

514640



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038865/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2017 17:42 Data/Hora Fim: 18/10/2017 17:50  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J80Z769 Data: 18/10/2017  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 18/10/2017 16:35

Local do Fato

Município: Boa Vista  
Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO Nº 1483

Bairro: Mecejana  
Nº: 1483

Ponto de Referência: EM VIA PUBLICA  
Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 37  
Profissão: Agente de Saúde  
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA AMANCIO DE LUCENA Nº 479 Nº: 479  
Bairro: ASA BRANCA

Nome: JOSUE DA SILVA FIGUEREDO (COMUNICANTE (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Sexo: Masculino  
Profissão: Policial Militar  
Estado Civil: Sem Informação  
Raça/Cor: Sem Informação  
Nome da Mãe: Não Informado  
Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: CIPTUR/PM RR



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (o): Informo que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local o item 1 encontrava-se recebendo atendimento do SAMU, os populares nos relataram que a condutora trafegava com o seu veículo pela Av. Mário Homem de Melo sentido centro bairro, quando em frente ao numeral 1483 um cão atravessou a via vindo a condutora a colidir no mesmo perder a controle da direção e cair; que após o atendimento realizado no local pelo SAMU, este, a removeu ao Pronto Socorro Estadual Francisco Elesbão, onde deixou a sobe cuidados médicos. Foi dispensado o serviço da perícia, pois o local havia sido violado por populares; após os procedimentos realizados no local o veículo ficou aos cuidados da irmã da condutora, a senhora Tatiane da Silva Ferreira CNH 059.300.082-70 Era o que tinha a relatar. Transcrito conforme ROP PM. Veículo - HONDA CG 150 PLACA 'NAW3039. DANOS: CARENAGEM FAROL, PARA LAMA DIANTEIRO.

ASSINATURAS

Maurício Ribeiro Dantas da Silva  
Responsável pelo Atendimento

Stamp: DAT 23 OUT. 2017 AGENTE

Handwritten signature and stamp: Jefferson Inácio Araújo Agente de Polícia Mat. 022000008

Josué da Silva Figueredo  
Comunicante (Ausente)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038865/2017

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

DAI  
23 OUT. 2017  
AC... S/A  
Jefferson Inácio Araújo  
Agente de Polícia  
Mat. 42600908

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Dezera, 464 - Boa Vista - RR

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR Nº 013042002283  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01  
 Cód. RENAVAM 00156998540  
 R.N.T.R.C. 2018

NOME ODILENE DA SILVA MAGALHAES  
 PLACA RR  
 PLACA 568.945.702-72  
 PLACA ANT / UF 9CEKC16209R027752

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/MAO APLIC.  
 COMBUSTIVEL ALCO/BASOL  
 ANO FAB 2009  
 ANO MOD 2009

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX ES  
 COR PREDOMINANTE CINZA  
 CAP/POT/CIL 3P/0149CC/

VENC. COTA UNICA 1\*\*\*\*\*  
 VENC. COTA UNICA 2\*\*\*\*\*  
 VENC. COTA UNICA 3\*\*\*\*\*  
 DATA DE PAGAMENTO 04/05/2018

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.7  
 OF (R\$) R\$185.5  
 PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5

OBSERVAÇÕES  
 AL.FID. BANCO BRADESCO FINANC S A \* PROI  
 E SAIR DA BMAZ CCID.  
 BOA VISTA-RR Diretor Presidente  
 DETRAN-RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 ABR 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

RR Nº 013042002283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDICÖES GERAIS DE COBERTURA  
 www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018  
 DATA EMISSÃO 05/06/2018

PLACA NHM3039

CPF/CNPJ 568.945.702-72

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX ES

ANVIAÇÃO 00156998540

PREMIO TARIFARIO R\$0.7

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

DATA DE QUITAÇÃO 04/05/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT  
 CNPJ 09.248.699/0001-04





(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importandó o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados em 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3190261245 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DAS GRACAS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 51155168291

Posição em 29-04-2019 17:50:02

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise.



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0153144-1

Eletrobras Distribuição Roraima  
 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 368/13

Nº da Nota Fiscal 002125793

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	16/02/2019	341	271,75

MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
 R: HC 08 295 05 SENADOR HELIO CAMPOS  
 CPF: 00051155168291  
 CEP: 69.316-470 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.02.004405

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1659	Atual:	10/01/2019
Anterior:	1318	Anterior:	10/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	10/02/2019
Consumo Medido:	341	Emissão:	09/01/2019
Consumo Faturado:	341	Aprovação:	10/01/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Ecf	Medir 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB1734068		1.1.1.2	317

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 341 A R\$ 0,796948 = 271,75
DEZ/18 331	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT                      CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>03 ABR 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S/A                      Av. Capitão Hélio Garcez, 444 - Boa Vista - RR</p> </div>
NOV/18 334	
OUT/18 603	
SET/18 1	
AGO/18 0	
JUL/18 0	
JUN/18 0	
MAI/18 0	
ABR/18 0	
MAR/18 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 341 - 0,834620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
 BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.  
 LIGUE 08007019170 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
 Parabéns! Até o dia 09/01/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 22D3.475F.A3D3.53C2.9C91.654C.60DC.5D40

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	67,00	Base de Cálculo:	271,75
Energia:	142,05	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	46,19
Encargos:	7,37	Valor do PIS:	1,62
Tributos:	55,33	Valor do COFINS:	7,52

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	8,45	16,91	33,82	0,00	8,46	16,92	33,84
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DISTRITO 11/2018 34,92  
 ROT: 30.001.21.02.004405



SEU CÓDIGO  
0153144-1

TOTAL A PAGAR - R\$  
271,75

MÊS FATURADO  
01/2019

VENCIMENTO  
16/02/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 002125793 FCAM

83600000002 3 71750075000 4 00000000153 7 14410119008 6



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
 Doc. Identidade/Org. Emissor/UF: 175935 SSP RR  
 CPF: 511.551.682-91 DATA NASCIMENTO: 29/02/1980  
 RELAÇÃO: DORA DA SILVA  
 PERMISSÃO: ACC CATAS  
 REGISTRO: 94571571030 VALIDADE: 29/03/2019 HABILITAÇÃO: 12/02/2009

VALORES EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980121158

PROIBIDO PLASTIFICAR 980121158

Nome das graças da silva  
 LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 07/01/2015  
 JACIELINO KUNZTSCHEK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE 06018444406 RR207724580  
 DEPT. TRAN. RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 ABR 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão Hélio Garcez, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Camilo Mito Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO

A Laurence Maria dos Bragas de  
Silva cotinou seu acidente  
de moto em 18/10/17  
com o seguinte: Fratura de Avulsão  
maxilar esquerda

Boa Vista

10/17/17

DATA: \_\_\_\_\_

Dr. Ricardo Brito Farias  
Cirurgião Dentista  
Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial  
CRO 056 RR  
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90

18/10/2017

...: 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



1700853160	18/10/2017 17:04:18	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	30
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MARIA DAS GRACAS DA SILVA		29/02/1980	37 A 7 M 18 D		51155168291	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	175915	SSP RR	23/04/1996	F	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe	DORA DA SILVA		Pai	NC		
Endereço	RUA - MARIA MARTINS VIEIRA - 1829 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR					Ocupação
						NÃO INFORMADA
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	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Visto  
006

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 - \_\_\_:\_\_\_h)

Paciente vítima de acidente motociclístico, não refere que atropelou cachorro  
Ambiente urbano

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03-ABR-2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X     ULTRA-SON     TC     SANGUE     URINA     ECG     OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dipirone 2g (C)		
2) Tiletal 40mg (C)		
3) Aspirina 100mg (C)		

Conduta

Alta por Decisão Médica     Ambulatório  
 Alta a Pedido     Observação (Até 24h)  
 Alta a Revella     Internação  
 Transferência para: Análises Básico-Maxilo

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

Márcio Freire  
Médico  
CRM/RR 1613

Impresso por: wesllen.rocha  
Data Hora: 18/10/2017 17:08:16

01011  
807601 - Roraima Sem Fronteiras  
RUA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES  
14.4200 - 07.00.70



Falt de erro a subscricao  
Comunicado  
concomitante ao cel 1234

16

8

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



ADVOCACIA



ADVOCACIA


PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** O (A) Sr, MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteira, profissão, Ag. de saúde, portador (a) da Cédula de Identidade nº 175935 SSP/RR e do CPF 511.551.682-91, telefone: (95) 99144-5044, residente e domiciliada (a), na Rua, HC 08, nº 295/5, bairro, Senador Helio Campos, CEP 69. 316-470, na Cidade de Boa Vista-RR

**OUTORGADOS:** JOSÉ HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob nº 1105, com endereço profissional nesta Capital, na Rua dos Buritis, nº 376, bairro 13 de Setembro.

**PODERES:** Os contidos na cláusula *ad judicium et extra* para, em nome dos outorgantes, em Juízo ou fora dele, em qualquer foro, defender seus direitos e interesses, podendo confessar, reconhecer procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, acordar e discordar, propor ações de qualquer natureza que sejam de interesse das partes outorgantes, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015, firmar compromisso, bem como tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito e cabal desempenho de suas funções, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes, podendo agir em conjunto ou separadamente.

Boa Vista/RR, 02 de MAIO de 2019

  
Outorgante

ADVOCACIA



ADVOCACIA

## DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteira, profissão, Ag. de saúde, portador (a) da Cédula de Identidade nº 175935 SSP/RR e do CPF 511.551.682-91, telefone: (95) 99144-5044, residente e domiciliada (a), na Rua, HC 08, nº 295/5, bairro, Senador Helio Campos, CEP 69. 316-470, na Cidade de Boa Vista-RR.

.Declaro, que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do Código de Processo Civil.

Boa Vista-RR, 02 de Maio 2019

Maria das Graças da Silva

DECLARANTE

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: **Bravo II** Equipe: *Tec. Geraldo / cond. Jorgi / Jooz Elton*  
 Paciente: *Maria das Graças da Silva* Idade: *37* Sexo: *Fem*  
 Endereço: *Av. Mario homem de melo B. mecejana.*

Nº *16891* DATA *18/10/2018* HORA: *16:37 / 10-16:44*  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: *Dr. Guido* *16:57 / 10-18:02*

MOTIVO  SOCORRO  TRANSPORTE  ATENDIDO NO LOCAL  OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA			
<b>AUTOMÓVEL</b> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<b>MOTO: <i>x Cachorro</i></b> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL			
<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia Outro: <i>S/A</i>	<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Falda Aspirativa	<b>Circulação</b> <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<b>Aval. Neurológica</b> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input checked="" type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	
Início <i>16:45</i>	<i>140/70</i>	<i>80</i>	<i>22</i>	<i>98%</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>13</i>		
Fim									

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
<b>Pele</b> <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	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Epifona Sub-Cutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Escorração
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<b>Membros</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <i>mão D/E e</i> <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <i>fechou</i>			

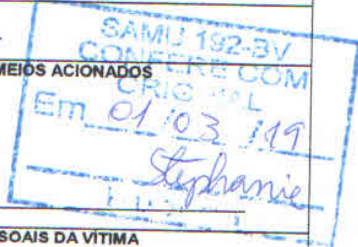
AVALIAÇÃO GARDIACA		ESPECIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrie <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<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"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outros <i>Trauma</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <i>neg</i> <input type="checkbox"/> Outros

GRAVIDADE COMPROVADA  ILESO  SEVERA  PEQUENA  MORTE *DA MÃO Victor Mendes*  
 CRM-RR 1689

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Polícia Militar  
 Guarda Municipal  
 SMTRAN  
 Bombeiro  
 Outros:



INCIDENTE  Cancelamento  Recusa de Atendimento  Não se encontrava no local  Recusa de hospitalização  Trote  Bombeiro no local:

RCP  Iniciada as:  Término as:  
 RCP com sucesso  
 RCP sem sucesso  
 Obs.: *Brasileira*

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

1215

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

<b>DESTINO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
----------------	---	--

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

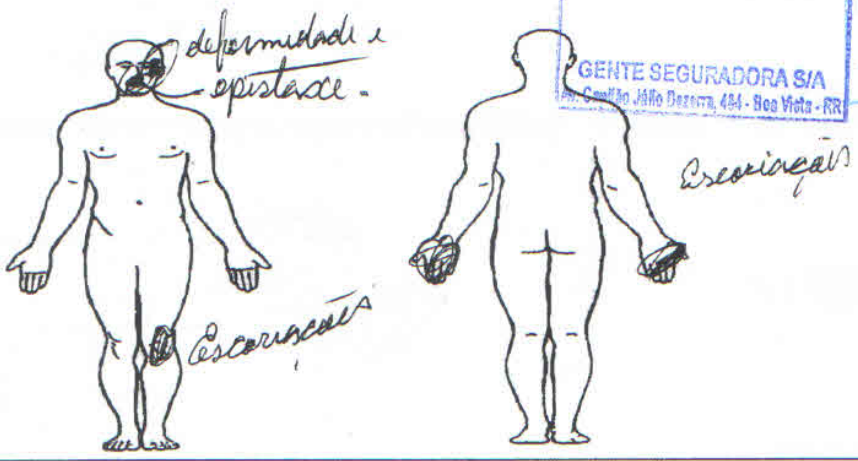
*paciente feminina, 37 anos, Celisio moto e cachorro, encontrada em decubito dorsal, com capacet, LOTE. Apresenta dor e deformidade na lateral E. no cotovelo (zigomático) e cervical na mão D/E. e ferida E - feito a imobilização e a cervical e prancha rígida, e informado ao M.R. que encaminharam p/ o trauma do HGR, sem intercorrências*

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>		25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>		≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>		01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
	Orientado	Balucia	5 <input checked="" type="checkbox"/>		0	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>		> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3 <input type="checkbox"/>	Pressão Sístólica (mmHg)	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2 <input type="checkbox"/>		50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>		01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	Escala de Glasgow	0	0 <input type="checkbox"/>
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>		14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira e dor	4 <input type="checkbox"/>		11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>		8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão e dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>		5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
15				15		

*Heraldo Guedes da Silva  
Técnico de Enfermagem  
COREN/RR 357676*

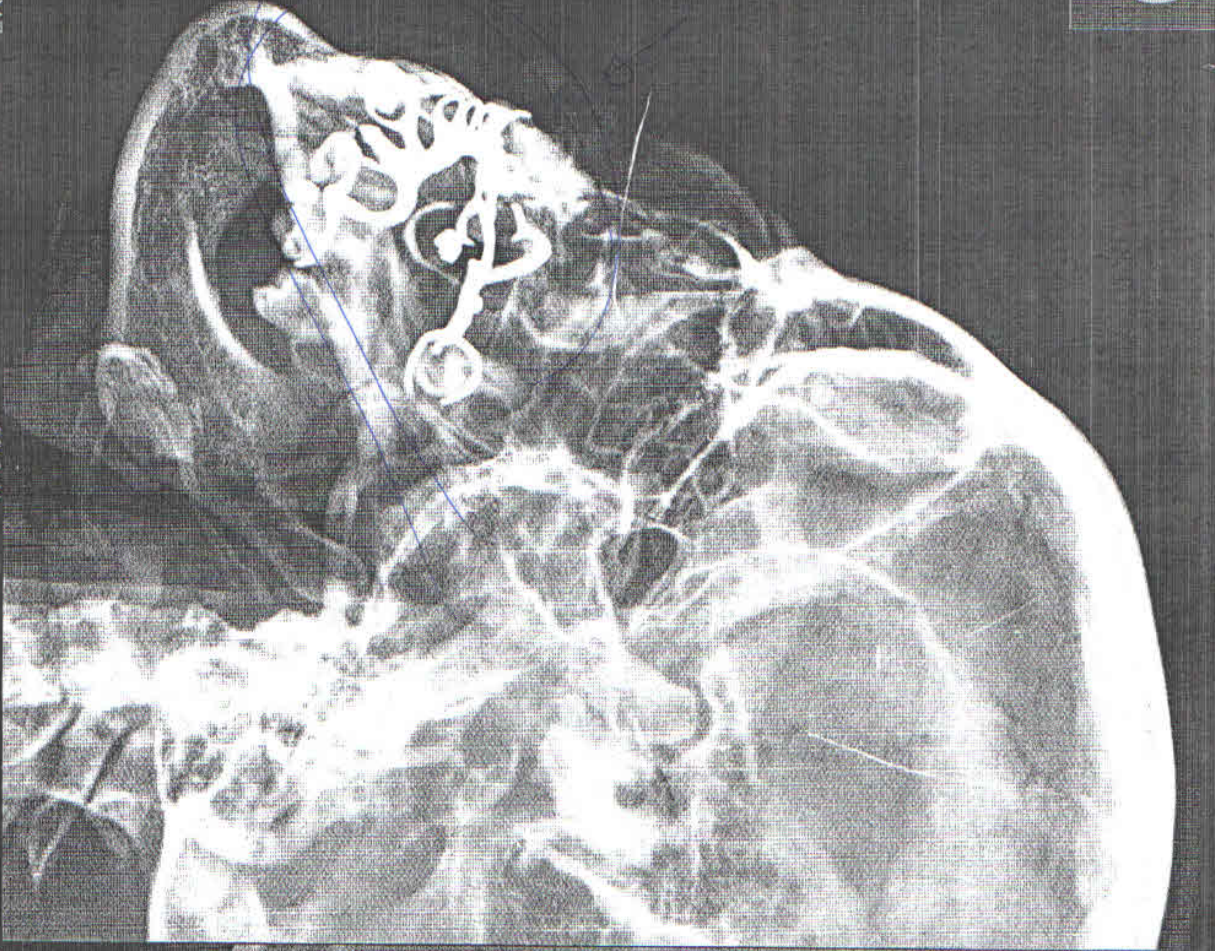
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
03 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Rua São João Batista, 434 - Boa Vista - RR

SAMU 192-3  
CONFERE ORIGINAL  
Em 01/03/19  
Stephanie  
RUBRICA



<b>GESTANTE</b>	<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b>
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

D



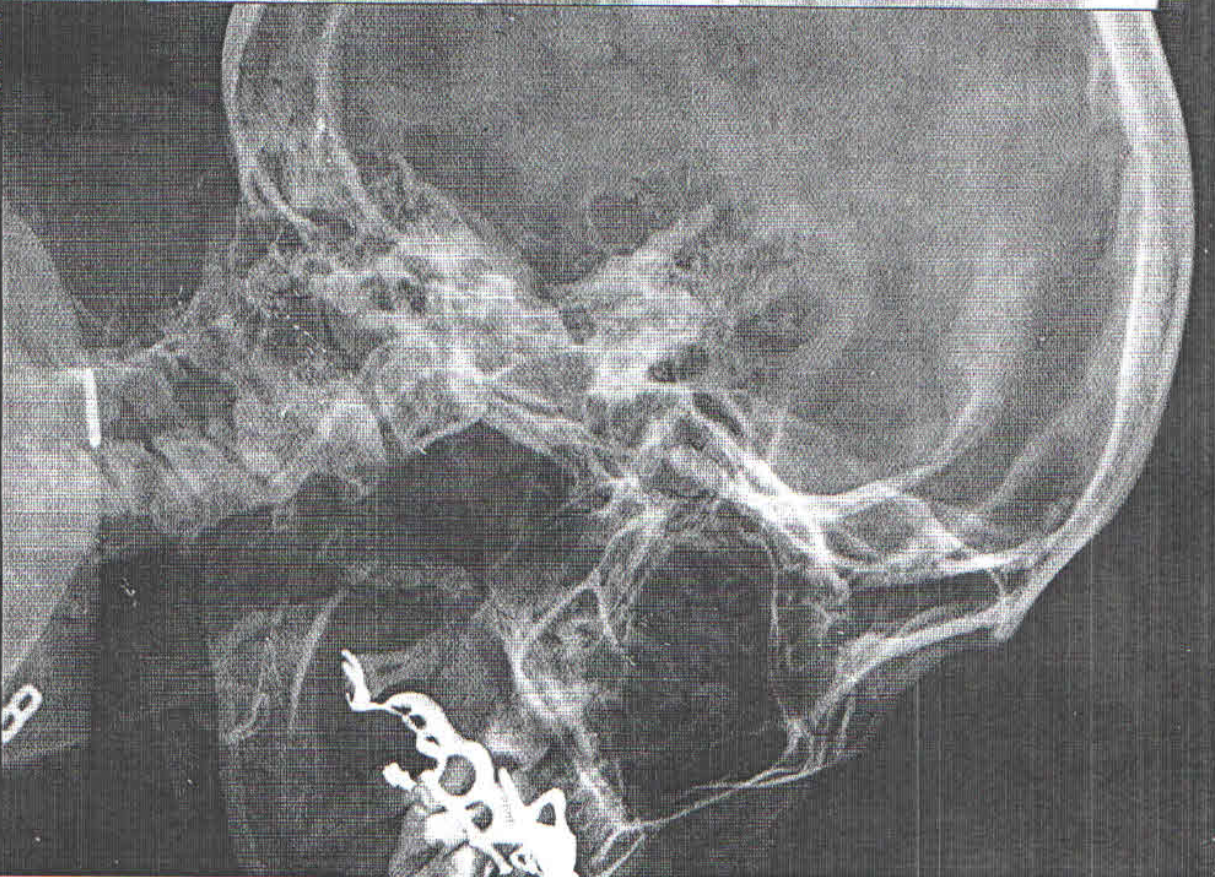
27/10/2017

82.2%

MARIA DAS GRACAS

16370

HOSPITAL CORONEL MOTA



27/10/2017

77.7%

Francineide