



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Outorgante: LUCIENE MARQUES DA SILVA ID nº 167.497 SSP/RR e CPF nº 664.497.422-49., brasileira, desempregada, residente na Rua: Antonio Moreira de Moraes nº 1081 , Bairro: Alvorada, Boa Vista- RR- , Cep 69.317-192, Tel.: (95) 99141-4997/ 99119-5359/ 99148-1439. confiancacst@hotmail.com. **Outorgados:** **Bel. EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, 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.

Boa Vista/RR, 11 de dezembro de 2018.


LUCIENE MARQUES DA SILVA

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
163.54825.26-3

NÚMERO: **2630063** SESP: **001-0** CLT: **RR**

Luciene Marques da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

PODEGAR DIRETOR




LUCIENE MARQUES DA SILVA

LOC DE NASC: **VARGEM GRANDE** UF: **MA** DATA DE NASC: **21/04/1963**

FILIAÇÃO: **RAIMUNDO ALVES DA SILVA**

ANA MARQUES DA SILVA

DOC. APRESENTADO: **R.G. 167497, SESP, RR**

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

LEI Nº 8.040, DE 18 DE JUNHO DE 1995

RG: **167497** CNH: CPF: **644.487.422-49**

T. ELEITOR: **2419762880** SEÇÃO: **235** ZONA: **1**

NATURALIZADO PORTUGAL

LOCAL DA EMISSÃO: **DRITRR** DNIA

Luciene
ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE EMISSÃO: **15/09/2003**

Via de Pagamento para o mes/ano: 10/2018 referente a UC: 544434

<http://www.eletrorasoraima.com/segundavia/fatura.r>



ELETOBRAS 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: 1589650

MATHEUS LEANDRO SILVA DOS SANTOS

R. ANTONIO MOREIRA MORAES, 1081 ,

ALVORADA

69317192 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 544434	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 10-SEP-18 a 10-OCT-18
CONSUMO (kWh) 180	VENCIMENTO 01-NOV-18	TOTAL A PAGAR R\$ 129,54

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 544434	MÊS 10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 129,54
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000017.295400750002.000000000547.443410180055





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **LUCIENE MARQUES DA SILVA ID nº 167.497 SSP/RR e CPF nº 664.497.422-49.**, brasileira, desempregada, residente na Rua: Antonio Moreira de Moraes nº 1081 , Bairro: Alvorada, Boa Vista- RR- , Cep 69.317-192, Tel.: (95) 99141-4997/ 99119-5359/ 99148-1439. confiancacst@hotmail.com. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 11 de dezembro de 2018.

Luciene Marques da Silva
LUCIENE MARQUES DA SILVA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029740/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2018 08:52 Data/Hora Fim: 18/10/2018 09:00
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809142 J Data: 13/07/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 13/07/2018 08:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. GETULIO VARGAS

Bairro: Canarinho

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA CAROLINA FERREIRA FEITOSA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA NATAN ALVES BRITO Nº: 1081
Bairro: ALVORADA

Nome Civil: RUI PALMEIRA REIS JUNIOR (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANTONIO SEABRA Nº: 99
Bairro: CAÇARI

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Rui Palmeira Reis Junior que Dirigia o Veiculo PLACA NOM-9213 e a Sra. Ana Carolina Ferreira Feitosa que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAM-7640. Que devido ao acidente a Sra. Ana Carolina e Sra. Luciene Marques da Silva (passageira da Motocicleta) Sofreram lesão corporal e foram socorridas ao hospital pelo Samu. Era o relato. A SENHORA ANA CAROLINA FERREIRA FEITOSA COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA PARA COMPLEMENTAR QUE NO DIA DO ACIDENTE EM QUESTÃO, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA /C100 BIZ MAIS, PLACA NAM 7640, RENA VAN 790016680, CHASSI 9C2HA07203R001604, de propriedade de FRANCISCO ANTONIO BAIA DE AGUIAR, ONDE NA OCASIÃO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE VEIO A FRATURAR,

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029740/2018-A01

SEGUNDO A COMUNICANTE, O FÊMUR BEM COMO O SACRI. É o que tinha a relatar.

ASSINATURAS




Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar RR
(Comunicante)

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



 FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1379	
UNIDADE: Bravo I		DUPE: Luciê / Dediel	
Paciente: Luciene Marques da Silva		Idade: 54	
Nacionalidade: Brasileira		Sexo: Fem	
Endereço: AG: Getulio Vargas - VIA PÚBLICA		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []	
Bairro: Condomínio		Nº 12989	
DATA: 13/07/18		HORA J/9: 08:02	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: DRº STÁDIO		HORA J/10: 08:12	
MOTIVO DO ACIONAMENTO: Pronto Apoio a Equipe BII			
ACIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO []			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (<input checked="" type="checkbox"/>) / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()			
MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Víctima projetada <input type="checkbox"/> Víctima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X CARRO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros: Trauma colisão MOTO X CARRO
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA [] CALÇADA [] FAIXA	CICLOVIA <input type="checkbox"/> [] FAIXA		
AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: _____	VENTILAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] TE <input type="checkbox"/> Aparentemente Utilizado <input checked="" type="checkbox"/> GLASGOW 15
SINAIS VITAIS E ESCORES			
Hora: 08:35	P.A mm/hg: 130 x 90	F.C Bpm: 104	F.R Mpm: 21
Sat O ₂ %: 97	T. Axilar °C: -	Glicemia: -	Esc. visual "DOR": 08
Início: 08:35	Fim: 08:45	APGAR: 07	
AVALIAÇÃO LOCAL			
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-cutâneo
Tórax <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração		
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação	MMSS <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	MMII <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação
OCULAR <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> 2 A dor <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> 4 Confuso <input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> 4 Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	TOTAL: 15
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFEÇÃO CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra: Teatona
		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso:	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
GRAVIDADE PRESUMIDA: [] ILESO	D. C. DRº STÁDIO	[] SEVERA	[] FÓBITO EVIDENTE
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)			
INCIDENTE: <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: _____	MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> Outros: DETRAN		
RCP: <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____	OBSERVAÇÕES: CONFERE COMO ORIGINAL EM 31/08/18 vacunada		

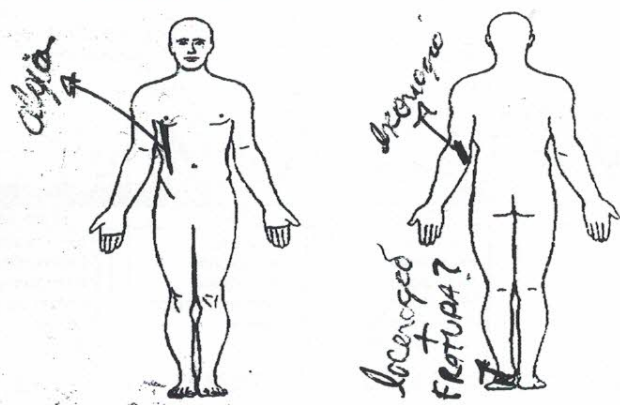
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Íris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.		
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____	

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	

TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

GESTANTE	IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO 04 Paus de 20mg 6; 01 Balco nº 20 + 01 Paupso + 01 SBA9 03 Balco nº 22.
	Perda de líquido: _____	BCF: _____	
	<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Cilios abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Após Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos pés	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Cilios fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



Fomos acionados pela Central de Regulagem VIA Rádio, para partir com a equipe BTT em um acidente no trânsito colisão moto e carro. O último do Chefferson no Q.T.H encontramos os últimos dos, os cuidadores da equipe BTT então nos foi designado pela BTT os cuidadores da vítima que foram na moto (grupo), vítima com curativo nos membros superiores com curativo e imobilização de peso do M.E. e Realizamos prontamente a avaliação neurofisiológica vítima LOTE 5 e o seu preservado, informamos a médica reguladora e em resposta fomos orientados conduzir p/ o G.T do HGR. a vítima.

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 21/08/18
 Jucie

ASSINATURA E CARIMBO

Jucie Ribeiro Costa
 COREN - RR 000.510.043 - TE

Jucie Ribeiro Costa
 COREN - RR 000.510.043 - TE

13/07/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

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



1800980608	13/07/2018 09:05:33	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	8
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUCIENE MARQUES DA SILVA	21/04/1963	55 A 2 M 22 D	702006855701281	64449742249	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	000			F	SOLTEIRO(A)PARDA
Mãe	RAIMUNDO ALVES DA SILVA		Naturalidade		VARGEM GRANDE - BRASILEIRA
ANA MARQUES DA SILVA	Pai		MA		Contato
Endereço	RUA - ANTONIO MOREIRA DE MORAES - 1081 - ALVORADA - BOA VISTA - RR		(95) 99155-5722		Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		DANIEL.VIANA		

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Alingida ao Diclofenaco.

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - *8:58 h*)

Paciente vítima de acidente de moto. Trazida pelo samu. Socorrista afirma ter encontrado a paciente em via pública com DD, consciente (ECG=15 no local), verbalizando.

Exame Físico

sem

Hipótese Diagnóstica

do. No exame: L076, B26 Abd, perfundido exponencialmente em or, ambuente (BPO: 999.)

SADT - Exames Complementares

RAO - X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: *(BPO: 999.)*

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>AR: MIVA bi SILVA</i>		
<i>Abdo Abdo.</i>		

Guixa de dor no pd (E) e no fôrox

Abdo Abdo (E) (Susp)

Abdo Abdo (E) (Susp)

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório

Alta a Pedido Observação (Até 24h)

Alta a Revella Internação

Transferência para: _____

Data e Hora da Saída/Alta: _____

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família ML Anatomia Patológica _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura de Médico

Dr. Giaggio Henrique R. da Silva
Médico
CRM-RR 1803

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO
Novo Planalto Tel: (95) 2131-0620

15 OUT 2018

Certifico que o Paciente está presente



Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 13/07/2018 09:06:46

Exame de urgência

Recente acidente de trânsito / trauma
em AF (E), lesões constatadas em exames
do exame. sem limitações da ADM, edema em
do R. sem fratura ou luxações.
Ev. do Gt p/ seguimento
sem condutas ortopédicas no urgência

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SSOT: TEOT 10488
RQE 503 / CRM 1047

[Handwritten signature]
Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia

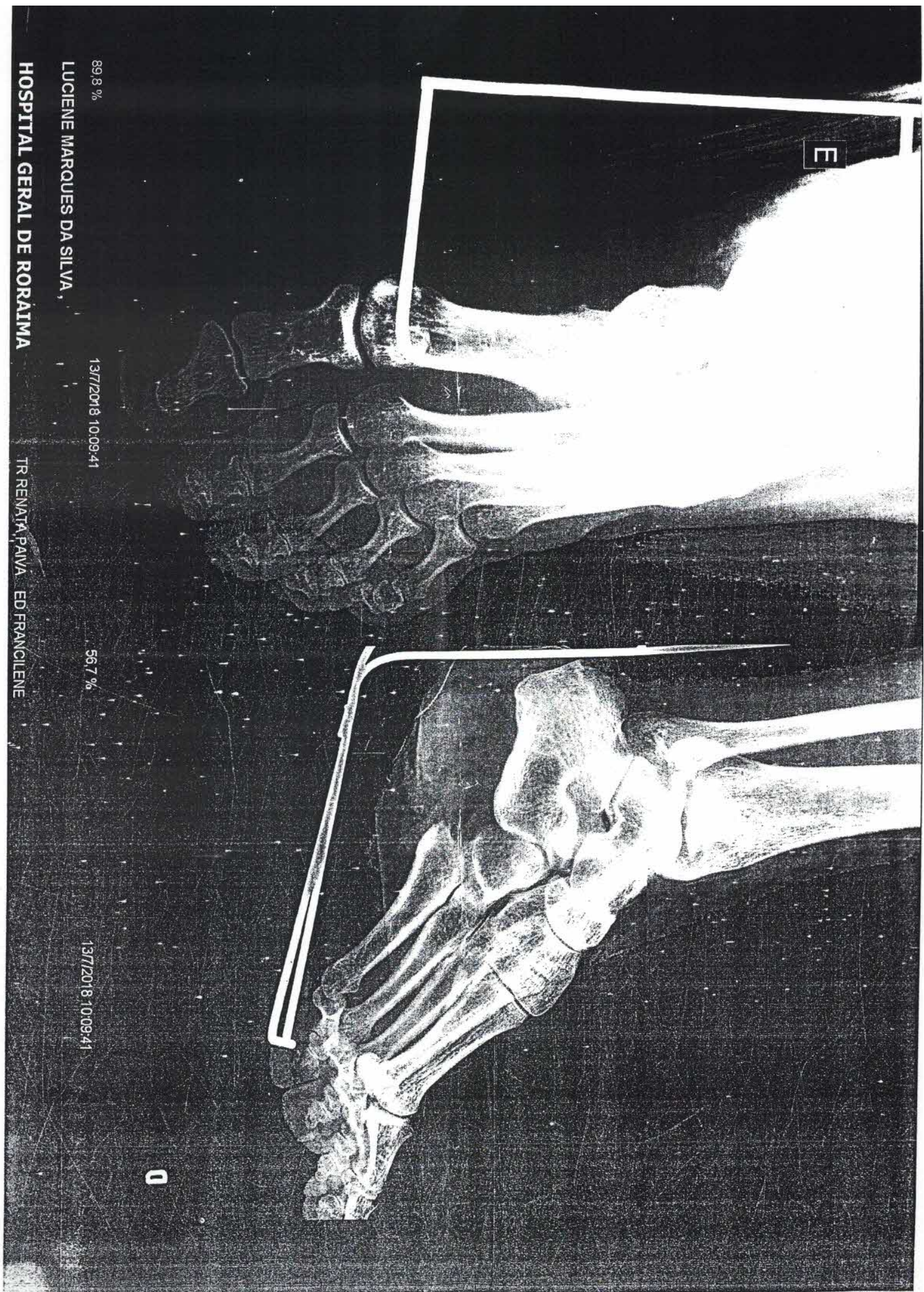
Recebo paciente às 12:00

- 1) Limpeza
- 2) Ab + CC E.
- 3) Ceftazidima 2g EV - 8 horas
- 4) Aff o, Sml IM.

Dr. Cláudio Henrique R. da Silva
Médico
CRM-RR-1803

[Handwritten signature]





E

D

89,8 %

LUCIENE MARQUES DA SILVA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

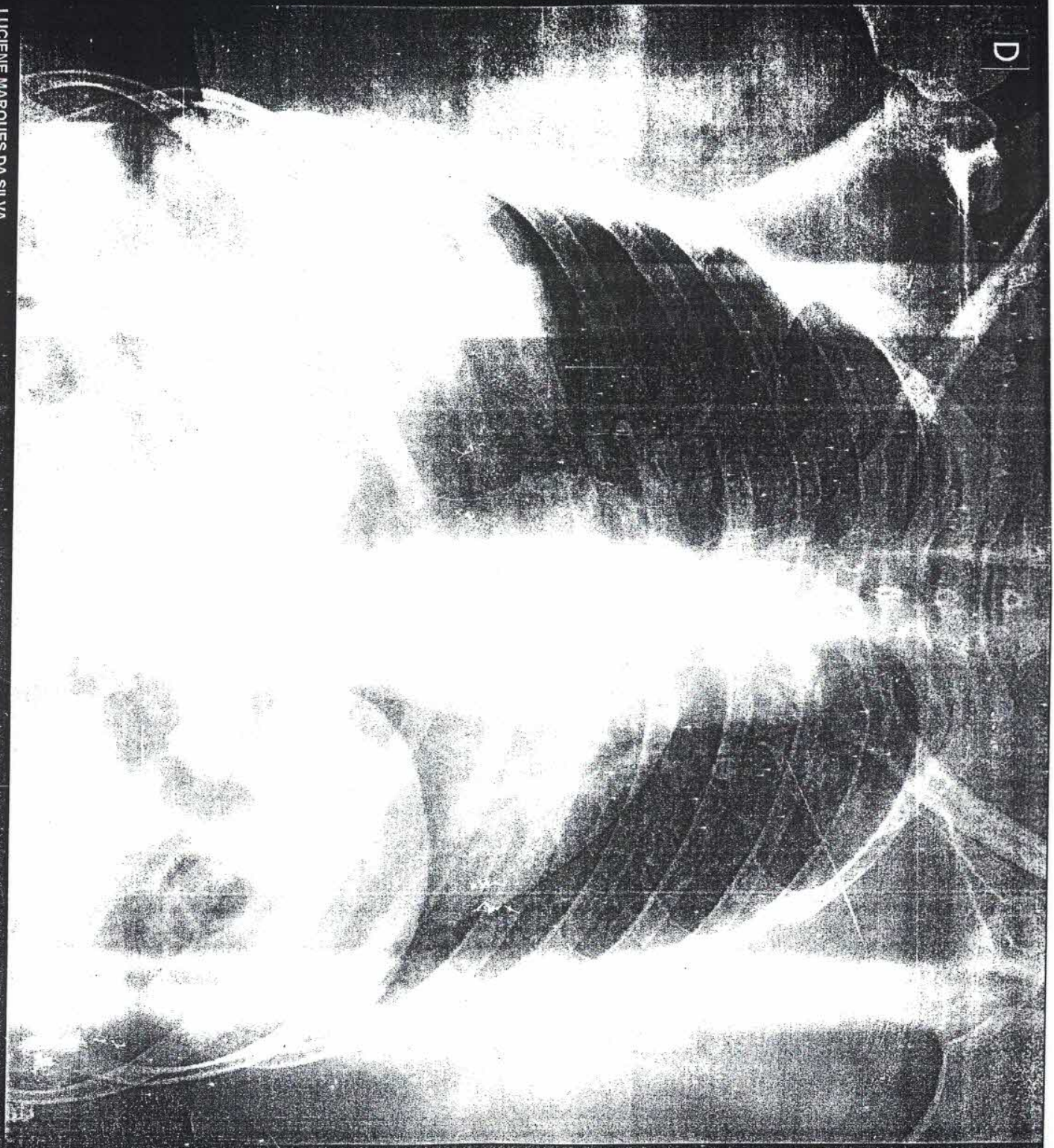
13/7/2018 10:09:41

56,7 %

TR RENATA PAIVA ED FRANCIENE

13/7/2018 10:09:41

D



LUCIENE MARQUES DA SILVA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. RENATA PAIVA ED. FRANCILENE

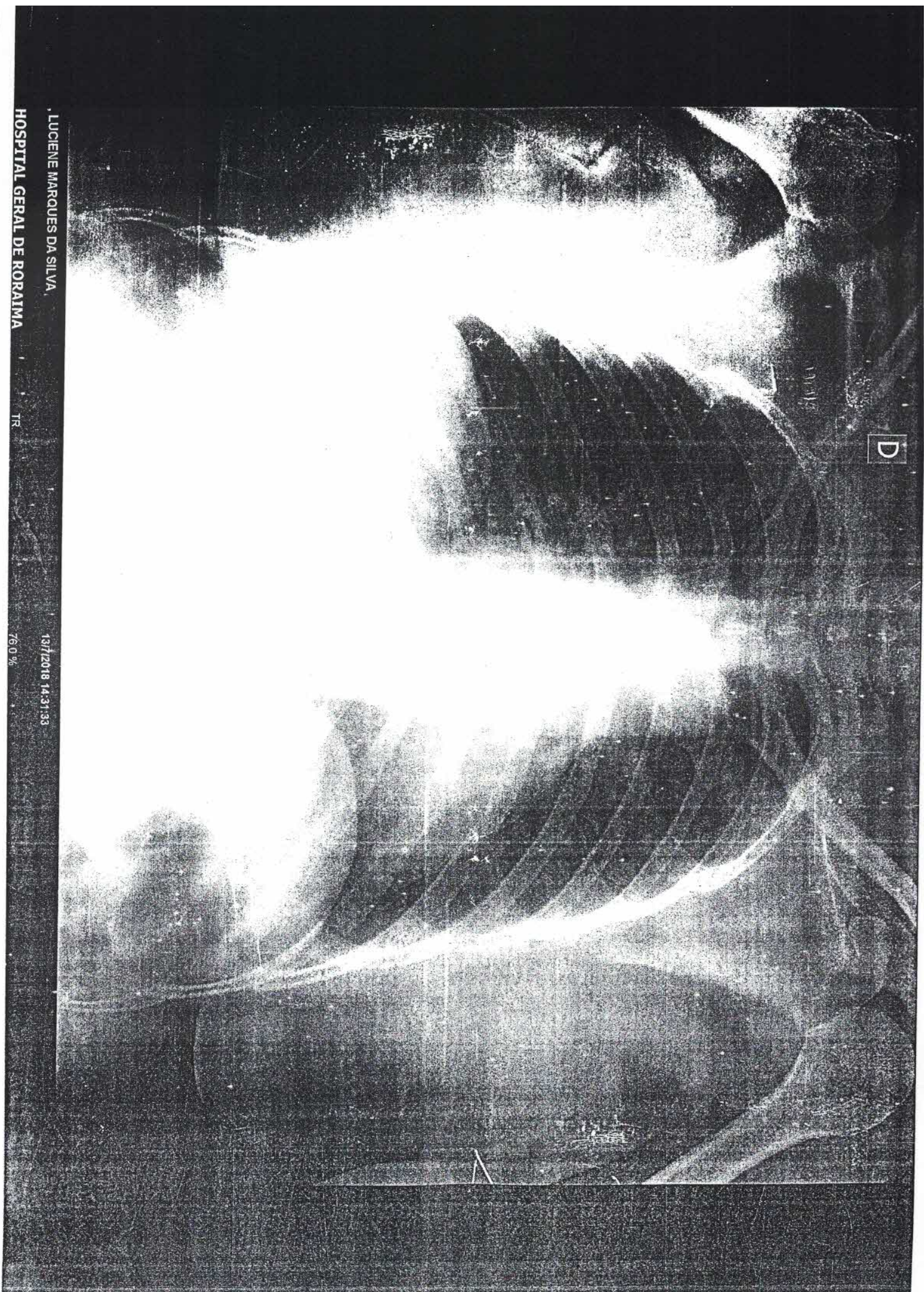
13/7/2018 10:08:41
70.3%

LUCIENE MARQUES DA SILVA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

13/12/2018 14:31:33
76.0%

D



D



LUCIENE MARQUES DA SILVA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

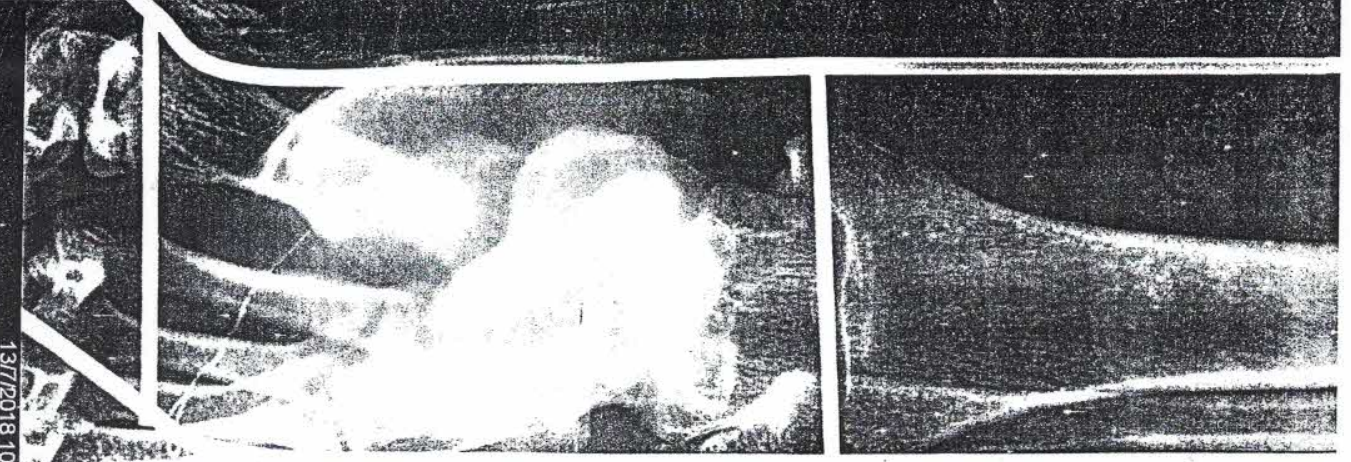
TR RENATA PAIVA - ED FRANCIENE 76,0 %
13/7/2018 10:09:41

77,6%

LUCIENE MARQUES DA SILVA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

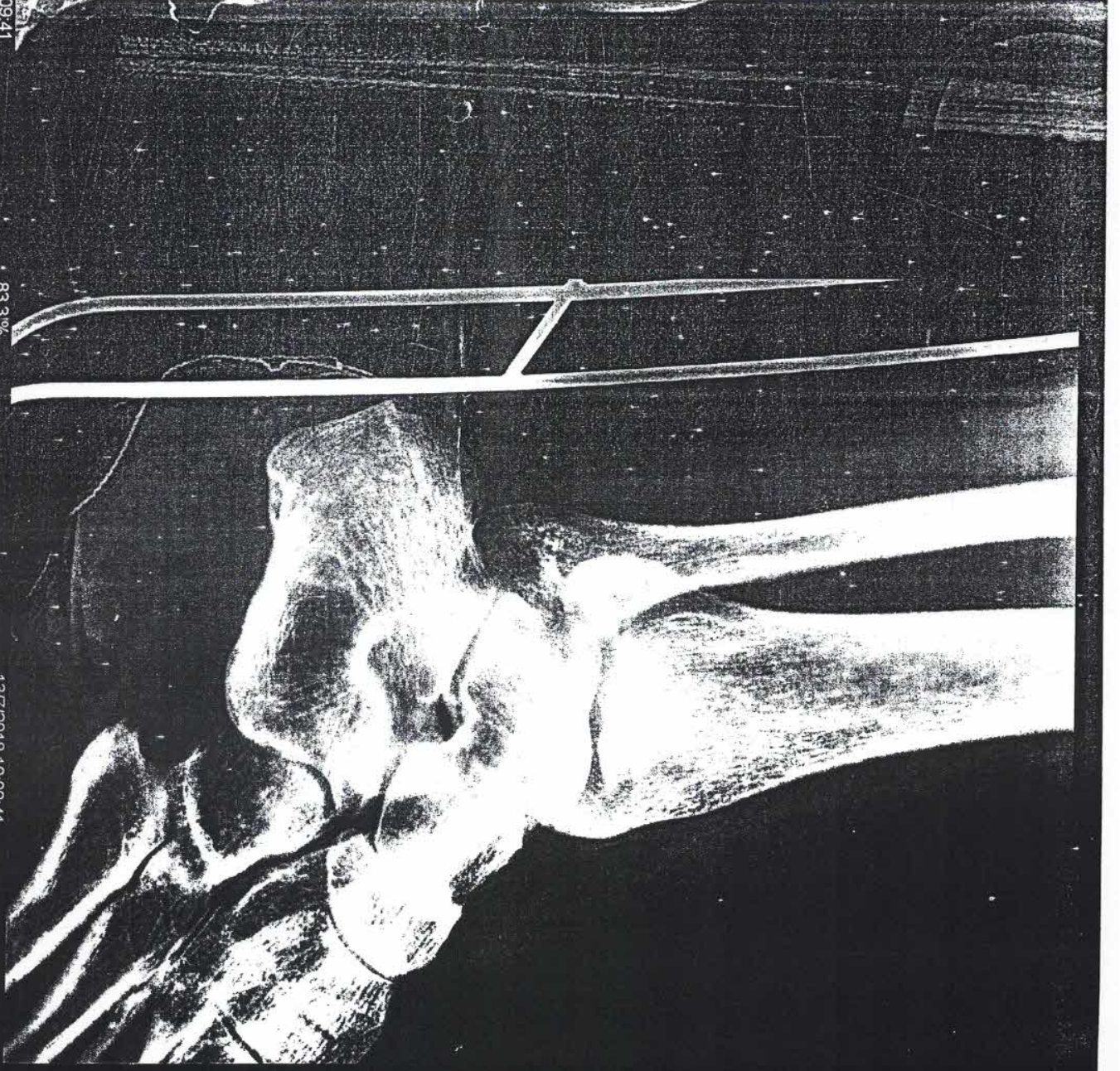
13/7/2018 10:09:41



83,3%

TR RENATA PAIVA ED FRANCILENE

13/7/2018 10:09:41





Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180552589
Vítima: LUCIENE MARQUES DA SILVA
Data do Acidente: 13/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIENE MARQUES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01259/01260 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13639007