

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: 000000003038-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0908201905000000000023706037000000003038135000 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 CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# 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 ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRÂNIO 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 CRÂNIO 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

### DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradotalider.com.br](http://www.seguradotalider.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 1391701 SSP

data de expedição 04 / 02 / 85

Órgão SSP/PA

portador do CPF nº 269.137.983-34

com domicílio na cidade de Boa Vista

no Estado de

L. Romaine

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Paquet da Silva Marques

№ 429

complemento

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

03 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Polyme da Silver Barres.

cujo o condutor era

Irving Raymond Soares aka Izvedov

Veículo: Motocicleta

Modelo: Kenda / CG 135 Jam

Ano: 2008

Placa: NAV 81 50

Chassi: 9C2JC30708R0720K

Data do Acidente: 25/03/19

Local e Data: Usoa Uisk RR, 06/05/2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - SP



DANIEL  
AQUINO

**Certório de 2ª Oficina de Boa Vista**  
Daniel Aguiar - Tabelião e Registrador  
Av. Getúlio Vargas, 4907 - Boa Vista - Boa Vista/RR  
Fone: (68) 3537-8848  
Jefesib@terra.com.br

749.3.cdt.027091867  
 confere por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
 JOSÉ IVAN ALVES

testemunho da verdade. SSP  
 que deu fé. Boa VISTA RR, 07 de maio de 2019.  
 Sulte (ci) (seis) abaixo em cidadão portalssr.com.br  
 F1682968NAUBN1210F32703

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

107.749

107.749

1 de mayo de 2018

Tribuna Olivero de Aquino  
Escritura Autorizada



**DANTEI**  
**AQUINO**

107216.5cd06aebb90a1  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"IRVING MYNARD SOARES DE AZEVEDO"

Em testemunha da verdade. RSF  
De que dou eu. Dos Vista RL, 06 de maio de 2018.  
Consulte via) abaixo em cidades portaisloir.com  
RECIR1682961N01BUJ88B9X.F301

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.54 Total: R\$ 2.99

197.216

David  
Bryant

25/03/2019

... 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

1ª 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

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

10

Paciente

EDJANE DA SILVA BARROS

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

IDENTIDADE

8960019

SSP/RR

Mãe

TEREZINHA MONTEIRO DA SILVA

Endereço

RUA - CJ-3 - 429 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Setor

GRANDE TRAUMA

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Queixa Principal

Acidente automobilístico

☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Registro por:  
MICHELE.CAVALCANTE

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4

RV: 1 2 3 4 5

TOTAL

MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:00h)

torax, abd e pelve, presença de ferimento cortocortico em região supraorbitária, infraorbitária. capacete não foi usado.

Exame Físico

A: distensão

B: distensão

C: FC: 90 bpm 130 x 20 mmHg

D: RC: 15, 2 defeitos locais, 1 perda visual  
Pup. is e fotofóbicas  
E: ferimento em crânio, 01b E.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cepêlio Jairo Batista, 404 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nove Pontas - Tel: (65) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

17 JUL 2019

Certifico que a presente  
cópia é fiel reprodução original  
que foi arquivada neste hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Bucomaxilo☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ 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 Bucamaxilo-facial

Paciente com de archede maxilares: No mont.  
em BEG, nomeadamente superior, anterior e can-  
quero alar.

Observar de grau óculo em CZO (E).

e 1-ID: Fnt. CZO (E)

• PAT: ASH  
- Sol. TC de Face  
- Best-Zero

~~Bruno Araújo da Silva~~  
~~Cirurgia Bucamaxilo-facial~~  
~~CRO-RR 717~~



GT

Atto: 27.03.2019

SUS 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

2 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HGR Ediane da Silva Barros

4 - CNES: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Edsane da Silva Barros

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 373894

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7031105183110191910

8 - DATA DE NASCIMENTO: 03/02/93

9 - SEXO: FEMININO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Teresinha Monteiro da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO: 9598310529310

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): R. CJ-3, 429, Jaquei Clube

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: RIR

15 - UF: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

16 - CEP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Equimose, digital onco com abcesso infeccioso.

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO: necessidade de assistência geral

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DAS PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Exame clínico, Raio X de FACE, TC com reconstrução 3D.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura de CEO

21 - CID 10 PRINCIPAL: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

23 - CID 10 TERCIÁRIO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

25 - CLÍNICA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

27 - DOCUMENTO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Bruno Araújo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/03/2019

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO CONSELHO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

37 - Nº DO BILHETE: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

38 - CNPJ EMPRESA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

39 - CNPJ DA EMPRESA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

40 - CNPJ DA EMPRESA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

41 - CBOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

43 - EMPREGADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

44 - AUTÔNOMO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

45 - DESEMPREGADO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

46 - APOSENTADO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

47 - NÃO SEGURADO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

45 - DOCUMENTO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/3/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0404020526

50 - Nº DO BILHETE: 5024

51 - Nº DO BILHETE: V299





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Edgardo da Silva Barros

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71031105161813110101910

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Leuzinha Monteiro do Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/02/93

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Equimose, degranulação em borda inferior.

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

Necessidade de monitorização

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico, RX de face, TC com reconstrução 3D

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de ETO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Bruno Araújo

Bruno Araújo da Silva  
Clínica Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - COR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTOPIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Edjone da Silva Barros

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/03/19

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de C80

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Red + Fix

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Bruno Araujo

Bruno Araujo da Silva  
Clínico Odontomaxilofacial  
CRO-RR 717

1º AUXILIAR: Erivaldo

INSTRUMENTADORA: Jorge Vinicius

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

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

INÍCIO: 12:25

FIM: 14:15

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH, em luva, local anestesia.
- 2) Anestesia + antirreabsorção + antio oral.
- 3) Infiltração com N-VA 30 Pi 60% VA 80. 1/3
- 4) Acesso parafuso através de lâminas; dissecção por planos e descolamento periosteal;
- 5) Redução de fratura com gancho de Barros;
- 6) FIR
  - 01 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) Acesso intra-oral em maxila; dissecção por planos e descolamento mucoperiosteal;
- 8) FIR
- 9) Revisão de hemostasia; sutura por planos;
- 10) Revisão de sistemas;
- 11) Alta cirúrgica.

Bruno Araujo da Silva  
Clínico Odontomaxilofacial  
CRO-RR 717



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

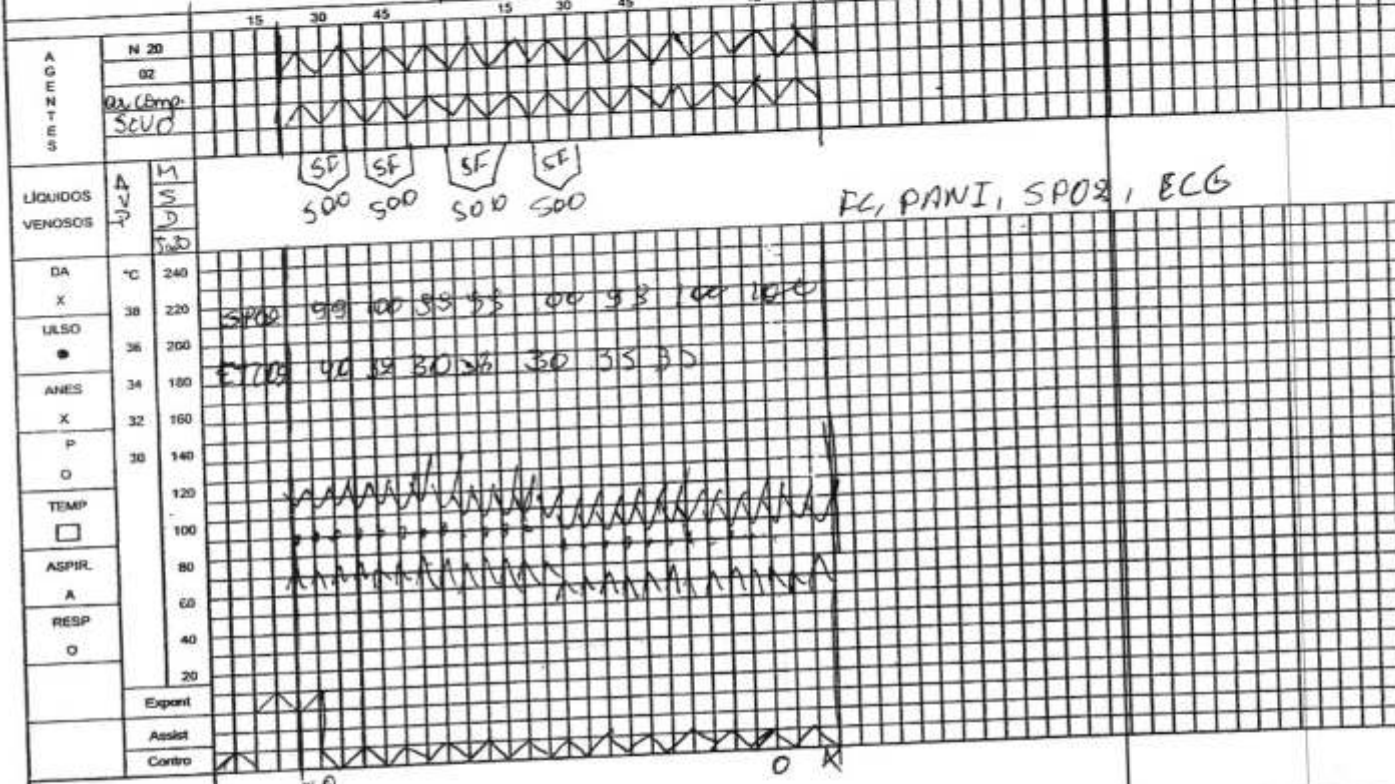
# FICHA DE ANESTESIA

Ediane da Silva Barros

Nº Boa Vista - RR  
25.03.2019

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

12:00 13:00 14:00 15:00



EC, PNI, SPO2, ECG

## SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanyl 200 mcg		1. Anestesia geral balanceada	* Check list + monitorização
B. Propofol 150 mg		IOT acoplada VM sob VC	1. Pré-oxigenação 3 min O2 100%
C. Cisatracurio 10 mg		Em sistema fechado com absorção de CO2	2. Fentanyl 200 mcg
D.			3. Propofol 150 mg
E.			4. Lidocaína 60 mg
F.			5. Cisatracurio 10 mg
G. GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Orofaringea	6. IOT com TOT 7.0 com cuff sob ventilação direta + acoplada VM sob VC
NDSD		Naso / Orofaringea - Cega	7. Alfentanila 20 mcg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo 7.0	
SF 0.9% 2000ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica NÃO	
TOTAL 2000ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO Redução de Fratura CxO		12:20 - 14:30	
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO Dr. Sergio	PERDA SANGÜÍNEA

Dra. Daniela R3

Dra. Budiana R1

Dr. Gerson R1

8. Dexmedetomidina 10 mcg IV
9. Opióides 8 mcg
10. TRANXIL 100 mcg + SF 0.9%
11. DILATADOR 2g IV
12. NEOSTIGMINA 0.5 mg
13. ATROPINA 0.75 mg
14. ETOBATO E FUCONAZOL
15. A SEPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 26	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Edjane da Silva Gomes	6T			25/10/2019
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Redução de fratura CEO	12:25	14:15		
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
	CIRCULANTE			
	TEMPO DE DURAÇÃO:			

TIPO DE ANESTESIA: Geral					
QI	VT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
		PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
		LUVA ESTERIL 7.5		2	FIO VICRYL Nº 5-0
		LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 5-0
		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
4	1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	m		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
		LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº
		DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
		DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
		DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
		SERINGA 01ML			SURGICEL
		SERINGA 03ML		1	
		SERINGA 05 ML		1	
		SERINGA 10ML		1	
		SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
					OUTROS: Clorad m

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA

Buco - Masaxlo

Tipo Cirurgia:

Redução de fratura C20

Data: 25/03/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Ediane da Silva Gomes

Idade 26

Bloco: GT Enfermaria Leito:

Caixa:

Nº

Circulante: Bahia e Raffella

Sala 02

Conferencia Expurgo CME:

Material Utilizado:

Micro Placa 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)	11
Micro Placa L 4 furos	1.5 PA 0346	(1)	11

Bruno Araújo da Silva  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRM-RR 717

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





NOME: Edyone dos Santos Barros

doz Mo de maca com Roum Amarelado e marmelo

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 25/03/19  
 Reg. Idade: 26  
 Chegada: 12:10  
 Emergência: ( ) U.T.I. 1  
 ( ) Internação ( ) U.T.I. 2  
 ( ) Outros:  
 Cirurgia Proposta: Ressecção de Fístula Ceto

Entrada na Sala Cirurgia  
 Início da Anestesia  
 Término Cirurgia  
 Saída S.O.  
 12:12 12:25 12:14 14:15

1. Informações:  
 ( ) Jejum ( ) Pré-anestésico  
 ( ) Dor ( ) Intracath  
 ( ) Banho ( ) Sangue  
 ( ) Alegria ( ) Cardiopata  
 Exames ( ) Jasmático  
 ( ) Outros:  
 FC 97 bpm  
 PA 102 x 66 mmHg

2. Estado Emocional/ Mental  
 ( ) Choro ( ) Sonolento  
 ( ) Agitado  
 ( ) Outros: Calma

3. Sinais Vitais:  
 T 35.5 °C P 115 bpm  
 FC 135 mmHg  
 SAT 99 % R 12 rpm  
 ( ) Regular ( ) Irregular

4. Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Razo X  
 ( ) Outros:

4. Condições da Pele:  
 ( ) IFAB ( ) Ferimento  
 ( ) IFAS ( ) Queimado  
 ( ) Por ( ) Hematoma  
 ( ) Ferio ( ) Contusão  
 ( ) Edema ( ) Deformidade  
 ( ) Javelsão ( ) Amputação  
 ( ) Abrasão ( ) Prat. Exposta

5. Outros:  
 Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Razo X  
 ( ) Outros:

Legenda:  
 ( ) Eletrodo  
 ( ) Otimetro  
 3. PVC  
 ( ) Placa de Bisturi  
 ( ) Incisão  
 ( ) Sutura  
 ( ) Venoclise  
 8. Dreno  
 9. SNG  
 10. Faixa de Smarch  
 11. Outros:

Destino: SRPA ( ) U.T.I. ( ) Outros:  
 Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015

1. Sonda  
 2. Curativo  
 3. Dreno  
 4. Acesso Venoso  
 5. Outros:

Entrada: Saída:  
 Ass.:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Paciente: Edson da Silva Barros  
Idade: 60 anos  
Sexo: M  
Profissão: Procurador

Anestesia: Urethane e Op. Demulsa

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)  
PACIENTE CONFIRMADO:

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

☒ Identificação  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
☒ Consentimento (☒ Sim (☐ Não)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim (☐ Não)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

RISCO CIRÚRGICO  
☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim (☐ Não)

TIPO DE MARCHA  
☒ Sim (☐ Não) se Aplica

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:  
☒ REVISÃO DO CIRURGIAO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim (☐ Não) (☐ Não se Aplica)

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
☐ Sim (☐ Não) (☐ Não se Aplica)

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
☐ Não (☒ Sim, Qual: Penicilina 2 ou 4)

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
☐ Sim (☒ Não)

☒ Não  
☐ Sim, e equipamento/sistema disponível

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
☐ Não se aplica (☐ Sim)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
☐ Sim (☒ Não)

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
☒ Não  
☐ Sim, e está devidamente planejado e planejado  
Data: 28/03/19  
Assinatura: Luciano dos Santos  
Hora: 14:50

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
☐ Não se aplica (☐ Sim)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
☐ Sim (☒ Não)

DATA: 28/03/19  
ASSINATURA: Luciano dos Santos  
HORA: 14:50

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
☒ Sim (☐ Não se aplica)

ASSINATURA E CARIMBO  
Luciano dos Santos  
Enfermeiro  
RPPR 352.112





Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

97

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

HCE

NOME DO PACIENTE

Edyane da Silva Barros

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

BU20115715

DATA / HORA

25/03/19

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

- 1 Dieta líquida / portea Vo
- 2 AVP + SFO, 9 l. 500 ml B/B 8/8h
- 3 Cefalotina 1g EV 6/6h
- 4 Dipirona 1g EV 6/6h
- 5 Dexametasona 4mg EV 8/8h
- 6 Metoprolol 10mg EV 12/12h
- 7 Condicionamento 4mg EV 8/8h
- 8 Omeprazol 40mg EV 1x ao dia
- 9 Higiene oral 4x / Paciente Orientada
- 10 Cobecinas elevadas 45°
- 11 SSUV + CCGG

SND

24h

PA = 110x69

FC = 98

FR = 17

Tax. 36.3

16 24 08

06h

FC = 97

SPD, - 100

R - 28

T - 35.8

16 24 08

Diuréticos = 4+

Dr. Arnaldo da Silva  
Cirurgião Geral  
CRM-RJ 717

**NIR**  
Regulado  
para leito

Regulação Interna



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
EVOLUÇÃO DIÁRIA



NOME: Edjane da Silva Barros

LEITO: GT

Sala de  
reanimação

DATA: 26 / 03 / 19

ANAMNESE: Paciente no leito no momento da visita. Comunicativo, deambulando.  
BEG, LOTE, AAA. Apresenta edema em hemi-faca (E), hemorragia subconjuntival  
em olho (E), queixa-se de algia em Hemi-arcada Superior (E)  
e na oclusão, algia moderada.

FIO:

OT:

D: Ornitida e prescrita quanto o HTO.  
Frnt. CEO

Ac. Jéssica Colaço  
Faculdade Cathedral  
Odontologia

Assinatura R.A. 415170

ANAMNESE:

FIO:

FIO:

OT:

D:

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 orientações 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. Capitão João Batista, 434 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

17 JUL 2019

Certifico e Deito que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Bruno Arujo da Silva  
Cirurgião Bucomaxilofacial  
Ass. Cirurgião de Roraima



## 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 recebera alta com prescrição medicamentos e orientações 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.



Bruno Arujo da Silva  
Cirurgião Bucomaxilofacial (CRO)  
CRO-RR 717

RECEBEMOS DE TECNNOVA - COMERCIO E SERVIÇO HOSPITALAR LTDA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS 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 SERVIÇO 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

1

Nº 000.000.157  
SÉRIE: 1  
FOLHA: 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

1419 0420 5117 0800 0114 8500 1000 0001 5713 8242 9737

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz  
Autorizadora.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
240262488

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

20.511.704/0001-14

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

CODIGO  
009904

CNPJ/CPF  
84.012.012/0001-25

DATA DE EMISSÃO  
01/04/2019 11:56

ENDEREÇO

PRAÇA CENTRO CÍVICO, 1

Bairro/Distrito  
CENTRO

CEP

69.301-380

DATA DE ENTRADA/SAÍDA  
01/04/2019 11:56:40

MUNICÍPIO

E VISTA

UF

RR

UF

RR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

249010238

HORA SAÍDA

11:56

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
NUMERO	00017-17														
VENCIMENTO	01/05/2019														
VALOR	3.519,75														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.519,75

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.519,75

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

PRETE POR CONTA  
1 - Dest/Rem

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NEN/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VAL. TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	ICMS	VALOR CMS	VALOR ST	ALIO ICMS IPI
035579	Micro placas reta em titânio diâmetro 1,5 mm a 17mm, com 4 furos - TRAUMEC	00211020	0102	5102	UN	1,00	287,50	287,50		0,00	0,00		0 0
035507	Parafuso carimal em titânio diâmetro de 1,5 a 17mm tipo cross drive autoperfurante tamanho 6 mm - TRAUMEC	00211020	0102	5102	UN	7,00	51,75	362,25		0,00	0,00		0 0
035589	Miniplaca em titânio L direita média, diâmetro de 20mm, com 4 furos - TRAUMEC	00211020	0102	5102	UN	1,00	1.100,00	1.100,00		0,00	0,00		0 0
035588	Parafuso carimal em titânio diâmetro de 20mm tipo cross drive autoperfurante tamanho 6 mm - TRAUMEC	00211020	0102	5102	UN	4,00	167,50	670,00		0,00	0,00		0 0
035984	Micro placas direita L em titânio 6,0 mm a 7,5 mm, com 4 furos - TRAUMEC	00211020	0102	5102	UN	1,00	1.100,00	1.100,00		0,00	0,00		0 0

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Capitão João Belizze, 444 - Boa Vista - RR

RESERVADO AO FISCO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
PACIENTE: EDJANE DA SILVA BARROS  
PROCEDIMENTO: REDUÇÃO DE PRATICA - C20  
REALIZADA DIA 25-05-2019  
CIRURGIÃO RESP. ORT. BRUNO  
LOCAL: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR  
PROCESSO Nº 02601-912-218491





## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0070



SAMU 192

EQUIPE SAMU BV  
UNIDADE: ALFA

EQUIPE: Telles / Lucco

Paciente: Edgerson da Silva Barros

Idade: 25 Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira

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

Endereço: CJ 03 c/ 07 06 CN Via Publica Bairro Joazeiro Clube

Nº 4744

DATA 25/03/19

HORA J/9: 08:05

BASE ( ) VIA [X] RÁDIO [X]

Médico (a) Regulador (a):

Dr. Elódio

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

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica  
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência  
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar  
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ 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>Naturo de por por</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 checked="" type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Airbag                                       |
| <input type="checkbox"/> Ignorado              | <input type="checkbox"/> Bicicleta              | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus      | <input type="checkbox"/> Assento para criança                         |

## AVALIAÇÃO INICIAL

- | VIAS AÉREAS                                | VENTILAÇÃO                          | CIRCULAÇÃO                                              | AVAL. NEUROLÓGICA                                  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre  | <input type="checkbox"/> Apnéia     | <input type="checkbox"/> Bradicárdico                   | <input type="checkbox"/> Miose                     |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Dispnéia   | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Midríase                  |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total   | <input type="checkbox"/> Bradipnéia | <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente           | <input type="checkbox"/> Anisocoria (D/E)          |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho    | <input type="checkbox"/> Taquipnéia | <input type="checkbox"/> Pulso central ausente          | <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> Outro:            |                                     | <input type="checkbox"/> Cianose central                | <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora      |

## 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 08:21	120/80	78	22	99	-	-	7	15
Fim								

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

<b>LESÃO IDENTIFICADA</b> 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - 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	25 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S/A 4M - Boa Vista - 192		<b>ABERTURA OCULAR</b> 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta <b>RESPOSTA VERBAL</b> 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta <b>RESPOSTA MOTORA</b> 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza a dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Sem resposta
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

- ☐ Ritmo Sinusal ☐ FV  
☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV  
☐ Flutter Atrial ☐ AESP  
☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia

## AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Neurológica ☐ Metabólica  
☐ Respiratória ☐ Infeciosa  
☐ Cardiovascular ☐  
☐ Digestiva

## HISTÓRIA PÉRGRESSA

- ☐ Diabetes ☐ Alergias  
☐ Cardiopatia ☐ Outros  
☐ HAS  
☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] Ileso [ ] Pequena [ ] Média [ ] Severa

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Em 13/06/19

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

- ☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encaixava no local  
☐ Trote

MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN

- ☐ Bombeiro  
☒ Outros:  
 B-II

AVALIAR LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAR LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)



PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

25 JUL 2019

GESTANTE							
Idade Gestacional:	GENTE SEGURADORA S/A	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	Av. Capão João Batista, 444 - Boa Vista - PA	<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				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<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 orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input checked="" type="checkbox"/> Outros: 03 SF 250ml.				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Veículo do tipo P, 25 anos, Lata, sem pintura, colisão muito com muito, encontrada sentada sem capote, representando um Cart. Lacerante na região do zigomático esquerdo, escoriações moles direita e flanco direito. Solicitamos exame do B-II; para nos prestar apoio. Informamos ao médico regulador; e mesmo nos informamos para os B-II condizente ao trauma do H-6-8. Veículo conduzido ao trauma do H-6-8 pela B-II.

SAMU 192 BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL  
Em 13.10.6 119  
Rubrica



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:

Assinatura do Paciente:

TESTEMUNHA 01:

TESTEMUNHA 02:

RG:

RG:

RG:

25 JUL 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 414 - Boa Vista, 130

Idade Gestacional:

Perda de líquido:

BCF:

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Condições entre 3-5 min.

☐ Condições com duração > 30s

☐ Partes fetais na vulva

☐ Com cartão da gestante

☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegel

☐ Cateter nasal: \_\_\_ L/min

☐ Máscara facial: \_\_\_ L/min

☐ Bolsa-valva-máscara: \_\_\_ L/min

☐ Intubação orotraqueal

☐ Acesso venoso Gelco n°

☐ Máscara laringea

☐ Guia de introdução Bougie

☐ Cricotireostomia cirúrgica

☒ Oximetria

☐ Dreno de tórax

☐ Descompressão torácica

☐ Acesso venoso Scalp n°

☐ Monitorização cardíaca

☒ Colar cervical

☐ Headblock

☒ Prancha longa

☒ Tirantes

☐ KED

☐ Imobilização de fraturas

☒ Curativos

☐ Parto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros:

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

SAMU 192-BV  
CONFERE COM ORIGINAL  
Em 13/06/19  
Ephania  
Rubrica

06 PACES DE LUNOS G,  
01 SP 079; 250ml + 01 PCT GAZES  
03 ATAD. - Ban.

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Pacientes acionados por uma ocorrência de trânsito, colisão moto x moto (trauma) encontro com a posseira de umadas motocicletas envolvidas no mesmo acidente, a mesma teve lesões de 40TE e foi sobre o cuidados da equipe APA, realizamos o prontuário e a colocamos dentro da UTR, ligamos p/ central de regulação e informamos os procedimentos realizados dentro da abordagem primária e secundária.

A vítima apresenta um corte profundo e profundo no face nos requeços do zigomático e suspêndulo (F), além de escoriações e contusões em MSE (MÃO) MMII (patelas) e MMII (pós), porém SSU preservados.

A vítima foi entregue no GT do HGR conforme orientação do MR DR Bloch.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 03R-65

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL



Edjane da Silva Barros

REPRESENTAÇÃO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

**CPF**

100.469.794-50

EDJANE DA SILVA BARROS

03/02/1993



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
15 de Novembro  
64-1989

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Batista, 444 - Boa Vista - 730

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.960.019

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << EDJANE DA SILVA BARROS >>

RELACÃO << ADELINO DE BARROS CAVALCANTI >>  
<< TEREZINHA MONTEIRO DA SILVA >>

NATURALIDADE BOM CONSELHO - PE

DATA DE NASCIMENTO 03/02/1993

DOC. CIVIL << 074328 01 55 2015 2 00097 010

CPF 0004810 31 GAZANHUNS-PE >>

CPF 100.469.794-50

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7116 DE 20/08/87

417030292510113363.7704033

F-76 374.952 - 3013

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

# 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 ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 100.469.794.50 4 - Nome completo da vítima: Edjane 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: Edjane da Silva Barros 6 - CPF: 100.469.794.50  
7 - Profissão: do lar 8 - Endereço: Rua Raquel da Silva Marques 9 - Número: 429 10 - Complemento: Parque  
11 - Bairro: Jaqueline Colúbe 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RE 14 - CEP: 69.313.165  
15 - E-mail: adrianaavista.pondencia@hotmail.com 16 - Tel. (DDD) (95) 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 2 CONTA: 3038 4  
(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 Líder 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.

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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das despesas 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RE 05 de julho 2019  
Edjane da Silva Barros  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





537031 - Envio

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA 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 Polícia: 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: Comerciante

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida Soares de Azevedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua raquel da silva marques

Bairro: Joquei 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: Joquei Clube

Nº: 429

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Data de Impressão: 19/06/2019 10:15  
Protocolo nº: Não disponível



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)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 269.137.983-34	<b>Placa</b> NAV8150
<b>Renavam</b> 00941818004	<b>Número do Motor</b> JC30E78072014
<b>Número do Chassi</b> 9C2JC30708R072014	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2008/2007
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN
<b>Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 29/11/2012	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Irving Maynard Soares de Azevedo	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 até 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  
COMUNICADOR

MAT: 42000797

Irving Maynard Soares de Azevedo  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 319 e 320 do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Data de Impressão: 19/06/2019 10:15  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos