p>01- SF. 09/500 ml</p> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                            |                              |          |
|----------------------------|------------------------------|----------|
| Alberta Ogden (O):         | Espontânea                   | 4 pontos |
|                            | Estímulo verbal              | 3 pontos |
|                            | Estímulo doloroso            | 2 pontos |
|                            | Sua resposta                 | 1 ponto  |
| Melhor Resposta Motora (M) | Obedece a comandos           | 6 pontos |
|                            | Localiza dor                 | 5 pontos |
|                            | Flexão normal (retirada)     | 4 pontos |
|                            | Flexão anormal (decoricação) | 3 pontos |
|                            | Extensão (descerebração)     | 2 pontos |
|                            | Sem resposta (flacidez)      | 1 ponto  |
| Re-posta Verbal (V)        | Orientado                    | 5 pontos |
|                            | Confuso                      | 4 pontos |
|                            | Palavras inapropriadas       | 3 pontos |
|                            | Sons incompreensíveis        | 2 pontos |
|                            | Sua resposta                 | 1 ponto  |

TOTAL DE PONTOS



05 SET 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PRESENTA SOBREV. COLISÃO POR LINHA DEFRACÇÃO, VITIMA  
 EM FRATURAS. PRESENTA EM TRATADO DE ESPERANÇA V.M. 1 DE AGOSTO DE  
 DEBILITADO POR UM HEMORRAGIA. CONSTATADO EM GASTRO (14), APRESENTA  
 O DED(4) EM MANO. FEITO IMPLANTADO CONFORME PROTOCOLO GITHS.  
 SEV. GRAVES PASSADO O DIA 21/192.

~~CONFIDENTIAL ORIGINAL~~  
~~CONFIDENTIAL~~  
Rosenberg, Julius  
Rosenberg, Julius  
211

21/08/18

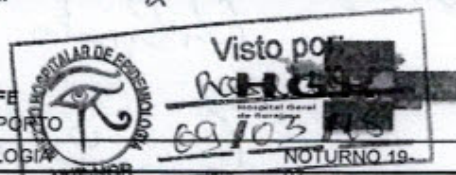
Assinatura e carimbo

08/03/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

PAAR

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



1800918696 08/03/2018 22:43:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19 24

Paciente **ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO** Data Nascimento **31/07/1999** Idade **18 A 7 M 8 D** CNS **705800480810433** CPF **07** Prontuário  
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **Órgão Emissor** Data Emissão **F** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **PRISCILLA SALES SIQUEIRA** Contato **(95) 99171-0037**  
Endereço **RUA - RIO CLARO - 514 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **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: LEANDRO**

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

Anamnese de Enfermagem

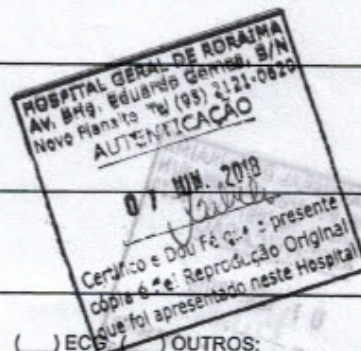
GSC **AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6** TOTAL **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_ h)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*Acidente de moto*

05 SET 2018



*ABD: plano, PNAO. flácido, s/montante.*

Hipoc. *Fx fibula/tibia @? + Enroscagem.*

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*① Diquione 1g @*

*23:06*

*② Tiotil 20mg @*

*③ AUP*

*Rivanildo G. Dantas  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 026664*

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para: *internação*

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

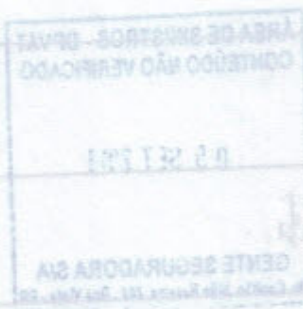
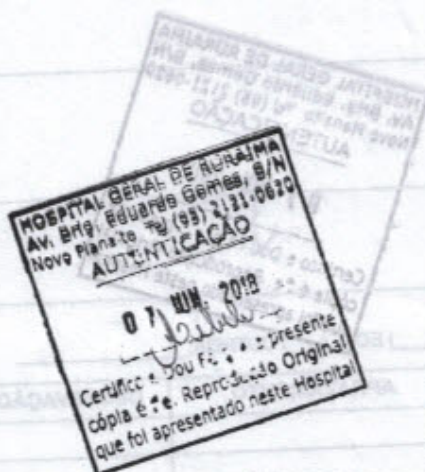
Impresso por: leandro  
Data Hora: 08/03/2018 22:49:14

Dr. Lucas Duarte  
MÉDICO  
CRM-RR 1787



35hs Ortopedia e Traumatologia  
Paciente ♀ de 18 anos de idade, vítima de  
fratura de fêmur e fêmur distal por acidente de  
transito (motocicleta) hoje  
Eff Enchimento: dor + inchaço (E)  
H.17 Hx fêmur e fêmur (E)  
Rx Fx distal fêmur + fêmur (E)  
Lesões: Inchaço + malgema + lesões.

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM. 1851/RR



|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Sistema Único de Saúde</b>                                                                                                                          |  | <b>Ministério da Saúde</b> |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                                              |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                                                   |  |                            |  | 2 - CATEGORIA                                                         |  |  |  |
| H-G-R                                                                                                                                                  |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                                                        |  |                            |  | 4 - CNES                                                              |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                              |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                   |  |                            |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                  |  |  |  |
| Achile Siqueira Carvalho                                                                                                                               |  |                            |  | 163308                                                                |  |  |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                     |  |                            |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                |  |  |  |
| 71051810041801811041313                                                                                                                                |  |                            |  | 31/07/99                                                              |  |  |  |
| 9 - SEXO                                                                                                                                               |  |                            |  | 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                    |  |  |  |
| E                                                                                                                                                      |  |                            |  | Pamella Sales Siqueira                                                |  |  |  |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                                                               |  |                            |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  | R. Rio Claro, 514, Bela Vista                                         |  |  |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                           |  |                            |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                              |  |  |  |
| Bela Vista                                                                                                                                             |  |                            |  | R10                                                                   |  |  |  |
| 15 - UF                                                                                                                                                |  |                            |  | 16 - CEP                                                              |  |  |  |
| RN                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                     |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                             |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| Paciente de 18 anos de idade, vítima de fratura de humero e fratura (E) por acidente de trânsito em moto (capota) hoje.                                |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                                             |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| - Exame + Rx + História Clínica.                                                                                                                       |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                      |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                                                                          |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| Fratura de humero e fratura (E) por acidente de trânsito em moto (capota) hoje.                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                             |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                         |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                              |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 25 - CLÍNICA 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 27 - DOCUMENTO 28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                              |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO                            |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| Dr. Patrícia Kabele 09/03/15 Dr. Odinaci Okemir                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 32 - Nº DO BILHETE 33 - SÉRIE                                                                                                                          |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)</b>                                                                                   |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - CNAE DA EMPRESA 39 - CBOR            |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 41 - EMPREGADOR 42 - AUTÔNOMO 43 - DESEMPREGADO 44 - APOSENTADO 45 - NÃO SEGURADO                                       |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                     |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                          |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
| 49 - DOCUMENTO 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                                                       |  |  |  |

Governo do Estado de Rondônia  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Internado no Bae

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SY 7918

GENY SEGURADORA S/A  
Cidade: João Pessoa - 411. Pos. Verde - 90

### PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

 $H-G \cdot R$ 

**QUARTO**

**LEITO**

|                |  |
|----------------|--|
| Nº DE REGISTRO |  |
|----------------|--|

**NOME DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE Adriete Siqueira Carvalho

## PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Alergia A.A-S, Mega gastrico

DATA / HORA

## PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

09/03/18

00.40hr

Q) Interactions in blocks

Q Meth Wine

③ Refutazione 15 e.v. de 06/06h

(4) Phenoxolan Home E.V. 01 x 90 che: (Sugarsen 11.)

5)  $\text{CH}_3\text{COOH}$  01 and E.V. 8.14

b) Placed 01 Amp E.V 8W

⑤ L.V.P.

8. e. e. v. v

i) Transist 50mg + 0-9 1/2 E.V. du O1 Comp V.0 878h se der Intense 51V

### HORÁRIO

### OBSERVAÇÃO



SALE

~~06~~ 12 18

52

\$h

Sharon L.

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM. 18541/R

Q105.3th PA: 100x69 mm.

P: 74 bpm T: 35°C *Jéssica A. Vie*

Técnico em Enfermagem  
COREN-PR 467

06h Refere algia em  
membro naturalizado.  
Feito item (5) conforme  
prescrição. **Jéssica A. Viêira**

**Jéssica A. Vieira**  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RS 462.776-1E



Adriel Siqueira Carvalho

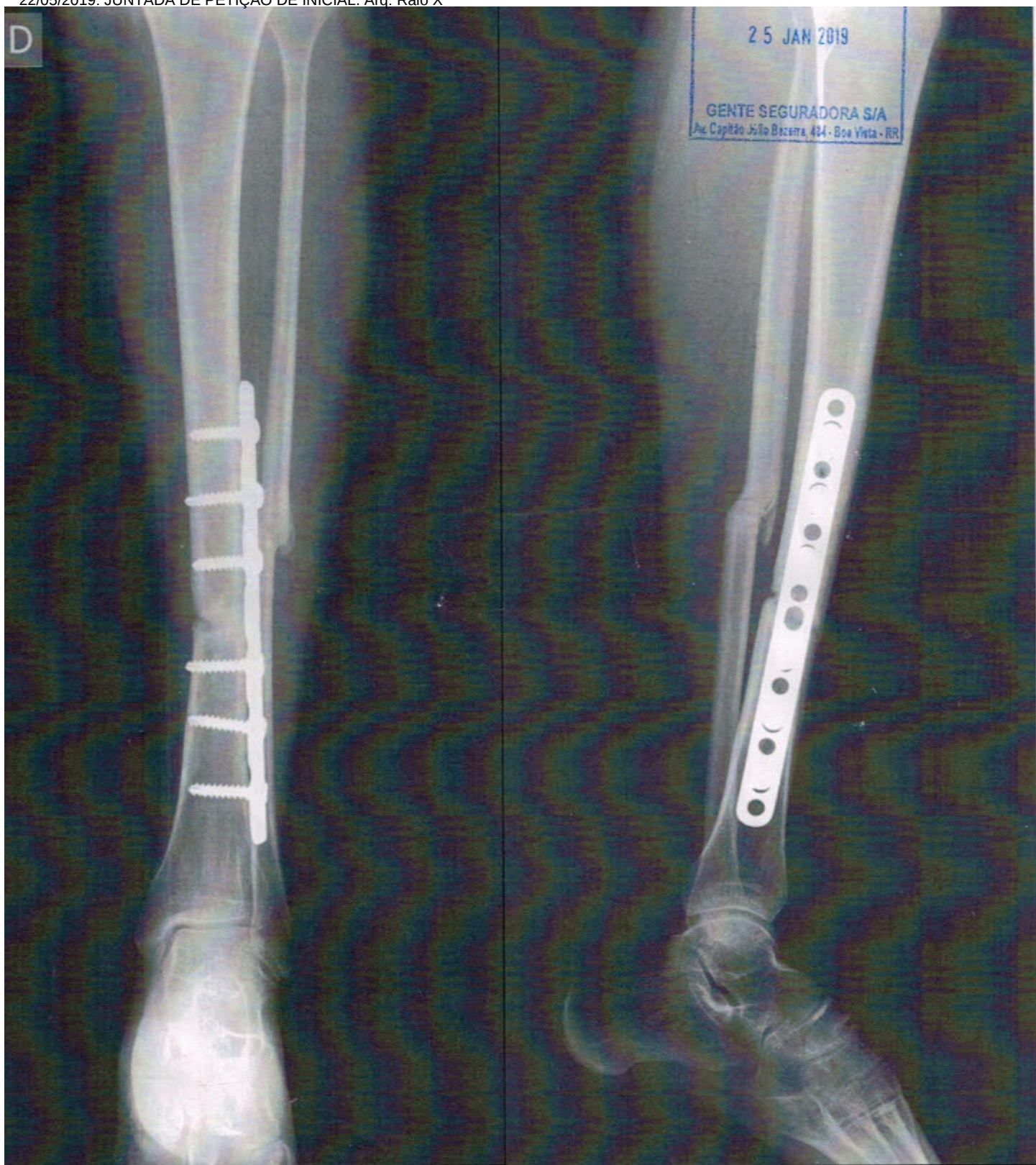


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                           |  |             |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|--|-------------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           | DIH                       |  | DN          |         |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           | Adriel Siqueira Carvalho  |  |             |         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           | Fratura de osso da perna. |  |             |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           | Nenhuma                   |  |             |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           | HAS                       |  | DM          |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           | Leito                     |  | Data        |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           | PRESCRIÇÃO                |  |             | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIETA ORAL LIVRE                                          |                           |  | 5M          |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SF 0,9% 500 ML EV 12/12 horas                             |                           |  | 12 24       |         |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS SN                               |                           |  | SNV         |         |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS SE DOR INTENSA |                           |  | SNV         |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SSVV+CCGG 6/6 horas                                       |                           |  | 12 18 24 06 |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIÁRIO                                           |                           |  | 12 18 24 06 |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Defekto 1g 4x 6 horas                                     |                           |  | 12 18 24 06 |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                           |  |             |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                           |  |             |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                           |  |             |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                           |  |             |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                           |  |             |         |
| <p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p> |                                                           |                           |  |             |         |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |                           |  |             |         |
| <p>Paciente após tratamento<br/>fx osso da perna</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                           |  |             |         |
| <p>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |                           |  |             |         |
| PA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           | FC                        |  | FR 05 51 24 |         |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           | TEMP                      |  |             |         |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                           |  |             |         |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                           |  |             |         |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                           |  |             |         |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                           |  |             |         |

8h colete de sangue V/oxoni  
& encaminhado ao laboratório



17/1/2019 09:41:05

54,1 %

17/1/2019 09:41:05

RIELE SIQUEIRA ,

SPITAL GERAL DE RORAIMA



**SINISTRO 3180549040 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**  
**COBERTURA Invalidez**  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
**GENTE SEGURADORA S/A**  
**BENEFICIÁRIO ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**  
**CPF/CNPJ: 050900000298**

**Posição em 07-02-2019 18:04:15**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenização</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 31/01/2019               | R\$ 2.362,50                | R\$ 0,00                | R\$ 2.362,50       |

