

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE DA SILVA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06037-2

CONTA: 00000003038-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO9082019050000000002370603700000003038135000 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190448621      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDJANE DA SILVA BARROS      **Data do acidente:** 25/03/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (P15)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRÂNIOS FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequelas

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIOS FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190448621      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDJANE DA SILVA BARROS      **Data do acidente:** 25/03/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. (P15)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRÂNIOS FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIOS FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguraderalider.com.br](http://www.seguraderalider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Ivan Alves

RG nº 139.1701 SSP

, data de expedição 04/02/85

Órgão SSP/PA

, portador do CPF nº 269.137.983-34

com domicílio na cidade de Boca Vista, no Estado de Roraima

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Pagan da Silveira Marques, nº 429,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Folyane da Silva Barros, cujo o condutor era

Irving Raymond Soares de Azevedo.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 125 Fan Ano: 2008

Placa: NAV 8150 Chassi: 9C2JF30708R07204

Data do Acidente: 25/03/19

Local e Data: Boca Vista RR, 06/05/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Assinatura do Declarante

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão José Bonifácio, 414 - Boca Vista - RR

Irving Raymond Soares de Azevedo

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**DANIEL AQUINO**

Cartório do 2º Ofício de Boca Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Antônio Teixeira, 4927 - Bloco B - Boca Vista - RR  
Fone: (65) 3527-8588  
E-mail: daniel.aquino@tabelionato2oficio.com.br

107.749

107.749  
Túlio Oliveira de Aquino  
Escrivão Autorizada

Testemunho de verdade, RG  
que dou fôr. Boca Vista/RN, 07 de maio de 2019.  
neste ofício assinei abaixo em cidades portal da lei.com.br  
CFIT682966NAUSN120F32703 /

Documentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

**DANIEL AQUINO**  
107.216.5cd06aehb90a1  
Reconheço por VERDADEIRA(s) firma(s)  
IRVING RAYMOND SOARES DE AZEVEDO

Em testamento de verdade, RG  
De que dou fôr. Boca Vista/RN, 09 de maio de 2019.  
Consulte sua(s) assinatura(s) abaixo em cidades.portal da lei.com.br  
RECIF1682961NO1BUJ88B9XJF30 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

**DANIEL AQUINO**

## ... Guia de Atendimento 17 ...

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1<sup>a</sup> Classificação Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901088699	25/03/2019 08:51:04	<b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>			DIURNO 07-19	10
Paciente						
<b>EDJANE DA SILVA BARROS</b>	Data Nascimento	Idade	CNS		CPF	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	8960019	SSP/RR	03/02/1993	F	SOLTEIRO(A)	ABARE - BA
Mãe					Naturalidade	Nacionalidade
TEREZINHA MONTEIRO DA SILVA					Pai	BRASILEIRA
Endereço				NI	Contato	(95) 98105-2930
RUA - CJ-3 - 429 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR					Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento		Procedimento Sol.			
Setor	<b>URGÊNCIA</b>					
<b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada					
Queixa Principal	<b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>					
<i>Acidente automobilístico</i>			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>11:06h</u> )				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
<p><i>Hora: abd e pelve, presença de ferimento contuso em região supraorbital, infraorbital, capacete não foi usado.</i></p> <p><b>Exame Físico</b></p> <p>A: Sintomas: <i>Abd e pelve, s/ indícios de trauma em supraorbital, infraorbital, capacete não foi usado.</i></p> <p>B: Sintomas: <i>Abd e pelve, s/ indícios de trauma em supraorbital, infraorbital, capacete não foi usado.</i></p> <p>C: FC: 90 bpm <i>130x26 mmHg</i></p> <p>D: ECG: 15, s/ deficit focal, s/ perda visual</p> <p>E: Ferimento em R<sup>1</sup> D, O<sup>1</sup> L<sup>1</sup></p>						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:
PREScrição				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
<i>Dipetasa 2g (7) ml</i>				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
				25 JUL 2019		
				GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - São Paulo - SP		
Conduta				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:		
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica						
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido						
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia						
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Bucamaxilo</i>						
Óbito						
Antes do 1 <sup>o</sup> Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: michele.cavalcante  
 Data/Hora: 25/03/2019 08:51:37



1901088699

Cirurgia Bucal e de Face

Possível when de ósides metacôndilos: No mento,  
ou B6, maxilar, supra-, avectos e em  
quebra óssea.

Observar deglúteos em CZO (E).

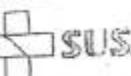
- I-1D: Frt. CZO (E)
- PDT:
  - ASH
  - S. d. TIC de Face
  - Dist-Zero

~~Bruno Araújo da Silva  
Cirurgião P. e Comaxilofacial  
CRO-RR 717~~

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cecília Jere Balbino, 414 - Boa Vista - RR

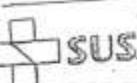


**GT**

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>Edsane da Silva Barros</i>				4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - NOME DO PACIENTE <i>Edsane da Silva Barros</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>378894</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>70131101561831101091910</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>03/02/93</i>		9 - SEXO <i>Feminino</i>
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Alexzinha Monteiro da Silva</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE <i>959831015291310</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>R. CJ-3, 429, Jockey Clube</i>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Bonito</i>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>RIT</i>
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Equimose, díguae ossos com risco de infusibrio.</i>		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b>          CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   <i>25 JUL 2019</i> </div>		
18 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b>  <i>Av. Capitão Júlio Batista, 484 - Bonito - MS</i> </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES/TESTES/ANALISES		20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura de CEO</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>Fratura de CEO</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO DA ASSOCIAÇÃO <i>HGR</i>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		
26 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO		27 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Dr. Celso Guedes Silveira</i>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Bruno Andrade</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>25/03/2019</i>		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Bruno Andrade</i>		
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> EMPREGADO) ( <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR)		37 - N° DO BILHETE <i>1</i>		
38 - CNPJ EMPRESA		39 - DESEMPREGADO		
40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> EMPREGADO) ( <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR)		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>28/03/19</i>		
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0404020526</i>		49 - RÉTIRAMENTO E CARREGAMENTO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>S074</i> <i>V299</i>		
50 - RÉTIRAMENTO E CARREGAMENTO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>783119</i>				



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

— IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE  
**HGR**  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE  
**HGR**

2 - CNES

4 - CNES

— IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
5 - NOME DO PACIENTE

**Eduardo da Silva Barros**

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
**710131161516181311010191910**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**03/02/93**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  
**Jecelina Monteiro do Silva**

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Equivocou-se, degueu ossos em ombro de infarto.**

— 18 - CONDIÇÕES DE JIGISTICO - M - INTERNAÇÃO

**Yerteria de ombro de articula gonal**

19 - PRINCIPAIS RESULTADO  
PROVAVEL

**Exame extenso, RX de tórax, TC com suspeita de infarto.**

3D

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

**Festuras de EPO**

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCERÁRIO 24 - CID 10 ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/RESIDENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**Bruno Araújo**

( ) CNS

( ) CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO  
**Bruno Araújo da Silva**  
Cirurgião-Dentista  
CRM-RJ 717

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO CON A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19/04/19

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19/04/19

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



BOLETIM OPERATÓRIO

Edjone da Silva Barros

Data: 25/03/19

OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de C20

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Red + Fix

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGÃO: Bruno Araújo

*Bruno Araújo da Silva  
Cirurgião Odontomaxilofacial  
CRO-RR 717*

1º auxiliar: Gabriel

2º auxiliar: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Jorge Vinícius

3º auxiliar: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: 12:25

FIM: 14:15

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em DDT, entubado e intubado.
- ② Anestesia + anti-refluxo axila + intub oral.
- ③ Infil traçado com N° 14 bico com VP 80. 1/3
- ④ Acessos fotossensíveis através de lacerações; dissecções por planos e avulsamento periosteal;
- ⑤ Reduções de fratura com gancho de Barros;

⑥ FIR

1 placa reta 06 furos 1.5mm

06 parafusos 06mm 1.5mm

01 placa L 04 furos 2.0mm

01 placa L 04 furos 1.5mm

04 parafusos 06mm 2.0mm

01 parafuso 06mm 1.5mm

⑦ Acessos intub oral em metâlita; dissecções por planos e desblamentos mucoperiosteal;

⑧ FIR

⑨ Revisões de hemostasia; sutura por planos;

⑩ Revisões de sistemas;

⑪ Alta cirúrgica.

*Bruno Araújo da Silva  
Cirurgião Odontomaxilofacial  
CRO-RR 717*



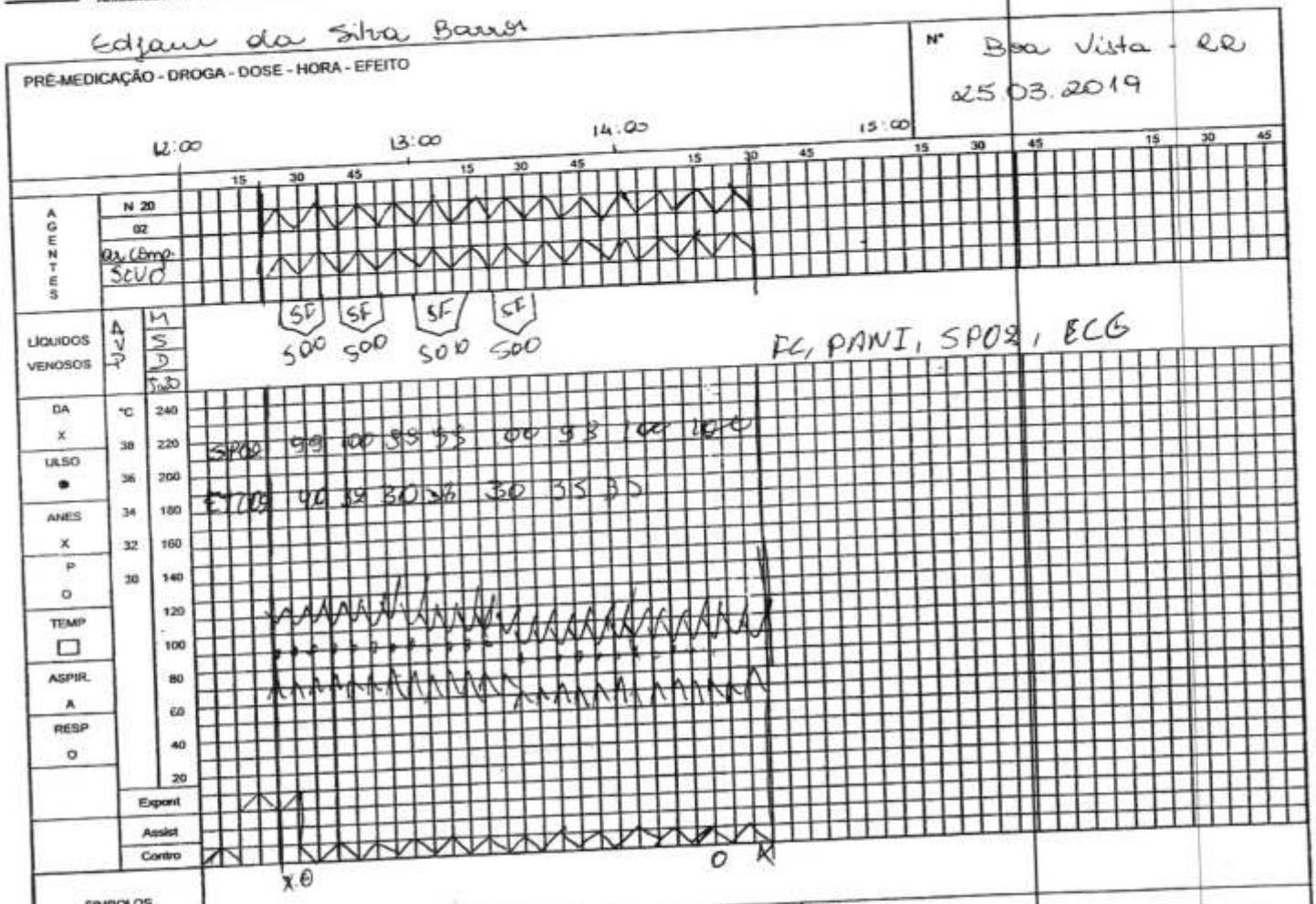
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

## FICHA DE ANESTESIA

Edjane da Silva Barros

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Boa Vista - RR  
25/03/2019



AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil 200 mcg		1. Anestesia geral balanceada	* check list + monitorização
B Propofol 150 mg		IOT acoplada VM sob VC	1. Pré - oxigenação 3 min 02 100%
C cis atracurio 10 mg		em sistema fechado CO <sub>2</sub> absorvedor de CO <sub>2</sub> .	2. Fentanil 200 mcg
D			3. Propofol 150 mg
E			4. Lidocaina 60 mg
G			5. cis atracurio 10 mg
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cámla - Naso / Oro Faringea Naso / Oftálmica - Cega	6. IOT com TOT 7,0 com cuff sob Vestidação direta + acoplado VM
NDCC		Bal - Tamp - Calibre do Tubo 7,0	7. Cisplatinha 2g EV
SANGUE		Sob Máscara	Laringo - Espasmo - Excesso Secos Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
SF 0,9% 2000ml		Dificuldade Técnica: N/A	Hemorragia - Amínia Brad Taquicardia - Choque
TOTAL	2000ml	TEMPO DE ANESTESIA 12:20 - 14:30	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIO
			Dr. Sergio
			PERDA SANGUÍNEA

Dra Camila R<sub>3</sub>  
Dra Bárbara R<sub>1</sub>  
Dr. Gerson R<sub>1</sub>

- 8. Dexantetamina 10 mg EV
- 9 - Ondansetron 8 mg
- 10 - TRAMALE 100mg + STAY!
- 11 - DIPIRONA 2g EV
- 12 - NEOSTIGMINA
- 13 - ATROPINA 0,175mg
- 14 - EXTRUBATO e suco condensador
- A SIAPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Ido de 26 Ediane da Silva Santos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
		6T		25/103/2019
TIPO		CIRURGIA		
Redução de fratura C20		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
		12:25	14:15	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO	Dr. Bruno Gabriel			Dr. Mariano Dr. Danielly Andressa R. R. Dr. Everon R.
1º AUXILIAR				
2º AUXILIAR				
TIPO DE ANESTESIA: Geral		EQUIPE MÉDICA		
QD	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		2	FIO VICRYL N° 5-0
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 5-0
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	m		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° JS			FIO CATGUT SIMPLES N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		1	Gel CO m: 18
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		1	Equipo mao gel
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	T. OT m:
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
Consumo				OUTROS: Clorasept m:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
<input checked="" type="checkbox"/>	Erika	SUB- TOTAL		
FUNCTIONARIO/CALCULOS	CIRCULENTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Baio	TAXA DE ANESTESIA		
	Rufallha	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA [REDACTED]

Tipo Cirurgia:

Redução de Fratura C20

Data: 25/03/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Ed Jane da Silva Barros

Idade 26

Bloco: GT Enfermaria \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Caixa: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Bahia e Rio Jequiri

Sala 02

Conferencia Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Microplicar reto 6 furos 1(0003)

Parafuso 6mm sistema 1.5 110247 7) Quantidade

Parafuso L4 Furos Sistema 2.0 PA 0759 (1) Quantidade

parafuso 6mm Sist 2.6 PA 0258 (4) " "

Microplicar L 4 furos 1.5 PA 0326 (1) "

Bruno Araújo da Silva  
Clínica Bucal e Maxilofacial  
CEP 69.071-717

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

Alongar a AAS e  
Mega HSE - DM

# SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



**NOME:** Edylene dos Anjos Barros Amorim de Oliveira e Henrique

**SESAU**  
**Jog** **Md** **de** **Maca** **cão** **Zenos** **Amorim** **de** **Oliveira** **e** **Henrique**

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

Data: 25/03/19  
Reg. \_\_\_\_\_  
Idade: 26

TRANSPARATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Inicio Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada + Padrão de Fístula	Anestesia	T	P	PA	SPO2
<u>12.12</u>	<u>12.25</u>	<u>R:14</u>	<u>19:15</u>		<u>Fístula Genital</u>	<u>Locização</u>	<u>15'</u>	<u>106</u>	<u>98</u>	<u>93</u>

Chegada: 12.10  
Experiência:  Utilizou Internação:  UTI, 1  
Outros:  Fístula Genital Ceto

Hidratação	Antibiótico	Hemoderivados
Infundida SG a 0,9%: <u>2000</u>	Nome: <u>Gelofusoch</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
SG a 10%: <u>2000</u>	Dose: <u>2g</u>	Plasma: <u>0</u>
Outros:		Plaquetas: <u>0</u>

Nº de compressas oferecidas: 09  
Nº de compressas recolhidas: 09  
Anatomia Patológico:  Não

Sinais Vitais: T 37 °C P 80 bpm R 16 rpm  
SAT 97 % PA 102/66 mmHg

( ) Regular  Irregular  Cultura  Outros: \_\_\_\_\_

2. Curativo  Dreno  Acesso Venoso

3. Dreno  4. Acesso Venoso

5. Outros:

Balanço Hídrico

EV 0 HV 0 Entradas: 0 SNG: 0 Saídas: 0

Dreno: 0 Diurese: 0 SNG: 0 Outros: 0

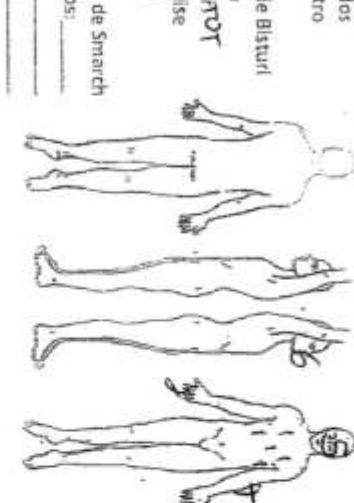
Entrada: 0 Saída: 0

Ass.: SRPA

Destino:  SRPA  UU  Outros: 0

3. Sinais Vitais:  
T 37 °C P 80 bpm  
FC 135 PA 102/66 mmHg  
SAT 97 % R 16 rpm  
() Regular  Irregular  Cultura  Outros: \_\_\_\_\_

Legendas:  
1. Dierotos  
2. Oimetro  
3. PVC  
4. Início de Blstur  
5. Ceteterot  
6. Venodilat



4. Condições da Pele:	5. Drenos:	6. Balanço Hídrico:
<input checked="" type="checkbox"/> FAB	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno	EV: <u>0</u>
<input checked="" type="checkbox"/> FAS	<input checked="" type="checkbox"/> HV	HV: <u>0</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura	<input checked="" type="checkbox"/> Entradas: <u>0</u>	SNG: <u>0</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno: <u>0</u>	Saídas: <u>0</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Hematoma	<input checked="" type="checkbox"/> Diurese: <u>0</u>	Outros: <u>0</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Frio	<input checked="" type="checkbox"/> SNG: <u>0</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>0</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Edema	<input checked="" type="checkbox"/> Entrada: <u>0</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Avulsão	<input checked="" type="checkbox"/> Saída: <u>0</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Abrasão	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome: <u>0</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Infecção	<input checked="" type="checkbox"/> Causas: <u>0</u>	

Instrumento elaborado pelas Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015

Destino:  SRPA  UU  Outros: 0

Ass.: SRPA

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## ANEXO DA INSTRUÇÃO INVESTIGADA

ANTES DA INCISÃO

Paciente: Edson Júnior Sá Barroso  
Anestesista: Vanufera de Souza Damasceno

Antes de sair da sala de operações

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISponíveis

## PACIENTE CONFIRMOU:

 Identificou O Sítio Cirúrgico Procedimento Questionamento Aplica Não se Aplica

## PAUSAGEM CIRÚRGICA (Sala Operatória)

## SAÍDA (Sala Pos Operatoria)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

 Sim  Não

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

 Não se aplica Sim, e o uso endovenoso adequado e planejamento Não fluidos Dr. Edson Júnior Sá Barroso Hora: 14:50 Qual: Luciano dos Santos Enfermeiro SENNR 352 112 Assinatura e CrimboData: 29/03/2019Assinatura: Hora: 14:50

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Governo do Estado de Roraima  
Administrador do Hospital de Balsas



NOME DO PACIENTE	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
<b>Ediane da Silva Barreto</b>			

UNIDADE / SETOR	HORA	DATA / HORA
<b>HNC</b>		

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	DATA / HORA
<b>BUNICURATO</b>	

PREScrição	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

25/03/19	14 22 06 10	24h PA = 110x69
1	14 22 06 10	FC = 98
2	14 22 06 10	FR = 17
3	14 22 06 10	TAX. 36.3
4	14 22 06 10	
5	14 22 06 10	
6	14 22 06 10	
7	14 22 06 10	
8	14 22 06 10	
9	14 22 06 10	
10	14 22 06 10	
11	14 22 06 10	

~~Brutto Atuliano da Silva  
Cirurgião Dentista Maxilofacial  
CRO-RR 717~~

**NIR**  
Regulado  
para leito  
junto

~~2021-03-25~~  
Regulação Interna



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
EVOLUÇÃO DIÁRIA



ME: Edjore da Silva Barros

TA: 26 / 03 / 19

LEITO: GT  
Sala de reanimação

NAMNESE:

Paciente no leito no momento da visita. Comunicativo, desabulando. BEG, LOTE, AAA. Aquecendo edema em hemi-face (E), hemorragia Subconjuntival em olho (E), queixa-se de alergia em hemicorda Superior (E) e má exclusão, olho molhado.

ELO:

FIQ:

DT:

Orientada e paciente quanto o TTO.  
Frat: CEO

Ac. Jéssica Colaço  
Faculdade Cathedral  
Odontologia  
Assinatura R.C. 415190

NAMNESE:

ELO:

FIQ:

DT:

Assinatura e carimbo



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF  
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



### RESUMO DE ALTA

Paciente: **EDJANE DA SILVA BARROS**

Data da internação: 25/03/2019

Data da alta: 27/03/2019

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilo.

#### DIAGNÓSTICO

FRATURA CZO

#### TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA.

#### EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocromado, sem álgicas, sem intercorrências. Paciente receberá alta com prescrição medicamentos e orientação de retorno ao HCM com o Dr. Bruno Arujo.

#### ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cesário Júnio Belchior, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gómes, S/N  
Novo Pianalto. Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

17 JUL 2019

Certifico-e-Dou-Fe que a presente  
cópia é fidel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Ass. Cirurgião (CR 717)

Bruno Andrade da Silva  
Cirurgião Bucomaxilofacial



## RESUMO DE ALTA

Paciente: EDJANE DA SILVA BARROS

Data da internação: 25/03/2019

Data da alta: 27/03/2019

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilo.

### DIAGNÓSTICO

FRATURA CZO

### TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA.

### EVOLUÇÃO

BEG. AAA, normocromado, sem álgicas, sem intercorrências. Paciente receberá alta com prescrição medicamentos e orientação de retorno ao HCM com o Dr. Bruno Arujo.

### ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

CENTE SEGURADORA S/A  
Av. Ceará 2000 Distrito, 444 - São Paulo - SP

*[Handwritten Signature]*  
Bruno Henrique da Silva  
Assessoria de Cirurgião (CRO)  
CRO-RR 717

RECEBEMOS DE TECHNOVA - COMERCIO E SERVICO HOSPITALAR LTDA ME OS PRODUTOS SERVICOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e  
Nº 000.000.157  
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR (GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA)

## TECHNOVA - COMERCIO E SERVICO HOSPITALAR LTDA ME

RUA DOUTOR ARNALDO BRANDÃO, 79  
Bairro: SÃO FRANCISCO  
BOA VISTA - RR - 69305-080  
Fone: (95)3224-8716 Fax: (95)



DANFE

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

I



CHAVE DE ACESSO:

1419 0420 5117 0800 0114 5500 1000 0001 5713 8242 9737

Nº 000.000.157

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 / 1

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz  
Autorizadora.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO

314190000814442 - 03/04/2019 15:19:54

CNPJ  
20.511.700/0001-14

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240262488

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

ENDERECO

PRAÇA CENTRO CIVICO, 1

CÓDIGO

CNPJ/CPI  
009904 84.012.012/0001-26

DATA DA EMISSÃO

01/04/2019 11:56

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP

69.301-380

DATA DA ENTRADA/SAIDA

01/04/2019 11:56:40

FOREFAX

UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA

(95) 3623-8978

RR 249010238

11:56

MUNICÍPIO

E. VISTA

NÚMERO:

VENCIMENTO:

VALOR:

100177-11

01/05/2019

3.519,75

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.519,75

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.519,75

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

1 - Dest/Ram

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNT/ACPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

NCM/SH

CS

CFOP

UN

QUANT.

VALOR UNTE.

VALOR TOTAL

VALOR

ICMS

ICMS ST

VALOR

ICMS

ICMS/PI

VALOR

ICMS

ICMS/PI

035579

Micro placas reta em titânio diâmetro 1,5 mm a 17mm com 4 furos

90211020

0102

5102

UN

1,00

287,50

287,50

0,00

0,00

0

0

0

0

035597

Parafuso cortical em titânio diâmetro de 1,5 a 17mm tipo crossdrive autoperfurante tamanho 6 mm

90211020

0102

5102

UN

7,00

51,75

462,25

0,00

0,00

0

0

0

0

035589

Miniplaca em titânio L direita média diâmetro de 2,0mm com 4 furos - TR 36, MEC

90211020

0102

5102

UN

1,00

1.100,00

1.100,00

0,00

0,00

0

0

0

0

035388

Parafuso cortical em titânio diâmetro de 2,0mm tipo crossdrive autoperfurante tamanho de 6 mm

90211020

0102

5102

UN

4,00

167,50

670,00

0,00

0,00

0

0

0

0

035984

Micro placas reta L em titânio 6,0 mm a 7,5 mm, com 4 furos

90211020

0102

5102

UN

1,00

1.100,00

1.100,00

0,00

0,00

0

0

0

0

- TRAUMEC

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PACIENTE: EDIANE DA SILVA BARROS

PROCEDIMENTO: REDUÇÃO DE FRATURA - C20

REALIZADA DIA: 23/03/2019

CIRURGÃO RESP. DR. BRUNO

LOCAL: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HOR

PROCESSO N° 0260 - 012-2-184

25 JUL 2019

RESERVADO AO FISCO

GENTE SEGURADORA S/A

Avenida Capitão Júlio Braga, 414 - Boa Vista - RR



## FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: ALFA

Nº

0070

EQUIPE: *Belto / Seco*Paciente: *Edjane da Silva Barros*

Idade: 25 Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [X] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]

Endereço: *CJ 03 c/ CJ 06 S/N Rio Pátria Bairro Jockey Clube*

Nº 1744

DATA 25/03/19

HORA J/9: 08:05

BASE ( ) VIA ( )

RÁDIO ( ) CELULAR ( )

Médico (a) Regulador (a):

Dr. Elédio

HORA J/10: 08:18

MOTIVO INICIAL

Traumático

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] 1 a 3 horas [ ] 4 a 24 horas [ ] Mais de 24 horas [ ] Não sabe [ ]

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- |                                                          |                                                |                                           |                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura       | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento  | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico  | <input type="checkbox"/> Transferência       |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF           | <input type="checkbox"/> Envenenamento         | <input type="checkbox"/> Queda            | <input type="checkbox"/> Exame complementar  |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB           | <input type="checkbox"/> Afogamento            | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros              |

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <i>Notado na p</i>
<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança
		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miase
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tequicardico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparência Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade

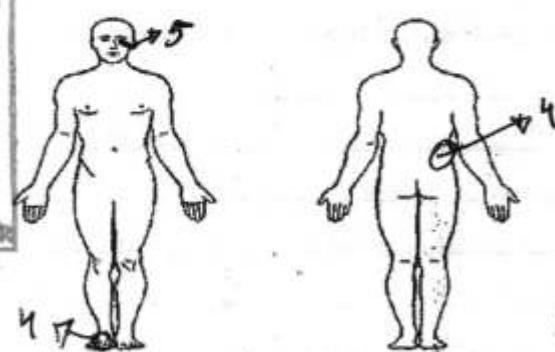
## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio <i>08:21</i>	<i>120/80</i>	<i>78</i>	<i>22</i>	<i>99</i>	—	—	<i>7</i>	<i>15</i>
Fim								

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA		CONTEÚDO DA MINISTRO - DPVAT	
1 - Dor	<b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>		
2 - Hematoma			
3 - Contusão			
4 - Escoriação			
5 - Lacerção			
6 - Luxação			
7 - Fratura fechada			
8 - Fratura exposta			
9 - Amputação			
10 - Evisceração			
11 - Afundamento de crânio			
12 - Ferimento penetrante			
13 - Tórax instável			
14 - Enfisema subcutâneo			
15 - Ferida aspirativa			
16 - Empalamento			
17 - Outros			

25 JUL 2019



## ABERTURA OCULAR

- 1 - Espontânea  
3 - Ao comando  
2 - À dor  
1 - Sem resposta

## RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado  
4 - Confuso  
3 - Palavras inapropriadas  
2 - Palavras incompreensíveis  
1 - Sem resposta

## RESPOSTA MOTORA

- 5 - Obedece a comandos  
5 - Localiza a dor  
4 - Movimento de retirada  
3 - Flexão anormal  
2 - Extensão anormal  
1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFFECTAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PÉGREGA	
<input type="checkbox"/> Rítmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HÁS	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva			

GRAVIDADE COMPROVADA	[ ] Ileso	[ ] Pequena	[ ] Média	[ ] Severa	[ ] Óbito

SAMU 192-BV  
CONFIRME COM  
ORIGINAIS  
Em 13/06/19  
Stephanie  
Rubrica:

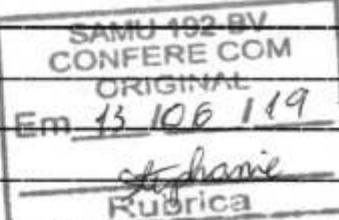
INCIDENTES	MÉDIOS ACIONADOS	POLÍCIA MILITAR	BOMBEIRO
<input type="checkbox"/> Cancelamento			
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento			
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local			
<input type="checkbox"/> Trote			
		<input type="checkbox"/> Guarda Municipal	<input type="checkbox"/> Outros:
		<input type="checkbox"/> SMTRAN	

B-11

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:						
	Nome do Receptor:						
	Função do Receptor:						
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:						
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:						
	Assinatura do Paciente: <b>MINISTROS - DPVAT</b>						
TESTEMUNHA 01:	RG: _____						
TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____						
25 JUL 2019							
<b>GESTANTE</b>							
Idade Gestacional:	<b>GENTÉ SEGURADORA S/A</b>	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	Av. Cepélio Júnio Dantas, 684 - Bessa - 59010-110	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante				
BCF:		<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante				
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input checked="" type="checkbox"/> Outros: OS SF 250ml.				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
<b>MEDICAMENTOS PRESCRITOS</b>							
FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA

#### OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Idosa de sexo F, 25 anos, latr, sem medo, edema muito com  
muito, encontrada sentada num coparete, representando um Cate-  
lherante na região do zigomato curvado, escoriações no pí-  
ânculo e olho direito. Solicitamos gravação do B-II; para nos  
prestar apoio. Informamos ao médico regulador; o mesmo nos  
informou para la B-II conduzir ao topo do H-G-R. Vizinha  
conduzida ao topo do H-G-R pelo B-II





## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0491

SUB-UNIDADE SAMU BV

BRAVO II

EQUIPE: Tucuê / Rivaldo.



Paciente: EDILANE DA SILVA BARROS

Idade: 26

Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Endereço: R: CJ3

Bairro

Jockey Club.

Nº 4744

DATA 25/03/19

HORA J/9: 08:10

BASE

X

VIA ( ) RÁDIO ( )

Médico (a) Regulador (a): DR. E. Ládio

HORA J/10: 8:23

CELULAR

MOTIVO

INICIAL

COLISÃO MOTO X MOTO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( )

1 a 3 horas ( )

4 a 24 horas ( )

Mais de 24 horas ( )

Não sabe ( )

LOCAL DA OCORRÊNCIA (no círculo do acidente)

- Acidente de trânsito  
 Agressão física / espancamento  
 Agressão física – FAF  
 Agressão física – FAB

- Urgência psiquiátrica  
 Tentativa de suicídio  
 Envenenamento  
 Afogamento

- Queimadura  
 Choque elétrico  
 Queda  
 Urgência clínica

- Urgência obstétrica  
 Transferência  
 Exame complementar  
 Outros

AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO (na viatura)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Pedestre  
 Condutor  
 Passageiro  
 Ignorado

- A pé  
 Automóvel  
 Motocicleta  
 Bicicleta

- Ônibus  
 Micro-ônibus  
 Outro

- Automóvel  
 Motocicleta  
 Ônibus  
 Micro-ônibus

- Bicicleta  
 Animal  
 Outro

- Capacete  
 Cinto de segurança  
 Airbag  
 Assento para criança

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

## VÍTIMA

## MEIO DE LOCOMOÇÃO

## OUTRA PARTE ENVOLVIDA

## ITENS DE SEGURANÇA

- Livre  
 Obstrução Parcial  
 Obstrução Total  
 Corpo estranho  
 Outro: \_\_\_\_\_

- Apnéia  
 Dispnéia  
 Bradipneia  
 Taquipneia

- Bradicardico  
 Taquicardico  
 Enchimento capilar acima de 2°  
 Pulso radial ausente  
 Pulso central ausente  
 Cianose central  
 Extremidade

- Mofo  
 Midriase  
 Anisocoria [ ] D [ ] E  
 Aparentemente Alcoolizado  
 Agitação psicomotora

## AVALIAÇÃO INICIAL

## VIAS AÉREAS

## VENTILAÇÃO

## CIRCULAÇÃO

## AVAL. NEUROLÓGICA










## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 09:24	120x80	100	20	99			04	15
Fim 09:51	120x70	58	21	99			04	15

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

## LESÃO IDENTIFICADA

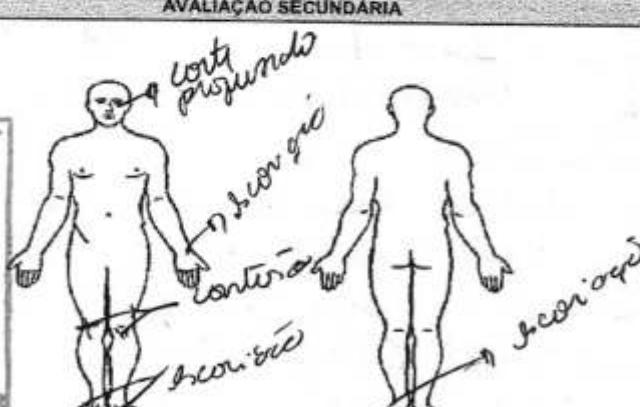
- Dor  
 2 - Hematomas  
 Contusão  
 4 - Escoriação  
 Laceração  
 6 - Luxação  
 7 - Fratura fechada  
 8 - Fratura exposta  
 9 - Amputação  
 10 - Evisceração  
 11 - Afundamento de crânio  
 12 - Ferimento penetrante  
 13 - Tórax instável  
 14 - Enfisema subcutâneo  
 15 - Ferida aspirativa  
 16 - Empalamento  
 17 - Outros

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

CENTRO SEGURO S/A

Av. Presidente Júlio Batista, 414 - Set. Vila - RJ



## ABERTURA OCULAR

- Espontânea  
 3 - Ao comando  
 2 - À dor  
 1 - Sem resposta

## RESPOSTA VERBAL

- Orientado  
 4 - Confuso  
 3 - Palavras inapropriadas  
 2 - Palavras incompreensíveis  
 1 - Sem resposta

## RESPOSTA MOTORA

- Obedece a comandos  
 5 - Localiza a dor  
 4 - Movimento de retirada  
 3 - Flexão anormal  
 2 - Extensão anormal  
 1 - Sem resposta

(15)

## AVALIAÇÃO CARDIÁCA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

- Ritmo Sinusal  
 Taquicardia Sinusal  
 Flutter Atrial  
 Fibrilação atrial

- FV  
 TV  
 AESP  
 Assistolia

- Neurológica  
 Respiratória  
 Cardiovascular  
 Digestiva

- Metabólica  
 Infecciosa  
 HAS

- Diabetes  
 Cardiopatia  
 HAS

Alergias  
 Outros

AAS, Mom  
NA.

Medicação de uso

AMITRIPTILINA: 30  
ACETALICINA: 50

## GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] Ileso

[ ] Pequena

[ ] Média

[ ] Severa

[ ] Óbito



Dr. Kleber Reigal  
Cirurgião Geral  
CRM-RJ 1710

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Em 13/06/19

Bombeiro  
Outros:

Stephanie

Brubica

INCIDENTES

- [ ] Cancelamento  
 [ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização  
 [ ] Não se encontrava no local  
 [ ] Trote

MEIOSACIONADOS

- [ ] Polícia Militar  
 [ ] Guarda Municipal  
 [ ] SMTRAN

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:																																																						
	Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:																																																						
TERMO DE RECUSA	<p>Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:</p> <p>Assinatura do Paciente: _____ RG: _____</p> <p>TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____</p> <p>TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____</p>																																																						
	<p><b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b> <b>CONTÉNUO NÃO VERIFICADO</b></p> <p>25 JUL 2019</p>																																																						
	<p><b>GENTE SEGURADORA S/A</b> Av Capitalista Belarmino Alves - Bloco 100 - 100</p> <p><b>GESTANTE</b></p> <p>Idade Gestacional: _____</p> <p>Perda de líquido: _____</p> <p>BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes      <input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva  <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.      <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante  <input type="checkbox"/> Contrações com duração &gt; 30s      <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante</p>																																																						
	<p><b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspiração      <input type="checkbox"/> Máscara laringea      <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca      <input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas  <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel      <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie      <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical      <input checked="" type="checkbox"/> Curativos  <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min      <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica      <input type="checkbox"/> Headblock      <input type="checkbox"/> Parto vaginal  <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min      <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria      <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa      <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência  <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min      <input type="checkbox"/> Dreno de tórax      <input checked="" type="checkbox"/> Tirantes      <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação  <input type="checkbox"/> Intubação orotracheal      <input type="checkbox"/> Descompressão torácica      <input type="checkbox"/> KED      <input type="checkbox"/> Outros:  <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº _____      <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____      <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo</p>																																																						
<p><b>MEDICAMENTOS PRESCRITOS</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FÁRMACO</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> <th>FÁRMACO</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 13/06/19 Lymphomie Rubrica</p>								FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA																																								
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA																																																

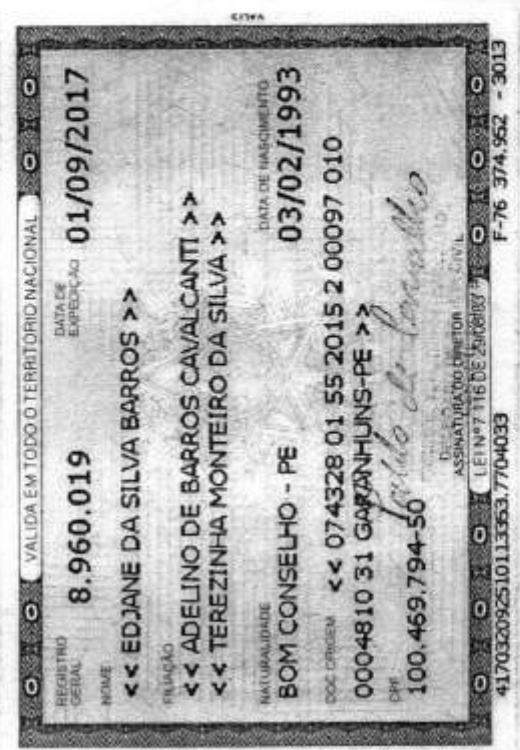
06 PARES DE LUNAS 'G'  
01 5% g.; 250 ml + 0% pct GASES  
03 ATAD. - Bar. OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

## OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Fomos acionados por uma ocorrência de trânsito, colisão moto x moto (traumé) encontro com a passageira de um dos motociclistas envolvidos no mesmo acidente, a mesma estava vestida /4076 e só sobre os cintos de segurança, realizamos o pronostamento e a colocarmos dentro da LTR, ligamos o painel de regulação e informamos os procedimentos realizados dentro do abordagem primária e secundária.

A vítima apresenta um corte profundo e  
profundo no face nas regiões do zigomato-  
eo e suspenso (E), além de escoriações  
e contusões em MSE (maxilar), MMT (patelar) e  
MMT (pop), porém sem pernadas.

A vítima foi enterrada no G-1 do HCR conforme orientação do Dr. Elopes.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**905314502**

NOME <b>DENILZE CORREA DANTAS</b>		DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/R.F. <b>3142655 SSP RR</b>
CPF <b>792.657.152-00</b>		DATA NASCIMENTO <b>08/03/1979</b>
FILIAÇÃO: <b>JOSE DE SOUZA CORREA</b>		
EVANGELINA LOBATO DA SILVA		
PERMISSÃO	ACC	CAT.HAB. <b>B</b>
Nº REGISTRO <b>04953412311</b>	VALIDADE <b>20/08/2019</b>	1ª HABILITAÇÃO <b>31/05/2010</b>
OBSERVAÇÕES		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL <b>BOA VISTA - RORAIMA</b>	DATA DE EMISSÃO <b>25/08/2014</b>	
 Denilze Correa Dantas Motorista - Presidente DETRAN RR		NR. MATRÍCULA DO VEÍCULO <b>59564648026</b> <b>RR207683212</b>
<b>DETRAN RR (RORAIMA)</b>		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**905314502**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Batista, 414 - Boa Vista - RR

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

100.469.794.50

4 - Nome completo da vítima:

Ediane da Silva Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Ediane da Silva Barros

6 - CPF:

100.469.794.50

7 - Profissão:

8 - Endereço:

do lar

Rua Raquel da Silva Marques

9 - Número:

429

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Japuí Clube

Belo Horizonte

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

69.313.165

15 - E-mail:

lidiobaivista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel. (DDDI):

(051) 99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6037 CONTA: 3038

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **{assinalar uma das opções}**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

25 JUL 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

GENTE SEGURO S/A

Av. Presidente Vargas, 114 - Belo Horizonte - MG - CEP 30130-000

INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vanaser?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Belo Horizonte - PE 05 de julho 2019

Ediane da Silva Barros

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

537031 - Invº

FARMA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019



GENTE SEGURA RORAIMA

Al Capone Jefo Desarrollo

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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 018104/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 19/06/2019 09:57 Data/Hora Fim: 19/06/2019 10:15  
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 19/06/2019  
 Delegado de Policia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
 Data/Hora do Fato: 25/03/2019 07:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
 Logradouro: raquel da silva marques

Bairro: Jóquei Clube

Ponto de Referência: cruzamento com a rua professor valdecir botosa  
 Tipo do Local: Via Pública

**Natureza**

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

**Meio(s) Empregado(s)**

Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: IRVING MAYNARD SOARES DE AZEVEDO (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade:PE - Garanhuns

Sexo: Masculino

Nasc: 02/06/1987

Profissão: Comerciário

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida Soares de Azevedo

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: rua raquel da silva marques  
 Bairro: Jóquei Clube

Nº: 429

Nome Civil: EDJANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade:PE - Bom Conselho

Sexo: Feminino

Nasc: 03/02/1993

Profissão: Técnico em Enfermagem

Estado Civil: Casado(a)

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 100.469.794-50

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: rua raquel da silva marques  
 Bairro: Jóquei Clube

Nº: 429

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018104/2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 269.137.983-34

Placa NAV8150

Renavam 00941818004

Número do Motor JC30E78072014

Número do Chassi 9C2JC30708R072014

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN

Modelo HONDA/CG 125 FAN

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 29/11/2012

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Irving Maynard Soares de Azevedo

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que, no local e data supracitados, conduzia a motocicleta que de propriedade de JOSE IVAN ALVES e tinha como passageira em sua motocicleta a Sra. Edjane da Silva Barros, quando em determinado momento uma motocicleta invadiu a sua preferencial causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou lesões corporais no comunicante e na Sra. Edjane, inclusive a Sra. Edjane fraturou um osso de seu rosto. Após o acidente a condutora da motocicleta causadora do acidente permaneceu no local ate a chegada do SAMU. O SAMU compareceu no local, efetuou os primeiros socorros e os encaminhou ao HGR. A PM não compareceu no local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT

Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

MAT: 42000797

Irving Maynard Soares de Azevedo

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de que sou eu (não é o meu endereço) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 318, § 1º, parágrafo 1º, e 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

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