

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: THAINARA DOS SANTOS LOPES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 3374300 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.410.942-09, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua H.C, nº 740 Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-482. Tel: (95) 99150-1990/ 98409-9210, E-mail: thainara.santos.lopes@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, 04 / 07 / 2019

Thainara dos Santos Lopes
THAINARA DOS SANTOS LOPES



POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ


Polegar Direito



Thainara dos Santos Lopes
ASSINADO: THAINARA DOS SANTOS LOPES

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL
337430-0
NOME
THAINARA DOS SANTOS LOPES
TITULAR
VALDENOR LOPES FERREIRA
MARIA HELENA DOS SANTOS RODRIGUES
NATURALIDADE
BOA VISTA - RR
FOCO ORIGIN
CERTID NAsc 94232 FLS 121 LIV A-149
BOA VISTA-RR
CPF
031.410.942-09
2ª VJA
DATA DE NASCIMENTO
31/07/1997
AMADEU ROCHA TEIXEIRA
Pessoa Física - RG 28088/93
LEI Nº 7.118 DE 28/08/93

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

THAINARA DOS SANTOS LOPES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 3374300 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.410.942-09, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua H.C, nº 740 Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-482.

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, 04 / 07 / 2019

Thainara dos Santos Lopes
THAINARA DOS SANTOS LOPES



POLEGAR DIREITO



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 358/13

Para contato
conosco informe
este número



Nº da Nota Fiscal

002877938

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

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	01/06/2019	650	405,09

VALDENOR LOPES FERREIRA
R. HC 13 740 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00021372748253

CEP: 69.316-482 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.37.039600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	42908	Atual:	15/05/2019
Anterior:	42258	Anterior:	12/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/06/2019
Consumo Medido:	650	Emissão:	14/05/2019
Consumo Faturado:	650	Apresentação:	15/05/2019
NORMA		33	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póse	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	TR1	3311D101376M	1411384	4-1-2-3	517

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 362	CONSUMO 650 A R\$ 0,535228 = 347,89
MAR/19 489	CORRECAO MONETARIA DA 02/19-00 0,24
FEV/19 440	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00 2,12
JAN/19 530	MULTA POR ATRASO DE 1 02/19-00 2,64
DEZ/18 511	JUROS DE MORA POR ATR 02/19-00 0,60
NOV/18 494	MULTA POR ATRASO 02/19-00 4,81
OUT/18 643	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00 3,29
SET/18 503	ILUMINACAO PUBLICA 43,50
AGO/18 580	
JUL/18 456	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 650 - 0,444240	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
04/2019	243,01	Unidade consumidora em situação de inadimplência em relação ao pagamento da conta de energia elétrica. O valor devido é de R\$ 243,01 (duzentos e quarenta e três reais). O pagamento deve ser efetuado até o dia 15/05/2019 para evitar o corte de energia.

Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2018 (até 12/06/2019).
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 18 21 26

RESERVADO AO FISCO 7E9E.3A9C.2152.CEF7.07A8.4FA0.BEB8.1648

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 189,53	Base de Cálculo: 347,89
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 9,84	Valor do ICMS: 59,14
Encargos: 59,14	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 59,14	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Unidade	Valor	Índice	Unidade	Valor	Índice	Unidade
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
7,24			7,00			4,22	
DISTRITO						03/2019	112,30

ROT: 28.001.26.37.039600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0076081-1	405,09
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2019	01/06/2019

Nº da Nota Fiscal

002877938 - FCAM



SEQ.: 00076 UC: 0076081-1 DT.LEIT.: 15/05/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 42908 NORMAL TOTAL: 405,09 CARGA: 023
DT.VENC.: 01/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1701

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

THAINARA DOS SANTOS LOPES Brasileira, solteira, autônoma, portador (a) da cédula de identidade nº 3374300 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.410.942-09, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua H.C, nº 740 Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-482.

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, 04 / 07 / 2019.

Thainara dos Santos Lopes
THAINARA DOS SANTOS LOPES

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Thainara dos Santos Lopes, CPF nº 031.410.942-09
Residente e domiciliado à rua H.C 13, nº 740, bairro
Sen. Helio Campos, na cidade de Boa Vista, estado de
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Servico Guais 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, 04 de julho de 2019.

Thainara dos Santos Lopes
THAINARA DOS SANTOS LOPES

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO E ESTADO DE ORIGEM	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO E ESTADO DE ORIGEM	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO E ESTADO DE ORIGEM	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
FLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO E ESTADO DE ORIGEM	

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	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ANOTAÇÃO E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO ANTERIOR			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ANOTAÇÃO E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO ANTERIOR			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ANOTAÇÃO E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO ANTERIOR			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ANOTAÇÃO E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO ANTERIOR			

CONTRATO DE TRABALHO	
CNPJ 13.792.135/0001-539	
EMPREGADOR	ARAUJO E CIA LTDA
EMPREGADO	Antônio Felipe nº 1.740
ENDEREÇO	Ass. Branca
CEP	69.312-288
MUNICÍPIO	Boa Vista
ESTADO	Roraima
CARGO	Vendedor(a)
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	09 de agosto de 2017
REGISTRO N°	RS 7174
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 957,00 (Novecentos e cinquenta e sete reais/mês)
X	AGENCIAMENTO EPP
DATA DE SAÍDA	08 de agosto de 2018
X	A. C. ARAUJO E CIA LTDA
TITULAR	Antônio Gomes Araújo
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

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

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042183/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2019 10:27 Data/Hora Fim: 15/01/2019 10:33
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM/RR Nº 809810 série J Data: 10/11/2018
Delegado de Polícia: Wulpstander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeito: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 09/11/2018 22:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA MESTRE ALBANO COM RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES

Bairro: Camará
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: Acidente de trânsito sem vítima - Abaloamento	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAX SOUZA DA SILVA JUNIOR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade 24
Profissão: NÃO INFORMADA Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: NÃO INFORMADO Nº: 0000
Bairro: NÃO INFORMADO

Nome Civil: THAINARA DOS SANTOS LOPES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Amajari Sexo: Feminino Idade 41
Profissão: Desempregado Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Não Informado

Endereço

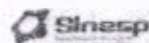
Município: Boa Vista - RR
Logradouro: NÃO INFORMADO

Nome Civil: RAUDILEI BRENNE ANASTÁCIO DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade 19
Profissão: Cobrador de Ônibus Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: TRAVESSA AMÉRICO DOS SANTOS Nº: 41



Delegado de Polícia Civil: Wulpstander Trajano Junior
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 15/01/2019 10:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042183/2018-A01

Bairro: NAO INFORMADO

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: (ESTADO) (VÍTIMA)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO,
A POLÍCIA MILITAR APRESENTOU ROP Nº 809810 SÉRIE J, SOBRE UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL ACIMA CITADO ONDE MAX SUZA DA SILVA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA COM A NACIONAL THAINARA QUE ESTAVA NA GARUPA; QUE AO PASSAR O CRUZAMENTO HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES SENTIDO CENTRO, TEVE SUA MOTOCICLETA HONDA CG 160 START DE COR PRETA PLACA NAZ-5417, CHASSI 9C2KC2500HR065229, DE PROPRIEDADE DE VALDENOR LOPES FERREIRA ABALROADA POR OUTRA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG150 FAN DE COR AZUL DE PLACA NAY-2795 ONDE AMBAS AS MOTOS APRESENTARAM DANOS MATERIAIS; QUE TODOS OS ENVOLVIDOS FORAM ATENDIDOS PELO SAMU E REMOVIDOS AO PS/HGR., CONFORME DESCRITO NO PRESENTE ROP; QUE AS MOTOCICLETAS FORAM LIBERADAS NO LOCAL. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

42000652

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA
(Comunicante)

"Declaro para as devidas fins de direito que sou eu(s) (União) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

03 JAN. 2019

AGENTE DE P.
CONF



Delegado de Polícia Civil: Wulpslender Trejano Junior
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 15/01/2019 10:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**PMRR - CIPTUR**

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809810

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 02	CIPTUR	09/11/2018	OESTE	19h25min	19h25min	19h30min	22h10min
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13010/13999	XXXXXX	86981	86993			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

RUA MESTRE ALBANO C/ RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES

Bairro: CAMBARÁ

Ref: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR	Nome: MAX SOUZA DA SILVA JUNIOR	Idade: 24	E. Civil: Solteiro
Endereço:	Não informado	Nº x-x	Bairro: x-x-x-x-x
RG:	3855228 SSP/RR	CNH: NÃO POSSUI	Profissão: NÃO INFORMADO
CPF:	030.676.542-00	Telefone:	NÃO INFORMADO
2 PASS. MOTO 1	Nome: THAINARA DOS SANTOS LOPES	Idade: 21	E. Civil: Solteira
Endereço:	Não informado	Nº XXX	XXX xxx-x-
RG:	337430-0	CNH: XXXXXX	Profissão: Não informado
CPF:	031.410.942-09	Telefone:	XXXXXXXXXX
3 CONDUTOR	Nome: RAUDILEI BRENNE ANASTÁCIO DOS SANTOS	Idade: 19	E. Civil: Solteiro
Endereço:	TV. AMERICO DOS SANTOS	Nº 41	Bairro: SÃO BENTO
RG:	449257-9 SSP/RR	CNH: NÃO POSSUI	Profissão: COBRADOR
CPF:	033.482.262-95	Telefone:	-X-X-X-X-X

VEICULOS ENVOLVIDOS

VEICULO DO ITEM 01 - V1. HONDA/CG 160 START DE COR PRETA PLACA NAZ5417. Danos: lateral direita, placa, carenagens

VEICULO DO ITEM 03 - V2. HONDA/CG 150 FAN DE COR AZUL DE PLACA NAY-2795. Danos: parte frontal danificada (roda, painel, guindon, farol).

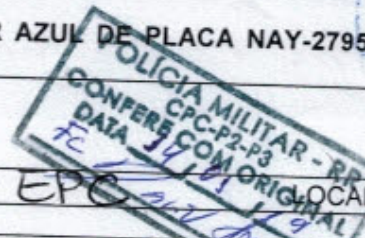
Não houve material apreendidos.

ASSINATURA

Silva

CARGO

HISTÓRICO



GENTE SEGURADORA S/A

SENHOR(a) DELEGADO(a),

Informo que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. Quando chegamos no local fomos informados que o item 01 Srº MAX, que conduzia a motocicleta V1 que tinha a item 02 Srª THAINARA como passageira e trafegava na RUA MESTRE ALBANO sentido CENTRO quando ao passar no cruzamento com a Rua HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES teve a motocicleta abalroada na lateral direita pela motocicleta V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº RAUDILEI, que trafegava pela RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES sentido AV. GAL. ATAIDE TEIVE. Que no local existe sinalização de regulamentação de trânsito (placa R1-PARADA OBRIGATORIA) para quem trafega na RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES.

Que todos os itens acima relacionados foram atendidos no local pelo SAMU e removidos a PSE/HGR para atendimento medico especializado. Sendo que o Item 01 Srº MAX, estava inconsciente.

Que os condutores não possuem CNH/PPD e foram autuados e não estão sendo apresentados nesta delegacia devido os mesmo estarem sob cuidados médicos.

Informo que foi feito contato telefônico com 197 para acionar a pericia IC/PCRR, onde foi nos informados que somente o delegado de plantão poderia fazer o acionamento da equipe de pericia.

Que as motocicletas foram liberadas no local. Sendo que o V1 ficou na responsabilidade do Srº EDSON SANTOS DA SILVA. CNH:05675273081. E o V2 na responsabilidade do Srº TAYLLER BRUNO ANASTACIO DOS SANTOS. CNH:06128161658.

Era o que tinha a relatar.

ANDRADE ANJOS DA
SILVA

41.683-5

SD/PM

CIPTUR

NOME

Matrícula

Posto/Grad

Und

Assinatura

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1957		UNIDADE		EQUIPE																					
Paciente: <u>Thaiana dos Santos Lope</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Idade: <u>21 anos</u>		Sexo: <u>F</u>		Raca: <u>Branca</u>																					
Endereço: <u>Rua 27 de Setembro</u>		Raca: <u>Branca</u>		Parda: <u></u>		Negra: <u></u>		Amarela: <u></u>																					
Nº <u>20926</u>		DATA <u>09/11/18</u>		Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>DR. H. Malveira</u>		HORA J9: <u>19.13</u>		BASE <u>VIA</u>																					
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>DR. H. Malveira</u>		HORA J10: <u>19.20</u>		BASE <u>VIA</u>		RÁDIO		CELULAR																					
Socorro: <u>X</u>		Transporte: <u></u>		Atendido no local: <u></u>		Outro: <u></u>		Início dos sintomas: <u>Menos de 1 hora (X)</u>																					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS																							
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO X ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag Acionado		☐ FAB ☐ FAF ☐ Espionamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio		☐ Ac. De Trabalho ☐ Queda, Altura aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão animal																							
PEDESTRE		MOTOCICLETA		BICICLETA		OUTROS																							
☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA		☐ Colisão MOTO X ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto		☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☒ Garupa		☒ Outros: <u>Tramula</u>																							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVANÇADA NEUROLÓGICA																							
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradonéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal		☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade		☒ XAVON ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Apetentimento Alcoolizado ☐ DNV																							
Hora <u>19.14</u>		P.A mm/hg <u>120x90</u>		F.C Bpm <u>105</u>		F.R Mpm <u>104</u>		Sat O ₂ % <u>97%</u>																					
Início <u>19.14</u>		Fim <u>19.58</u>		P.A mm/hg <u>120x90</u>		F.C Bpm <u>104</u>		F.R Mpm <u>104</u>																					
Fim <u>19.58</u>		P.A mm/hg <u>120x90</u>		F.C Bpm <u>104</u>		F.R Mpm <u>104</u>		Sat O ₂ % <u>99%</u>																					
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax																					
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematomas ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfiamento subcutâneo		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distensão ☐ Em abaulo ☐ Doloroso ☐ Evisceração																			
Pele		Coluna Dorsal		MMSS		MMII		QUEIMADURAS																					
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação		☐ Contusão ☒ Escoriações (MSE) ☐ Luxações ☐ Lacerações ☒ Fratura (MIO) ☐ Amputação		<table border="1"> <thead> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ANTERIOR</th> <th>POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MEMBROS</th> <th>MMII</th> <th>MMI</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	POSTERIOR	GENITALIA	MEMBROS	MMII	MMI	TOTAL %										
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	POSTERIOR	GENITALIA	MEMBROS	MMII	MMI	TOTAL %																				
RITMO CARDÍACA		RITMO CARDÍACA		RITMO CARDÍACA		RITMO CARDÍACA		RITMO CARDÍACA																					
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtur		☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstrutiva ☒ Outra <u>Tramula</u>		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso																					
GRAU/CAUSE COMPROVADA		[] ILESO [] PEQUENA [] SEVERA		[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS																							
INCIDENTE		RCP		DESTINO		OBSERVAÇÕES																							
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Troca ☐ Bombeiro no local:		☐ Inicializada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:		☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota		☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☒ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em <u>11/01/19</u> <u>Stephame</u>																					
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT		GENTE SEGURADORA S/A		Pol. Cosme e Silva - PCCS		Hosp. Santo Antônio - HCSCA		Hosp. Das Clínicas/RR - HCR																					
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		15 ABR 2019		Pol. Cosme e Silva - PCCS		Hosp. Santo Antônio - HCSCA		Hosp. Lotte Iris - HLI																					
				Pol. Cosme e Silva - PCCS		Hosp. Santo Antônio - HCSCA		Hosp. Lotte Iris - HLI																					
				Pol. Cosme e Silva - PCCS		Hosp. Santo Antônio - HCSCA		Hosp. Lotte Iris - HLI																					

PERTINENCE DO PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

RG: _____

Assinatura do Paciente:

RG: _____

TESTEMUNHA 01:

RG: _____

TESTEMUNHA 02:

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

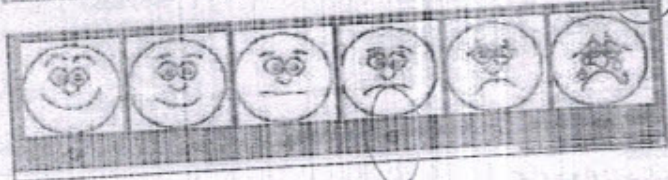
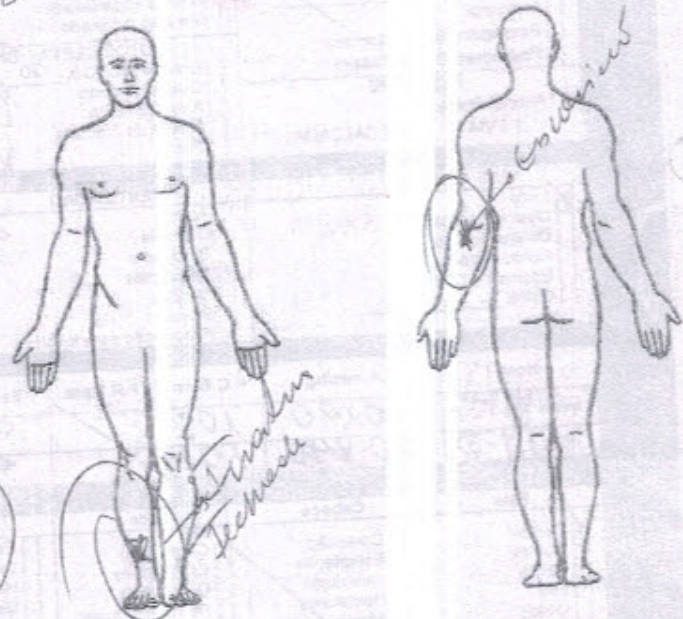
Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

linhas proc. 6, M, P, compr
sa. gôgo. citadua, RL 500 ml,
jeto 18, deqijm e ignavabup

Atividade	Classificação	Pontos
Atividade ocular	Esperanças	3
Olhos abertos prontamente à estimulação	Ad São	2
Atividade ocular em tons de voz normal ou em voz alta	A Presão	1
Atividade ocular após em estimulação de extremidade dos olhos	A Presão	1
Ausência persistente de abertura ocular, para fins de interferência	Não Testável	NT
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta verbal	Orientada	5
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Confusa	4
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Perfusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Sons	2
Apresenta gestos	Resposta	1
Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Não Testável	NT
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	A ordem	5
Compreensão de ordens com 2 ações	Localização	4
Execução de movimento do nível de dificuldade ao estímulo de cabeça do paciente	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior adiante do cotovelo, membro predominantemente não encurtado	Flexão anormal	2
Pressão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, membro predominantemente encurtado	Extensão	1
Extensão do membro superior adiante do cotovelo	Ausência	1
Ausência de movimento dos membros superiores inferiores, sem fatores de interferência	Não Testável	NT
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

09.11.18. Período de internamento p/ Ocorrência de maltrato. Trauma (com
to/queda), at chegada no QTH em con lesões 3 intimas, sendo
1 atendida pela SAMU, 1 pela BTH e outra pela BI, vítima de um
DDH, sexo F, 28 anos, LOTE, sem vapores (intoxicação por drogas),
apresentando lesões no MSC + Fraturas fechadas de
Fíbula e Tíbia, foi realizado exame de imagem, no local
do de trauma, apenas SAMU. Em verificação de trauma
com por que (Membros 192).

Obs: Realizado exame de imagem na intima com febre

ÁREA DE SINISTROS - DE VAPOR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Barreto, 414 - Boa Vista - RR

SAMU 192 BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 11/01/19

Stephanie
Rubrica

Marlon T. Dantas
CPF: 045.19.765-12

Assinatura e carimbo do profissional

mea

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado de Saúde Hospital Geral de Roraima - PMAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3338		1ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.
--	--	---	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 8

1031033107 09/11/2019 20:00:30

Paciente: **THAINARA DOS SANTOS LOPES** Data Nascimento: **31/07/1997** Idade: **21 A 3 M 9 D** CNS: **708008800872921** CPF: **07** Prontuário: **8**

Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **Data Emissão** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA HELENA DOS SANTOS RODRIGUES** Pai: **NI** Contato: **(95) 99165-5795** Ocupação:

Endereço: **RUA - HC-13 - 740 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR**

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:

Sel.: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol.: Registrado por: **DAL**

Queixa Principal: **Acidente de Moto** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **Trauma no MTD** GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h): **3:00 LOTF ASX ACUOLR**

Exame Físico: **Torax e Abdome GA**

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: **Medicada no SAMU** APRAZAMENTO: **09 NOV 2018** OBSERVAÇÃO:

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revolta ☒ Transferência para: **Outrejar** ☐ Ambulatorial ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

óbito: Data e Hora da Saída/Alta:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: **15 ABR 2019**

Impresso por: dal
Data Hora: 09/11/2019 20:01:57

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzani, 434 - Boa Vista - RR

1801033107

Ortopedia
Través diagnóstico de
 $\frac{1}{3}$ moio de 0310
Três missões
Restrição pontual
de redução fechada
e imobilização

PT

Não foi possível reduzir os
fracturas 7/100
Cirurgia

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RS 1617
Título Especialista TEP-12003

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RS 1617
Título Especialista TEP-12003

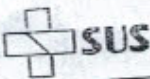
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baccara, 444 - Boa Vista - RS

HOSPITAL GERAL DE NOVA LIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
31 JAN 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

data 12.11.2018

A BLOCO A		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7108101081010812191211		31/07/97	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria Helena do Santos Rodrigues			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP	
Boa Vista			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Intubação orotraqueal de Pneu			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Transfusão Cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Intubação orotraqueal de Pneu			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - DATA DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CNAE			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE ARAUJO
AV. Btg. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
31 JAN. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA		HGR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
PREScrição Médica		HGR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	Tavares das Dantas Hugo				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	20/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		12		
2	AVP		12		
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		12		
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		12		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		12		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		12		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		12		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		12		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		12		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		12		
11	CURATIVO DIARIO		12		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		12		
13			12		
14			12		
15			12		
16			12		
17			12		
18			12		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		12		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		12		
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		12		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		12		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

10h: pct admitido neste bloco
proveniente as 12h do trauma
feito medicações de horários
pct relata dor feito medicações
sem queixas segue aos
da enf: tcc vale

ÁREA DE GRÁFICOS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra 434 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	TEMP
6 H	114x70	92	35.6
12 H			
18 H	162/90	98	36.2
24 H	114x68	92bpm	36.8

24:11 121x66 908



104.2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE THAINARA DOS SANTOS LOPES					
AGNÓSTICO FX DOS OSSO DA PERNA D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	104-2	DATA	11/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				SN
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12 18 24 06
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				SN
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18 24 06
11	SSVV + CCGG 6/6 H				M
12	CURATIVO DIÁRIO				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
As 14:00 - PA - 120x80 P-112. Colocado O2.					
36,5°C					
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia					
ÁREA DE SINISTROS - DPVA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
15 ABR 2019					
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista					

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
		Prescrição Médica					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE THAINARA DOS SANTOS LOPES							
AGNÓSTICO FX DOS OSSO DA PERNA D							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO 104-2		DATA 12/11/2018			
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		SF 0,9% 500ML EV S/N					SN
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N					
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H					24 06
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					Relina Luxotivo
11		SSVV + CCGG 6/6 H					
12		CURATIVO DIÁRIO					
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
12 H	120x70	103	36,20C
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Edmar de Almeida Matos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 907.672

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



RESUMO DE ALTA			
NOME:	SEXO:	IDADE:	REGISTRO Nº
...	F	21	1540222
DATA DO NASCIMENTO:	DATA INTERNAÇÃO:		DATA SAÍDA:
31/07/92	19-11-18		
HISTÓRICO CLÍNICO:			
Traumatismo na perna direita			
DIAGNÓSTICO:			
Fratura na tíbia e fíbula direita			
TRATAMENTO:			
...			
EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:			
2 dias em enfermaria - atendimento em enfermaria e cirurgia			
ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:			
☐ NÃO ANDAR		☒ CURATIVOS	
☐ ANDAR COM MULETAS		☐ MANTER DIETA	
ALTA:		RETIRAR PONTOS EM	
CONDIÇÕES:		1/1	
CURADO ☐		MELHORADO ☒	
REMOVEDO ☐		À PEDIDO ☐	
		POR INDISCIPLINA ☐	
		FALECIDO ☐	
DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO:			
DATA: 14/12/18			
PARA: ...			
MÉDICO / CR ...			
RECEBI A 2ª VIA			

SINISTRO 3190278225 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA THAINARA DOS SANTOS LOPES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO THAINARA DOS SANTOS LOPES

CPF/CNPJ: 03141094209

Posição em 18-06-2019 15:51:05

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/06/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

