

ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

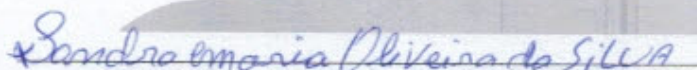
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 60753 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 199.879.002-91 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Tocantins, nº 464, Bairro: Jardim Bela Vista CEP: 69.316-116, Tel: (95) 99167-8619, E-mail: sangramaria427@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/ 3624-3983, 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 judícia”, 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, 23 de março de 2018.


SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA



POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RIO CRUZ



Polgar Direito

Sandra Maria Oliveira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60753 DATA DE EMISSÃO 06/09/2017

NOME SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCO OLIVEIRA DA SILVA
SIBÉLIA SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 09/06/1965

DOC. ORGEM CERTD NASC 6465 FLS 213 LIV A 06
1º OF BOA VISTA-RR

CPF 199.879.002-91

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Policiante do Estado do Rio Cruz

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1



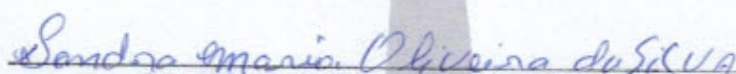
ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA, brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 60753 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 199.879.002-91 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Tocantins, nº 464, Bairro: Jardim Bela Vista CEP: 69.316-116, Tel: (95) 99167-8619, E-mail: sangramaria427@gmail.com

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, 23 de março de 2018.


SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA



POLEGAR DIREITO

BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.elektrobrasrora.ima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 069877
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

PEDRO URBANO AFRAS DE QUEIROZ
R. RIO TOCANTINS, 464

JARDIM BELA VISTA -

CEP 69.316-116 - BOA VISTA - RR

CPF 128.345.212-04 RG 441101 SSP AM 15-05-98

Roteiro: 001.22.15.038500

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0053119-7

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para celulares e celulares							
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
17/10/2017	15/09/2017	17/10/2017	16/11/2017	32	17/10/2017	10/2017	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	L 15 12 567	Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
Consumo	12EDB00763	1806	1427	1,00000	5	379	379

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
09/2017	289	TUSD (*)	Consumo 379 kWh a 0,435459	0,337290	165,03
08/2017	53	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		22,96
07/2017	49	Transmissão			
06/2017	63	Encargos			
05/2017	78	Tributos			
04/2017	54	(*) TUSD= Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição; TE= Tarifa de Energia			
03/2017	48				
02/2017	15				
01/2017	0				
12/2016	1				
11/2016	0				
10/2016	22				
Média		Pis - 1,62			
12 meses	56	Cofins - 7,52			

Indicadores de Continuidade: 08/2017				Contas em Débito				Valor
Cj:	13 - DISTRITO	EUSD	R\$ 7,58	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	09/2017	0	06/10/2017	156,38	51,98
DIC	5,43	2,12	10,86					
FIC	3,61	4,00	7,22					
DMIC	3,11	0,96	3,11					

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 A 16/12/17 NA 1ª BRIG. INF. SELVA

=> TARIFA DE ENERGIA: Reajuste médio 35,26% Resolução ANEEL nº 2.336 de 31.10.17. Caso haja cobrança de

=> serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS
165,03	17,00	28,05

Vencimento
06/11/2017

Valor a Pagar
R\$ 187,99

Reservado ao Fisco
8112.4D75.7609.F19A.60D8.F0C6.A80F.C541

FaturaEnergia.gp V 8.23.30/08/00

ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

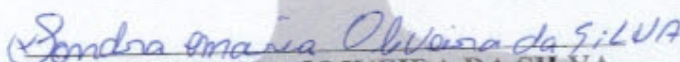
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA, brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 60753 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 199.879.002-91 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Rio Tocantins, nº 464, Bairro: Jardim Bela Vista CEP: 69.316-116, Tel: (95) 99167-8619, E-mail: sangramaria427@gmail.com.

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, 23 de Março de 2018.


SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURIDICA

EU, Sandra Maria Oliveira da Silva, CPF nº 199.879.002-91

Residente e domiciliado à rua Rio Tocantins nº 464
bairro: Jardim Bela Vista 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, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

DATA 27/12/2018

Sandra Maria Oliveira da Silva



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR		CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL 124.63860.54-7 7506945 0050 RR Sandra Maria Oliveira da Silva ASSINATURA DO TITULAR ASSINATURA DO TITULAR	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA FILIAÇÃO: SIBELIA SILVA DE OLIVEIRA FRANCISCO OLIVEIRA DA SILVA NASCIMENTO: 09/05/1965 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO: R.G. - 80743 - 08052017 - SESP - RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 159.879.002-91 TIT. ELEITOR: 912581 - BOA VISTA LOCAL DE EMISSÃO: 01/02/2018 DATA DE EMISSÃO: 01/02/2018 ASSINATURA DO TITULAR ASSINATURA DO TITULAR		FILIAÇÃO DATA DE NASC. DE DOCUMENTO: / / PARA: / / ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
CGC/CPF/CEI.....	CGC/CPF/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....	REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....	Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....	Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGTS Nº DA CONTA.....	FGTS Nº DA CONTA.....
08	09

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
CGC/CPF/CEI.....	CGC/CPF/CEI.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO..... UF.....	MUNICÍPIO..... UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....	REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....	Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....	Ass. do empregador ou a recibo de entrega.....
1ª..... 2ª.....	1ª..... 2ª.....
COM. DISPENSA CD Nº.....	COM. DISPENSA CD Nº.....
FGTS Nº DA CONTA.....	FGTS Nº DA CONTA.....
10	11

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

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

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

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

04

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR	
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO
HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO	
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO	

CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO	SÉRIE
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	
NÚMERO	SÉRIE
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	
NÚMERO	SÉRIE
DATA DE EMISSÃO	DATA DE ANOTAÇÃO
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CARGO/FUNÇÃO	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	CBO N°
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N°	FLS. / FICHA
REINSCRIÇÃO ESPECIFICADA	
1ª	2ª
DATA DE SAÍDA	DE
1ª	2ª
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07

ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT



"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 032/2017 - BOA VISTA-RR, 17/02/2017.
COMUNICANTE: SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA
RG: 60753 **O. EXP.:** SSP/RR **CPF.:** 199.879.002-91
Nº REG. CNH: 04960348830 - AB
DATA DE NASC.: 09/06/1965 **IDADE:** 51 ANOS **SEXO:** FEMININO
NATURALIDADE: BOA VISTA **ESTADO:** RR
PROFISSÃO: COMERCIANTE **GRAU DE INST.:** ENSINO FUND. INC.
ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL
NOME DO PAI: FRANCISCO OLIVEIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CIBELE MATOS DA SILVA
ENDEREÇO: RUA CECILIA BRASIL **Nº:** 43 **BAIRRO:** CENTRO
TELEFONE: (95) 99123-1570
VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD
PLACA: NAU1909
CHASSI: 9C2KC1650CR511404
PROPRIETÁRIO: SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 08:30 do dia 17/02/2017, no logradouro, RUA CECILIA BRASIL, CRUZANDO A AV. SEBASTIÃO DINIZ, CENTRO.

Me envolvi em um ACIDENTE DE TRÂNSITO, quando conduzia o veículo descrito acima em "VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)", e um outro veículo, MARCA/MODELO: NÃO SABE INFORMAR, placa: NAS3038, me abalroou pelo lado esquerdo, me fazendo cair e sofre diversas lesões pelo corpo e quebra dois dedos do pé esquerdo. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito – lesão Corporal Culposa.

Sandra Maria Oliveira da Silva
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

17.02.2017
[Assinatura]
AGENTE DE POLÍCIA



FICHA DE ATENDIMENTO		UNIDADE						
Equipe: <u>Dajani / Elton / Fabiano</u>		Idade: <u>56</u> Sexo: <u>F</u>						
Paciente: <u>Sra. MARIA DE JESUS DA SILVA</u>		Endereço: <u>Sebastião Domingos / Centro</u>						
Nº: <u>2554</u>		DATA: <u>17/02/17</u>	HORA: <u>9:23h</u>					
Médico (a) Requerente (a) Dr. (a) CRM: <u>Eladio</u>		8/10 9:28						
CHAMADA	MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO							
MÉDICO DE TRAUMA								
AUTOMÓVEL		VIOLENCIA						
Cinto: ☐ SIM ☐ NÃO		☐ FAS						
Vítima: ☐ projetada ☐ encarcerada		☐ PAF						
Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO		Espancimento: _____						
Motorista: _____		☐ Violência Doméstica						
Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro		☐ Violência Sexual						
☐ Capotamento		☐ Tentativa de suicídio						
☐ Atropelamento		☐ Outro: _____						
☐ Colisão: _____								
MOTO: <u>X Camo</u>								
☒ Condutor								
☐ Carona								
Capacete: ☐ SIM ☒ NÃO								
☐ queda								
☐ Atropelamento								
☒ Colisão								
BICICLETA: _____								
☐ Condutor								
☐ Carona								
☐ queda								
☐ Atropelamento								
☐ Colisão								
OUTROS								
☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto								
☐ Queda. Altura aprox.: _____								
☐ Acidente Doméstica								
☐ Queimadura Agente								
☐ Agressão p/ animal								
☐ Outros: _____								
AVALIAÇÃO INICIAL								
Vias Aéreas		Circulação						
☐ Dispneia		☐ Bradicárdico						
☐ Bradipneia		☐ Taquicárdico						
☐ Taquipneia		☐ Arritmico						
☐ Resp. Ruidosa		☐ Enchimento capilar acima de 2"						
☐ Obstruída		☐ Ausente						
☐ Apnéia								
Outro: <u>Eupneica</u>								
Ventilação		Aval. Neurológica						
☐ M.V. Diminuído		☐ LEVON						
☐ M.V. Ausente		☐ Mioses						
☐ Hipertimpanismo		☐ Midriase						
☐ Maciez		☐ Anisocoria						
☐ Ferida Aspirativa		☐ Otorrêia						
		☐ Otorragia						
		☐ Rinorréia						
		☐ Aparelho aparentemente alcoolizado						
		☐ DNV						
VALORES E ESCORES								
Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>92/50</u>	<u>72</u>	<u>23</u>	<u>99</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13</u>	
Fim								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				Tórax		Abdome		
Pele		Cabeça		Pescoco		Membros		
☒ Corada		☐ Contusão		☐ Escoriações		☐ Escoriações		
☐ Quente		☐ Escoriações		☐ Lacerações		☐ Lacerações		
☐ Palida		☐ Laceração		☐ Hematoma		☐ Tórax instável		
☐ Fria		☐ Hematoma		☐ Devido da traquéia		☐ Resp. paradoxal		
☐ Úmida		☐ Alundamento		☐ Enfase Sub-Cutâneo		☐ Tamponamento		
☐ Seca		☐ Fer.				☐ Em tábua		
☐ Cianótica		☐ Penetrante				☐ Doroso		
		☐ ?				☐ Evisceração		
Pelve		Coluna Dorsal						
☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Contusão		☒ Fratura		
☐ Escoriações		☐ Hematoma		☐ Escoriações		☐ Amputação		
☐ Dor		☐ Dor		☐ Lacerações				
☐ Instabilidade				☐ Luxações				
AVALIAÇÃO CARDIACA				AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREVISSA		
☐ Ritmo Sinusal		☐ Fibrilação atrial		☐ Respiratória		☐ Diabetes		
☐ Taquicardia		☐ Fibrilação entricular		☐ Neurológica		☐ Cardiopatia		
☐ Bradicardia		☐ Asistolia		☐ Psiquiátrica		☐ HAS		
☐ Filular				☐ Metabólica		☐ Alergias		
				☐ Cardiovascular		☐ Outros		
				☐ Aborto		☐ Medicação de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA		☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA MORTE ☐ MÉDIA ☒ INDETERMINADA		☐ OUTRO		
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)				MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS				
INCIDENTE				CONFERE COM O ORIGINAL				
☐ Cancelamento				EM: <u>02/06/2017</u>				
☐ Recusa de Atendimento				<u>Adilson Leoni</u>				
☐ Não se encontra o local				<u>13:05h</u>				
☐ Recusa de hospitalização				DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA				
☐ Trote								
☐ Bombeiro no local								
RCP								
☐ Iniciada as: _____								
☐ RCP com sucesso								
☐ RCP sem sucesso								
Obs: _____								

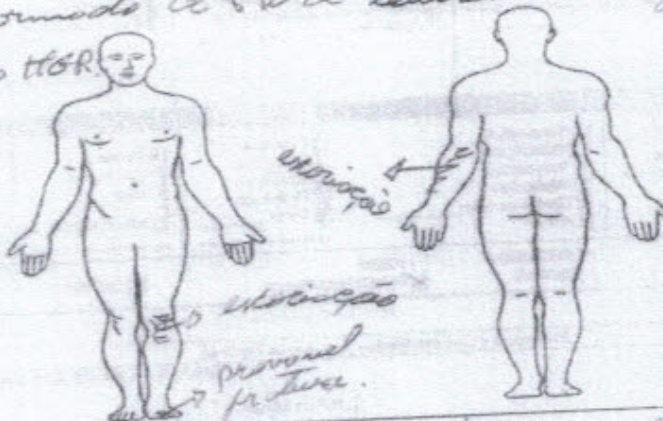
DESTINO		
☒ Atendido no local		
☒ Trauma HGR		
☒ Pronto Atendimento		
☒ Coronel Mota		
		☒ Cosme e Silva
		☒ HCSA
		☒ Maternidade
		☒ Outros

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
		Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Adulto	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (nos / min)	10 - 24	4
	Abre espontaneamente	3	25 - 35		3	
	Com estímulos auditivos	2	≥ 36		2	
	Com estímulos dolorosos	1	01 - 09		1	
	Não abre os olhos	0	0		0	
Motor Extremidade Vértice	Não abre os olhos	5	Prost. Bóvia (segnt)	≥ 90	4	
	Orientado	4		70 - 89	3	
	Confuso	3		50 - 69	2	
	Falavras inapropriadas	2		01 - 49	1	
	Sons ou gemidos	1		0	0	
Motor Extremidade Médio	Nenhuma	Nenhuma	0	Escala de Glasgow	14 e 15	5
	Obedece solicitações	5	11 a 13		4	
	Localiza a dor	4	8 e 10		3	
	Flexão normal	3	5 e 7		2	
	Flexão anormal	2	3 e 4		1	
	Extensão a dor	1				
	Nenhuma	Nenhuma				
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		

13
Nenhuma
ESCALA DE GLASSGOW

13
A vítima de colisão com o moto, encontrava-se sentada a + 11.
No acidente, LOTO, BCG, relata algo em pé esquerdo com prurido, de
filme, informou ATW a central de regulação que orientar
as G.T do HGR.



Elton Sidney R. Leite
COREN-PR 331723

CONFERENCE ORIGINAL
EM 02/06/2017
Adolfo
13-04

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO 02 pesos leves M; 02 pesos leves P;
---	--

... Guia de Atendimento 02 ...

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

exame de sumo exame.

exame de trânsito / trauma em pé (E).

exame de 2 e 5 - patológico

exame de punção alta c/ ant e orientação.

Dr. Leonardo Raben
Residente em Ortopedia
Traumatologia
CRM RR 1715



SINISTRO 3170415349 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO SANDRA MARIA OLIVEIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 19987900291

Posição em 15-05-2019 10:13:23

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

