



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCA BARBOSA DA SILVARG nº 050031672013-6, data de expedição 08/10/13 Órgão SSP/MG

CPF nº 282.281.78-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>VICINAL 03</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	<u>RURAL</u>
Bairro	<u>NOVO PARAISO</u>
Cidade	<u>CARACARAÍ</u>
Estado	<u>PORANGA</u>
CEP	<u>69.373-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 23/11/12Assinatura do Declarante: Francisca Barbosa da Silva

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0600890-9

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Góes, 881 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de Imposto autorizada pelo SEFAZ/RR

Nº da Nota Fiscal

000123621

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2017	11/09/2017	153	43,52

FRANCISCA BARBOZA DA SILVA
VC VICINAL 3 RIO DIAS 27 RURAL
CPF: 00028228170300

CEP: 69.373-000 - NOVO PARAISO

ROT: 213.075.13.86.054000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2209	Atual:	24/08/2017
Anterior:	2056	Anterior:	24/07/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22/09/2017
Consumo Medido:	153	Emissão:	24/08/2017
Consumo Estimado:	153	Assinatura:	24/08/2017
Forma de Faturamento: NORMAL		Fator de Potência:	
Fator de Potência:		Dias de Consumo:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RURAL	MONO	4043892		4.2.2.1	122

HISTÓRICO KWH	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/Ano	
JUL/17	144
JUN/17	131
MAI/17	149
ABR/17	192
MAR/17	151
FEV/17	7
JAN/17	128
DEZ/16	128
NOV/16	128
OUT/16	128
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 150 - 0,285100	

CONSUMO	153 A R\$ 0,284457	43,52
---------	--------------------	-------

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2017	51,16
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2017 em função das contas em atraso nesta fatura. O prazo para pagamento é até 02/08/2017. Caso não seja pago, a unidade consumidora sofrerá suspensão do fornecimento de energia elétrica. Informações sobre a suspensão do fornecimento de energia elétrica podem ser obtidas no site da Eletrobras ou através do atendimento ao cliente. O valor de R\$ 51,16 (valor histórico) caso tenha efetuado o pagamento deve ser considerado para a fatura de 08/2017.	

CASA HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBS) OPERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017 RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA. LIGUE 08007019120 E FAÇA O PEDIDO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	
---	--

RESERVADO AO FISCO 8912.8348.A893.39DC.A4CB.054E.8A6D.83C5

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,34	Beta de Cessão:	43,52
Energia:	20,40	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	7,39
Encargos:	0,39	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	7,39	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor	Indicador	Valor
Indicador 1	0,00	Indicador 2	0,00	Indicador 3	0,00	Indicador 4	0,00
Indicador 5	0,00	Indicador 6	0,00	Indicador 7	0,00	Indicador 8	0,00

ROT: 213.075.13.86.054000

Eletrobras Distribuição Roraima	SEU CÓDIGO 0600890-9	TOTAL A PAGAR - R\$ 43,52
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ené Góes 881 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	MES FATURADO 08/2017	VENCIMENTO 11/09/2017
	Nº da Nota Fiscal: 000123621	FCAM

836800000000 9 435200750000 6 000000000000 7 89090817008 1



SEQ.: 00056 UC: 0600890-9 DT: 2017-08-24

SEMPRE LIGAR SEMPRE 30-08-2017 10:52 351831 1/1

Sanatório 09.96



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Documentação médica - hospital



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
Francisca Barbosa da Silva				22/03/17	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
			INÍCIO	FIM	
			09:50	10:20	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Gustavo		Dr. Rafael			
1° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2° AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Tecn. Ana / Jefferson			
TIPO DE ANESTESIA Anestesia Bier intravenosa					
TEMPO DE DURAÇÃO					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500 ml	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			ENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ÉTER	
	MONONYLON COM AGULHA			ATROPINA	
	MONONYLON SEM AGULHA			PROSTGMINE	
02	UNIDADES DE GAZE pct			THIONEMBUTA	
03	PARES DE LUVAS N° 7.5			MARCAÍNA	
	EQUIPOS PARA SORO			INOVAL	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			GLICOSE %	
	DRENOS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	SONDAS N°			MERTHIOLATE	
	AGULHAS			MERCÚRIO CROMO	
02	COMPRESSAS pct				
01	LÂMINAS PARA BISTURI				
	Seringa 20 ml				
	SOMA			SOMA	
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		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Proctaro recto D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: + 2º Q DCT

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: P. S. L. 1º AUXILIAR: P. S. L.

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Rafael ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

DURAÇÃO: Km 488

CEP: 69.370-070

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR JOÃO DE SOUZA
DURAÇÃO: Km 488
CEP: 69.370-070
RORAINÓPOLIS RR

RELATÓRIO CIRURGICO

RORAINÓPOLIS

RR

Confere
com original

1) P. S. L. H. S. L.
2) H. S. L. H. S. L. / exp.
3) Rede p. H. S. L. H. S. L.
4) H. S. L. H. S. L. H. S. L.
5) Rede p. H. S. L. H. S. L.
6) H. S. L. H. S. L.

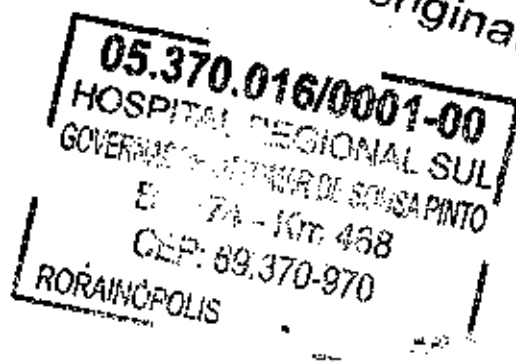
12. 18h paciente no leito, tranquila verbalizando, veio proveniente
13 do Centro Cirúrgico após cirurgia ortopédica, na mesma com AVP, foi
17 medicado conforme prescrição médica, paciente sem queixa
no momento, segue aos cuidados da enfermagem, té. Adriana

02/03/17

19:00 Pac. no pós operatório de cirurgia
ortopédica no MSD, a mesma não refere
queixas no horário, segue aos cuidados de
enfermagem — Rolden

06:00 - Pac. segue em repouso, sem queixas no
horário, adim. medicação de horário com,
segue aos cuidados de enfermagem — Rolden

Confere
com original





N° REG. _____

SEXO: M () F ()
 NOME: _____
 ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
 FILIAÇÃO PAI: _____ MÃE: _____
 DATA DE NASC.: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ EST. CIVIL: _____
 PROFISSÃO: _____ INSTITUTO: INPS () FUNRURAL () SS ()

[illegible]

ASSISTÊNCIA - MÉDICA - SANITÁRIA

[illegible]

UNIDADE / SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
		19	05.370.016/0001-80
NOME DO PACIENTE:	HOSPITAL REGIONAL SUL		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:	GOVERNADOR DO ESTADO DE RORAIMA		
	Confere	CEP: 69.370-970	74 - KM 468
	com original		
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO
	00:00 - 01:00		
	01:00 - 02:00		
	02:00 - 03:00		
	03:00 - 04:00		
	04:00 - 05:00		
	05:00 - 06:00		
	06:00 - 07:00		
	07:00 - 08:00		
	08:00 - 09:00		
	09:00 - 10:00		
	10:00 - 11:00		
	11:00 - 12:00		
	12:00 - 13:00		
	13:00 - 14:00		
	14:00 - 15:00		
	15:00 - 16:00		
	16:00 - 17:00		
	17:00 - 18:00		
	18:00 - 19:00		
	19:00 - 20:00		
	20:00 - 21:00		
	21:00 - 22:00		
	22:00 - 23:00		
	23:00 - 00:00		

FO sempre rece por
Mônica M. P. 156 18 100160

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL - HRS GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO CNPJ 84.015.726/0001-98
RODOVIA BR 174, KM 461, SN, CENTRO.

1700126018 21/03/2017 19:09:11 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19-07 11

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
FRANCISCA BARBOSA DA SILVA 06/11/1957 59 A 4 M 15 D 700004504391907 28228170300
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDADE 0500316720136 SSP MA 06/10/2013 F Parda
Mãe Pai
LAURA BARBOSA LEMOS DA SILVA MANOEL ANTERO DA SILVA
Endereço Contatos
- VC RIO DIAS --- CARACARAÍ - ---

Class. de Risco Plano Convenio N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Carate do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
SPA - PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA JOCILENE RODRIGUES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456
Anamnese (HORA DA CONSULTA - h)
Paciente tem um acidente de moto, agora consciente, orientada, em nível normal de consciência, com estabilidade hemodinâmica e ventilatória. Odegaço 15 pontos. Rfpr em no pulso e em 50.

Hipótese Diagnóstica Traumatismo

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
① SF 500ml eu a 15 gotas/ponto 19:05
② Difenidramina 1g eu qm 19:40 Confere com original
③ Diclofenaco de sódio 50mg v.o qm.

Condição 05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 KM 461
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR

Condição
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Alta)
☐ Alta a Revella ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



1700126018

Urbquido. 19:50

fractura. GRAVE 3º QDCT.
entre UNIO e Talaje proximal
com cominuição art. alar
+ fractura Radio Humeral lateral.
indicação T TOC e un. e pele.
Urbquido
→ Manter Tala.

Confere
com original

→ Dilte 2 e no

→ SG 57500 ml de 6/64. ~~24-08~~
12-18

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL S&L
GOVERNADOR OTTIMAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

→ Dipirona 2 e de 6/64 SN

→ Keflin 1g de 6/64. ~~24-08~~ - 12-18

→ Valbaram 75 mg 14 12/12 ~~24-08~~ - 09

→ SS VV + CC CC 6/64 Lorina

→ Tramal 100mg de 8/84. ~~24-08~~ - 14

acompanhar o clínico agudo (paciente
alco negro).

Recomendar amonho a 8:00h oo.

Contar Cargas co. para cuidado dos ORTOPEDICOS
a disposiçao.

HORA	T	P	R	PA
04:00	36,2°C	71	20	110/80
06:00	36,3°C	72	20	110/80



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA, 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Francisca Barbosa da Silva

Declaro para os devidos fins
que a paciente realizou
12 sessões de fisioterapia, e
atualmente apresenta bloqueio
articular em articulações dos
dedos de mão (D), tendo pequeno
ganho de ADM comparado
ao quadro apresentado
durante a anamnese.
Solicito reavaliação com
o médico solicitante.

DATA: 27/09/17

Carla Lúcia
ASSINATURA E TIMBRE

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx91) 3625-0794/3627-7196

Cartório
Nathália Lago

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

Mucajai - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 - Total:
R\$ 2,96

Lomica

Isma Conceição da Silva
Escrevente Autenticada





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Francisca Dantas de Siqueira

*Paciente feminina
59 anos. V. t. m. a. c. d. e. b. e.
alta energia março 2017.
o presente tratamento com desbrulho
de suplicar a b. a. l. a. c. o. n. i. e. l.
3º LTC / Talange proximal direto
além de f. a. l. a. c. o. d. e. z. a. l. o. a. i. n. d. e.
um acompanhamento físico b. e. r. q. u. e.
Direito ao d. e. p. o. r. b. a. l. a. c. o. n. i. e. l.
3º Q. P. C. T. o. q. u. a. l. o. é b. e. n. e. f. i. c. i. e. n. t. e. e
p. r. e. c. e. s. s. a. r. i. o. p. e. r. a. l. o. p. a. r. a. o. a. c.
l. a. p. o. l. a. b. o. r. a. l.*

DATA: *20/10/17*

Dr. Gustavo Furtado

Assinatura
CNPJ: 1256100019571

ASSINATURA E CARIMBO

*N. K. Cortina
N. Nathalia Lago*

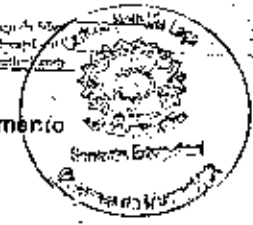
AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

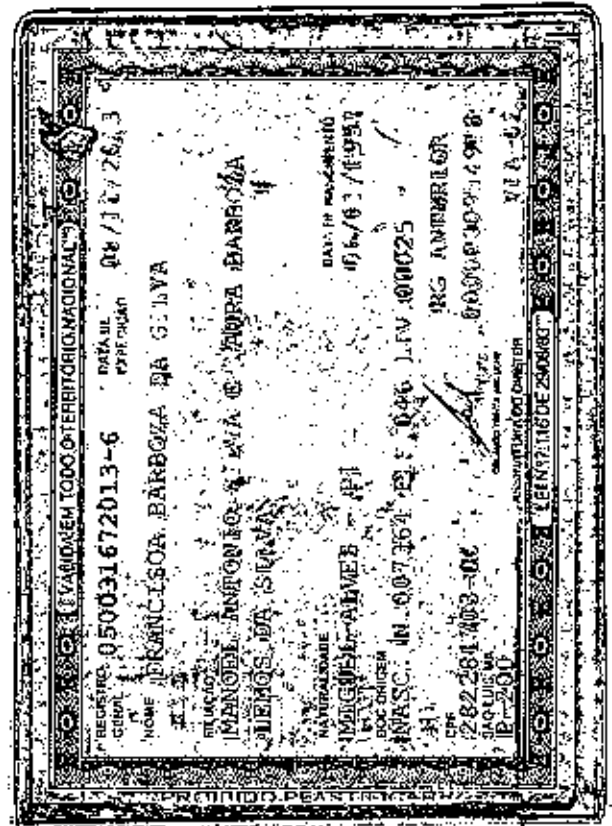
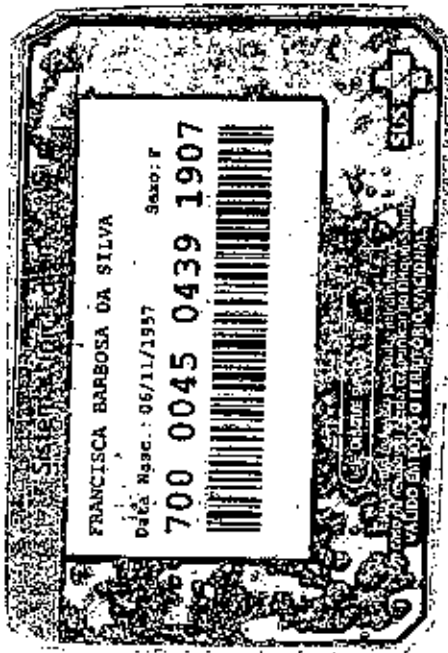
Mucajai - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 -- Total:
R\$2,96

Assinatura

*Iane Conceição da Silva
Escrevente Autorizada*



359100000 LITER. 02/10/17 14:36 351822 1/1



Abstract

SEBASTIAN LEECH DEAN 946 38-1034-2617 18:52 351625 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0479020/17
Vítima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
CPF: 282.281.703-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/03/2017
Titular do CPF: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de TML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



FRANCISCA BARBOSA DA SILVA : 282.281.703-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
CPF/CNPJ: 282.281.703-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisca Barbosa de Silva
 DATA DO ACIDENTE 23/03/13 CPF DA VÍTIMA 282.261.303-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VÍTIMA É —
 ENDEREÇO DO PORTADOR VC Vicinal 3 112 DIAS
 Nº 22 COMPLEMENTO Lucal BAIRRO NOVO PARAISO
 CIDADE CACACAI UF PA CEP 69.373-000
 E-MAIL _____ TELEFONE ()

MARQUE ☒ PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE FORNACULATENCADA E LEGÍVEL
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO INICÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 (ZERO) ANOS PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAVS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE FORNACULATENCADA E LEGÍVEL
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES E LEGÍVEL
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAVS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 (ZERO) ANOS PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTALIDADE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74, OS DESPESAS MÉDICAS (DMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DREMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- O BASTANTE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMALITO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE: WWW.DPVAT.SEGURADORA.LIDER.COM.BR OU LIGUE: GRÁTIS 0800 022 1204

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTALIDADE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74, OS DESPESAS MÉDICAS (DMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DREMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

DATA 23/11/13 DATA 23/11/13 MATR. CORREIOS _____
 IDENTIDADE 050031622033-6 NOME Francisca Barbosa de Silva
 ASSINATURA Francisca Barbosa de Silva ASSINATURA Francisca Barbosa de Silva

ASSINATURA Francisca Barbosa de Silva ASSINATURA Francisca Barbosa de Silva

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170657142

Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170657142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12124182



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170657142
Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 21/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170657142**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170657142
Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 21/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170657142**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12973934





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento indenização no banco.

EU, FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 050031672013-6

EXPEDIDO POR SSP/PA

CPF 202201703-00

(CNPJ)

PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / RENDIMENTO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCA BARBOSA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3991 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 3314-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MUCAJÁ

DATA 23 / 11 / 17

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Francisca Barbosa da Silva

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



SEABROOK LIDER PRINT P&A 30-JUN-2017 10:52 351829 1/1



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência: 845/17

DATA: 29/04/2017

HORA: 09:51

ATENDENTE: JACY C. CAVALCANTE

DELEGADO(A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DA Ocorrência

DATA: 21/03/2017

HORA: 19:00

LOCAL: RUA: MARIA ALBERTINA DE ESQUINA COM A RUA: HILDEMAR DE FIGUEIREDO, PANTANAL, RORAINÓPOLIS-RR

DADOS DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA

NOME: FRANCISCA BARBOZA DA SILVA

RG: 050031672013-6

CPF: 282.281.703-00

SSP/MA

DATA DE NASCIMENTO: 06/11/1957

IDADE: 59 ANOS

SEXO: FEMININO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: MIGUEL ALVES

UF: PI

PAI: MANOEL ANTONIO SILVA

MÃE: LAURA BARBOZA LEMOS DA SILVA

GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL 03 RIO DIAS, SÍTIO SÃO SEBASTIÃO, AO LADO DO SÍTIO DO Sr. BRANCO E DO SÍTIO DO Sr. ORLANDO, ZONA RURAL DE CARACARÁ-RR

REFERÊNCIA

TELEFONE: (92)99180-5887 CONTATO DO Sr. FRANK ESTE FILHO DA COMUNICANTE/VÍTIMA

DADOS DO(A) INTERLOCUZ(A)

NOME: PJ

RG: PJ

CPF: PJ

DATA DE NASCIMENTO: PJ

IDADE: PJ

SEXO: PJ

NACIONALIDADE: PJ

CIDADE: PJ

UF: PJ

PAI: PJ

MÃE: PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: PJ

ENDEREÇO: PJ

REFERÊNCIA

TELEFONE: PJ

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta delegacia a cidadã supracitada para nos comunicar que, na data, horário e local acima citado, estava conduzindo uma motocicleta da MARCA HONDA, MODELO 125 KS, DE COR PRETA, DE PLACA NOS-9215, CHASSI 9C2JC4210AR120092, RENAVAM 00272565563, DE PROPRIEDADE DA Sra. LEANE ALVES BRITO, que segundo a mesma não possui CNH, que estava trafegando com a referida motocicleta pelo local acima indicado quando ao passa o cruzamento das referidas ruas ela atingiu a traseira de um CAMINHÃO DE CARROCERIA DE MADEIRA parado, porém, a mesma não conseguiu anotar a placa do referido CAMINHÃO, pois, a mesma estava muito nervosa devido o acidente, que com a colisão a mesma veio a fratura o seu punho direito e seus dedos da mão também do lado da direita logo em seguida a mesma foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital de Rorainópolis para os procedimentos médicos, que devido isso até a presente data a mesma não pode trabalhar, que vai em anexo a este cópias da RG, PRONTUÁRIO MÉDICOS, LAUDO MÉDICO, DO DOCUMENTO CRLV DA MOTOCICLETA, ESPELHO DOS DADOS AMPLIADO DA REFERIDA MOTOCICLETA, que este B.O é para fins de SEGURO DPVAT. Era o que tinha a comunicar.

JACY C. CAVALCANTE
Agente de Polícia Civil

Francisca Barboza da Silva
FRANCISCA BARBOZA DA SILVA
Comunicante

Intimado(a) o(a) comunicante para o dia 11 / 07 /2017 às 09 hs: 30 min.

DESPACHO

- () Fato atípico, arquivé-se. () Intimar Comunicante () Intimar as partes
() Ao S. I. para providências () Aguardar audiência () Encaminhe para:

Tabelionato da Comarca de Mucajaí-RR
ETIQUETA NO VERSO →

Chitório
Nathália Lago

Atestado de Autenticidade, Nathália Lago da Silva
Rua Rio Grande, 11 - Centro, 41300-000, Salvador - BA
Fone: 100 39512 7720 - E-mail: chitorio@nathalia.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

Mucajei - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 -- Total:
R\$2,96

Chitório

Jane Conceição da Silva
Escrevente Autorizada



RECIBO DE PAGAMENTO
Nº 001/2017
DATA: 24/10/2017
VALOR: R\$ 2,96

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IN



Eu, FRANCISCA BARBOZA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 050031672013-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 207.201.703-00, residente e domiciliado na V.C. VICINAL 3 RIO DIAS 27 ALIBI, Cidade CARACARAÍ, Estado RORIMA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisca Barboza da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

23 / 11 / 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT PIA 20-NOV-2017 10:52 351828 1/1



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

78.42
Comprovação de ato declaratório



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU 192 / ESTADUAL

FICHA DE ATENDIMENTO

DN: 06/11/1957

UNIDADE: _____ MUNICÍPIO: _____ EQUIPE: _____
PACIENTE: Francisca Barbosa da Silva IDADE: 59a SEXO: F
ENDEREÇO: R. Albertina 51N - B. Pantanal
Nº Farm: Fernando DATA: 21/03/2019 HORÁRIO: 18:41
MÉDICO REGULADOR DR. Alimem CRM: 9110:18:44
MOTIVO: () SOCORRO () TRANSPORTE ☒ ATENDIMENTO NO LOCAL () OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

☐ AUTOMÓVEL	☐ AUTOMÓVEL	☐ MOTO/BICICLETA	☐ VIOLÊNCIA	☐ OUTROS
() CAPOTAMENTO () ATROPELAMENTO () COLISÃO () MOTORISTA () PASSAGEIRO BANCO DIANTEIRO () PASSAGEIRO BANCO TRASEIRO	() USO DO CINTO () VÍTIMA PROJETADA () VÍTIMA ENCARCERADA () AIR BAG	() ACIDENTE COM MOTO () CONDUTOR () CARONA () COM CAPACETE () SEM CAPACETE	() FAF () FAF () ESPANCAMENTO () VIOLÊNCIA DOMÉSTICA () VIOLÊNCIA SEXUAL () TENTATIVA DE SUICÍDIO () OUTROS:	() AC. DE TRABALHO () LOCAL () TRAJETO () QUEDA ALTURA APROX. () ACID. DOMÉSTICO () QUEIMADURA AGENTE () AGRESSÃO P/ ANIMAL () OUTROS:

moto/carro

AValiação INICIAL

☐ VIAS AÉREAS	☐ VENTILAÇÃO	☐ CIRCULAÇÃO	☐ AValiação NEUROLÓGICA
() DISPNEIA () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÍDA () APNÉIA () OUTROS: <i>Dispneica</i>	() M.V. DIMINUÍDO () M.V. AUSENTE () HIPERTIMPANISMO () MACICEZ () FERIDA ASPIRATIVA () OUTROS:	() BRADICÁRDICO () TRAQUICÁRDICO () ARRÍTMICO () ENCHIMENTO CAPILAR () CIMA DE 2" () AUSENTE () OUTROS:	() XAVON () MIOSE () MIDRIASE () ANISOCARIA () OTORRÉIA () OTORRAGIA () HEMORRAGIA () APARENTEMENTE ALCOOLIZADO () DNV () OUTROS:

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	P.A mm/hg	F.C bpm	FR Mpm	SatO2 %	T. AXIL °C	GLICEMIA	TRAUMA	APGAR
INÍCIO 19:05	100x60	96	—	98	—	—	—	—
FIM								

AValiação SECUNDÁRIA

☐ PELE	☐ CABEÇA	☐ FACE	☐ PESCOÇO	☐ TÓRAX	☐ ABDOMEN
() CORADA () QUENTE () PÁLIDA () FRIA () ÚMIDA () SECA () CIANÓTICA	() CONTUSÃO () ESCORIAÇÃO () LACERAÇÃO () HEMATOMA () AFUNDAMENTO () FER. PENETRANTE () OUTROS:	() CONTUSÃO () ESCORIAÇÃO () LACERAÇÃO () FERIMENTO OCULAR () OUTROS:	() ESCORIAÇÕES () LACERAÇÕES () HEMATOMA () DESVIO DA TRAQUEIA () ENFISEMA SUB-CUTÂNEO () OUTROS:	() ESCORIAÇÕES () LACERAÇÕES () TÓRAX INSTÁVEL () RES. PARADOXAL () TAMPONAMENTO () OUTROS: <i>Algia</i>	() ESCORIAÇÕES () LACERAÇÕES () DISTENDIDO () EM TÁBUA () DOLOROSO () EVISCERAÇÃO () OUTROS:

PELVE

☐ PELVE	☐ COLUNA DORSAL	☐ MEMBROS
() CONTUSÃO () ESCORIAÇÃO () DOR () INSTABILIDADE	() CONTUSÃO () HEMATOMA () DOR () OUTROS:	() CONTUSÃO () ESCORIAÇÃO () LACERAÇÕES () LUXAÇÕES

AValiação CARDÍACA

☐ RITMO SINUSAL () TAQUICARDIA () BRAQUICARDIA () FLUTER () FIBRILAÇÃO ATRIAL () FIBRILAÇÃO VENTRICULAR () ASSISTOLIA	☐ RESPIRATÓRIA () NEUROLÓGICA () PSIQUIÁTRICA () METABÓLICA () CARDIOVASCULAR () ABORTO	☐ DIGESTIVA () INFECCIOSA () OBSTÉTRICA () PEDIÁTRICA () OUTROS:	☐ DIABETES () CARDIOPATIA () HAS () MEDICAÇÕES DE USO:	☐ ALÉRGICAS () OUTROS:
--	--	---	---	---

GRAVIDADE COMPROVADA

() ILESO ☒ PEQUENO () MÉDIA () SEVERA () MORTE () INDETERMINADA OUTRO: _____

Dr. Eduardo P. Garcia Nobrega

CRM-PR 1643

ASSINATURA E CARIMBO (UNIDADE DE DESTINO)

VC 03 - Rio Dias

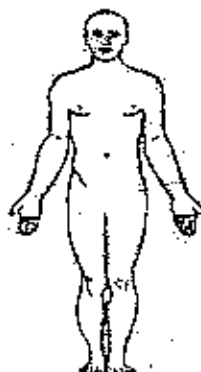
SEMANA LINES REPORT P4 20-MAR-2017 18:51 351823 1/1

Mão D
de Anel
clausurada

INCIDENTE	☐ CANCELAMENTO ☐ RECUSA DE ATENDIMENTO ☐ NÃO SE ENCONTRAVA NO LOCAL ☐ RECUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ☐ TROTE ☐ BOMBEIRO NO LOCAL ☐ OUTROS: _____		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ GUARDA MUNICIPAL ☐ SMTRAN ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS: _____	
	☐ INICIADO ÀS: _____ () TÉRMINO ÀS: _____ ☐ RCP COM SUCESSO ☐ RCP SEM SUCESSO OBSERVAÇÃO: _____		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
DESTINO	☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ TRAUMA (HGR) ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ CORONEL MOTA ☐ COSME E SILVA		☐ HCSA ☐ MATERNIDADE (HMI) ☒ UNL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO H.R.S.B.O.S.P ☐ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: _____	
	DESCRIÇÃO: NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO DO RECEPTOR: _____ ASSINATURA DO RECEPTOR: _____ DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/ESTADUAL NESTA ASSINATURA DO PACIENTE: _____ REGISTRO GERAL: _____			
TEMPO PERTINENTE DO PACIENTE	REPOSIÇÃO VOLUMÉTRICA			
	VOLUME DOSE VIA HEMORRAGIA			
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	Ringer, Lactato Solução Fisiológica 0.9% Solução Glicosada 5% Controlados Outros: _____			
	IG POR SEMANA: _____ MOVIMENTOS FETAIS: _____ PERDA DE LÍQUIDO: _____ BCP: _____ ☐ COM CARTÃO ☐ SEM CARTÃO			
MATERIAL E MEDICAÇÃO				

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	ADULTO	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA				
ABERTURAS OCULARES	ABRE ESPONTANEAMENTE	ABRE ESPONTANEAMENTE	4	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (respir/min)	10-24	4	
	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	3		25-35	3	
	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	2		≥ 35	2	
	NÃO ABRE OS OLHOS	NÃO ABRE OS OLHOS	1		01-09	1	
MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	RESPOSTA	5	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	0	5	
	CONFUSO	CHORO IRRITADO	4		> 90	4	
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORO A DOR	3		70-89	3	
	SONS OU GÊMIDOS	GÊMIDO A DOR	2		30-69	2	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	NENHUMA	NENHUMA	1	ESCALA DE GLASGOW	01-49	1	
	OBEDECE SOLICITAÇÕES	MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS	6		0	0	
	LOCALIZA A DOR	RETIRA AO TOQUE	5		14-15	5	
	FLEXÃO NORMAL	RETIRA A DOR	4		11-13	4	
	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO NORMAL	3		8-10	3	
	EXTENSÃO A DOR	FLEXÃO ANORMAL	2		5-7	2	
	NENHUMA	NENHUMA	1		3-4	1	

após procedimentos
conduzimos a mesma
para hospital local.



Dr. N. Barbosa
F.C. Entomagem
COREN-RR 887 670

OBSERVAÇÃO:
pac/ L.O. f.e, verbalizando, DD via pública e/ incapaz,
queixando algia na Mão D, suspeita de fratura no
3º falange MD, escoriações patelas D/E e mão esq.
Feito procedimento conforme protocolo APH, com curativo
imobilização com tala e atadura e pranchamento em
prancha física.