



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1853

UNIDADE: **Bravo II**EQUIPE: *und. unilho Jorge de Mello*Paciente: **VALÉRIA GALVÃO COSTA**Idade: **13 anos** Sexo: **MASCULINO**Nacionalidade: **Portuguesa**

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

Endereço: **Rua S-25 / N-21**Bairro: **S. V. Campos**Nº **21057**DATA **28/12/17**HORA J/9: **15:06**

BASES VIA []

RÁDIO []

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: **15:16**

CELULAR []

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO **15:254 15:444**INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) / 1 a 3 horas (☐) / 4 a 24 horas (☐) / Mais de 24 horas (☐) / Não sabe (☐)

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Capotamento	☐ Uso do cinto	☐ FAF	☐ Ac. De Trabalho Local ☐ Trajeto
☐ Atropelamento	☐ Vítima projetada	☐ FAF	☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Colisão AUTO x	☐ Vítima encarcerada	☐ Espancamento	☐ Acidente Doméstico
☐ Motorista	☐ Air Bag Acionado	☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Banco dianteiro	MOTOCICLETA / BICICLETA	☐ Violência Sexual	☐ Afogamento
☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Colisão MOTO X	☐ Tentativa de suicídio	☐ Agressão p/ animal
PEDESTRE	☐ Queda de moto	☐ Outro:	☐ Outros:
☐ Atropelamento	☐ Atropelamento		
☐ VIA ☐ CALÇADA	☐ Queda de Bicicleta		
	☐ Piloto		
	☐ Com capacete		
	☐ Sem capacete		
	☐ Garupa		

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA
☐ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☒ AVON
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Taquicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria ☐ D/E
☐ Edema de Glote	☐ Roncos	☐ Ausente	☐ Aparentemente Intoxicado
☐ Outro:	☐ Sibilos	☐ Cianose central	☐ DNV
	☐ Respiração paradoxal	☐ Cianose de extremidade	

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	15	110 x 70	98	20	100	-	-	-
Fim	22	110 x 70	91	19	99	-	08	-

Pele	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Palida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Tamponamento	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Luxação	☐ Enfisema subcutâneo	☐ Ferida Aspirativa	☐ Doloroso
☐ Seca	☐ Fer. penetrante	☐ Mandíbula		☐ Empalamento	☐ Evisceração
☐ Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☒ Escoriações MED	
☐ Dor	☐ Dor	☐ Luxações	☐ Luxações	
☐ Instabilidade	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	
		☒ Fratura MSE	☐ Fratura	
		☐ Amputação	☐ Amputação	

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Respiratória	Digestiva	Diabetes	Alergias
☒ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assístolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica	☐ HAS	
☐ Filiter		☐ Metabólica	☐ Pediátrica		
		☐ Cardiovascular	☐ Outra		
		☐ Aborto		☐ Medicação de uso	

☐ ILESO☐ PEQUENA☐ MÉDIA☐ SEVERA☐ LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLAS MENSAGENS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11/10/19

OBSERVAÇÕES

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

- ☐
- Polícia Militar
-
- ☐
- Guarda Municipal
-
- ☐
- SMTRAN
-
- ☐
- Bombeiro
-
- ☐
- Outros:

- ☐
- Iniciada as:
-
- ☐
- RCP com sucesso
-
- ☐
- RCP sem sucesso
-
- ☐
- Obs.:

☐ Atendido no local

1. Bel. Gomes e Silva - RSCS

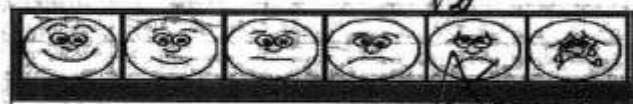
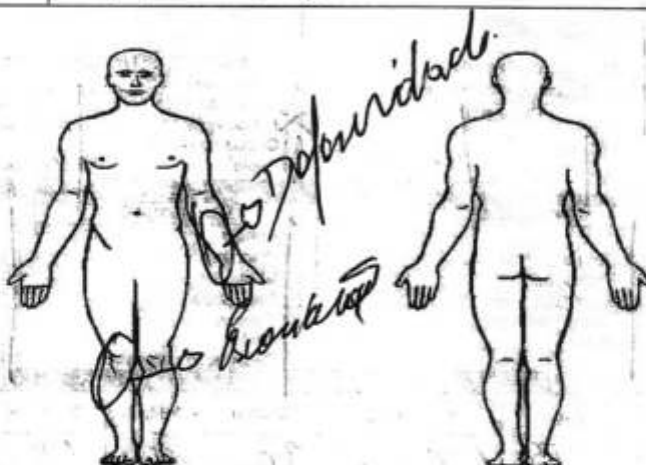
1. H. Dos. Clínicos/BB - HCB

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: _____ RG: _____
 TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
 TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE
 IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____ BCF: _____
 [] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO
 2- Stedberg 10cm -
 3- Pare de fur

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	5 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

vituário, exceto no interior de sua larva. Quando o mesmo
 foi atingido por uma nuvem de 300 milhas de nível ou
 que, posteriormente, lota de produtos e substâncias. Aprox-
 imado de 100 milhas de distância, com a presença de
 de 100 milhas de distância, com a presença de
 de 100 milhas de distância, com a presença de
 de 100 milhas de distância, com a presença de

Willames R. Silva
 Rec. Enfermagem - RPH
 CRP 150240

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 11/10/19
 Stephanie
 Rubricada

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANIZIA SERVINO GALVAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027683-0

Autenticação:

FB69C5A79599B1F4AC7BDD3290907DB4D7FF36F20B987AEA13BEC6AA5687BFF1

Matrícula: 303135

Agosto/2019

Dados do Cliente: ROSANGELA CONCEIÇÃO		Endereço para entrega: RUA WALTER FORTE CASTELO BRANCO, 422 - D R SILVIO LEITE BOA VISTA RR 69314-328																																											
Inscrição 001.019.136.0046.000	Rota 7	Seq.Rota 2552	Quantidade de Economias RESIDENCIAL																																										
Hidrômetro Y125598426	Data de instalação 18/02/2013	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL																																										
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)																																										
LEITURA FAT. 1969		1990	21																																										
LEITURA INF.			30																																										
DT. LEITURA 22/07/2019 21/08/2019																																													
ULTIMOS CONSUMOS																																													
201907	18-0																																												
201906	21-0																																												
201905	28-0																																												
201904	24-0																																												
201903	24-0																																												
201902	21-0																																												
MEDIA	22																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</th> </tr> <tr> <th colspan="6">DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.</th> </tr> <tr> <th>AMOSTRAS</th> <th>CLORO</th> <th>TURBIDEZ</th> <th>COR</th> <th>C.TOTALIS</th> <th>E.COLI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENGLD-0</td> <td>100</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>POND. LITRADA</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>CONSUMIDOR</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>				Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor						Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição						DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.						AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI	ENGLD-0	100	180	180	180	180	POND. LITRADA	200	200	200	200	200	CONSUMIDOR	200	200	200	200	200
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor																																													
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição																																													
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.																																													
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI																																								
ENGLD-0	100	180	180	180	180																																								
POND. LITRADA	200	200	200	200	200																																								
CONSUMIDOR	200	200	200	200	200																																								
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																																										
AGUA																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																													
CONSUMO DE AGUA		21 M3	63,90																																										
JUROS DE MORA 05/2019			0,89																																										
VENCIMENTO: 15/09/2019		TOTAL A PAGAR 64,79																																											

IMPRESSO EM: 21/08/2019 07:25:09

Via do Cliente



Via da Caixa

Matrícula: **303135**

Agosto/2019

Dados do Cliente: ROSANGELA CONCEIÇÃO		Endereço para entrega: RUA WALTER FORTI CASTELO BRANCO, 422 - D R SILVIO LEITE BOA VISTA RR 69314-328																																											
Inscrição 001.019.136.0046.000	Rota 7	Seq.Rota 2552	Quantidade de Economias RESIDENCIAL																																										
Hidrometro Y125598426	Data de instalação 18/02/2013	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL																																										
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)																																										
LEITURA FAT. 1969		1990	21																																										
LEITURA INF.			30																																										
DT. LEITURA 22/07/2019 21/08/2019																																													
ULTIMOS CONSUMOS																																													
201907	18-0																																												
201906	21-0																																												
201905	28-0																																												
201904	24-0																																												
201903	24-0																																												
201902	21-0																																												
MEDIA	22																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</th> </tr> <tr> <th colspan="6">DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.</th> </tr> <tr> <th>AMOSTRAS</th> <th>CLORO</th> <th>TURBIDEZ</th> <th>COR</th> <th>C.TOTALIS</th> <th>E.COLI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENGLD-0</td> <td>100</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>POND. LITRADA</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>CONSUMIDOR</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>				Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor						Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição						DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.						AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI	ENGLD-0	100	180	180	180	180	POND. LITRADA	200	200	200	200	200	CONSUMIDOR	200	200	200	200	200
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor																																													
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição																																													
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.																																													
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI																																								
ENGLD-0	100	180	180	180	180																																								
POND. LITRADA	200	200	200	200	200																																								
CONSUMIDOR	200	200	200	200	200																																								
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																																										
AGUA																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																													
CONSUMO DE AGUA		21 M3	63,90																																										
JUROS DE MORA 05/2019			0,89																																										
VENCIMENTO: 15/09/2019		TOTAL A PAGAR 64,79																																											

IMPRESSO EM: 21/08/2019 07:25:09

Via do Cliente



Via da CAER

GRANDE TRAUMAGOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Visto por

29/12/17

1700886585	28/12/2017 15:44:40	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NHE-HGR	DIURNO 07-19	29
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
VALDENIR GALVAO COSTA	01/09/2004		13 A 3 M 27 D	801434321372882			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				M	SOLTEIRO (APARDA	BOA VISTA - RR	Nacionalidade
Mãe	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
IVANIZIA SERVINO GALVAO							
Endereço	RUA - S-34 - 132 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Contato				
			(95) 99137-4225				
				Ocupação			
				ESTUDANTE			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
OUTROS	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WESLIEN.ROCHA				
Queixa Principal							
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

PALENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE IMOBILIZADO POR MOTOCICLETA
INTENSA EM INTERIORES. PALENTE.

Exame Físico

ESCORIAÇÕES + ABAURAMENTO EM MSE.

Hipótese Diagnóstica

Politraumático.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

DIETINOMINA 1g (V)
021 TILADIL 20 (V)
031 CEFALOSINA 1g (V)

Fecho 16:00
Emília J. N. Machado
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 001 095 P-1

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: INTENSIVIDADE

☐ Ambulatório
☒ Observação (Até 24h)
☒ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: weslien.rocha
Data Hora: 28/12/2017 15:46:56



1700886585

© 2011
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SISTEMA DE ATENDIMENTO
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
RUA S-34 - 132 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Antepedra / Alberto / 16:20h.

paciente com trauma em ant-braço

E.

nt = fratura do rádio

co: Imobilização

Interno

Dr. Ernan Bruno Rodrigues Coelho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

SUS 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				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO		262359	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
Valdemir B. Costa				01/09/04		M	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
810114134132113712181812				Ivanezia Suenes Gualvato			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
R. 534, 132, Semeador Helio Campos				Boa Vista		RJ	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
				Fratura do rádio			
18 - CONDIÇÕES DE PROBLEMA MONITORADO				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
				Rx + E. F.			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Fr. rádio?							
PROCEDIMENTO SOLICITADO				23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
						() CNS () CPF	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
						32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
						33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
						34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				35 - CNPJ DA SEGURADORA		36 - N° DO BILHETE	
37 - ACIDENTE DE TRABALHO				38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA	
40 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				41 - CBO		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO				44 - EMPREGADO		() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO				45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
28/12/12						01060010 7039	



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	VALDENIR GALVÃO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	29/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				16 04
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10 16 22 04
6	TRAMAL 100mg VO 20gts 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Motina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				realizar
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

12:30h
fet. des. P. e L. Galvão o. / cirurgia
afundado pl / 10/01/18
auto (mãe)
recife

Dr. Jefferson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1739

Dr. Leonardo Rebelo
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1739

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	127/70	89	16	35.8
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

BRUCUD Alta 12.01.18

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: U.G.R.

2 - CNES: 162359

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Valdemir Galvão Costa

4 - CNES: 162359

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Valdemir Galvão

6 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/2004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8198101039810374647

8 - SEXO: M

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Ivanizia Sereno Galvão

10 - TELEFONE DE CONTATO: 915 9191137422

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua S-34 132 Senador Helio Campos

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 2121

13 - UF: RJ

14 - CEP: 21210-060

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pat. Pulcras (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + EF

20 - CID 10 PRINCIPAL: Pat. Pulcras (E)

21 - CID 10 SECUNDÁRIO:

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Pat. Pulcras (E)

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

25 - CLÍNICA:

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

27 - DOCUMENTO: () CNS () OFF

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

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/1/18

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Rogério Medeiros de Paula

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Rogério Medeiros de Paula

32 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1205

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO:

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO:

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - CNPJ EMPRESA:

38 - CNPJ DO BILHETE:

39 - SÉRIE:

40 - CNPJ DA EMPRESA:

41 - CSOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Dawson Ferreira

44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1115

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/1/18

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Dawson Ferreira

47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1115

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5524

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1115



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/18

O.S. _____

Valmir
Belicão

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

Dr. Dalsor Feitosa

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① PT em DDT 10º Fleco Anterior
- ② Anestesia Intermittente
- ③ Incisão 10 cm, direção,
flexão interna e placa de
arquivo Bloquist, 06 parafusos,
buzina + Guttera, e PA



HISTÓRIA DE ANESTESIA

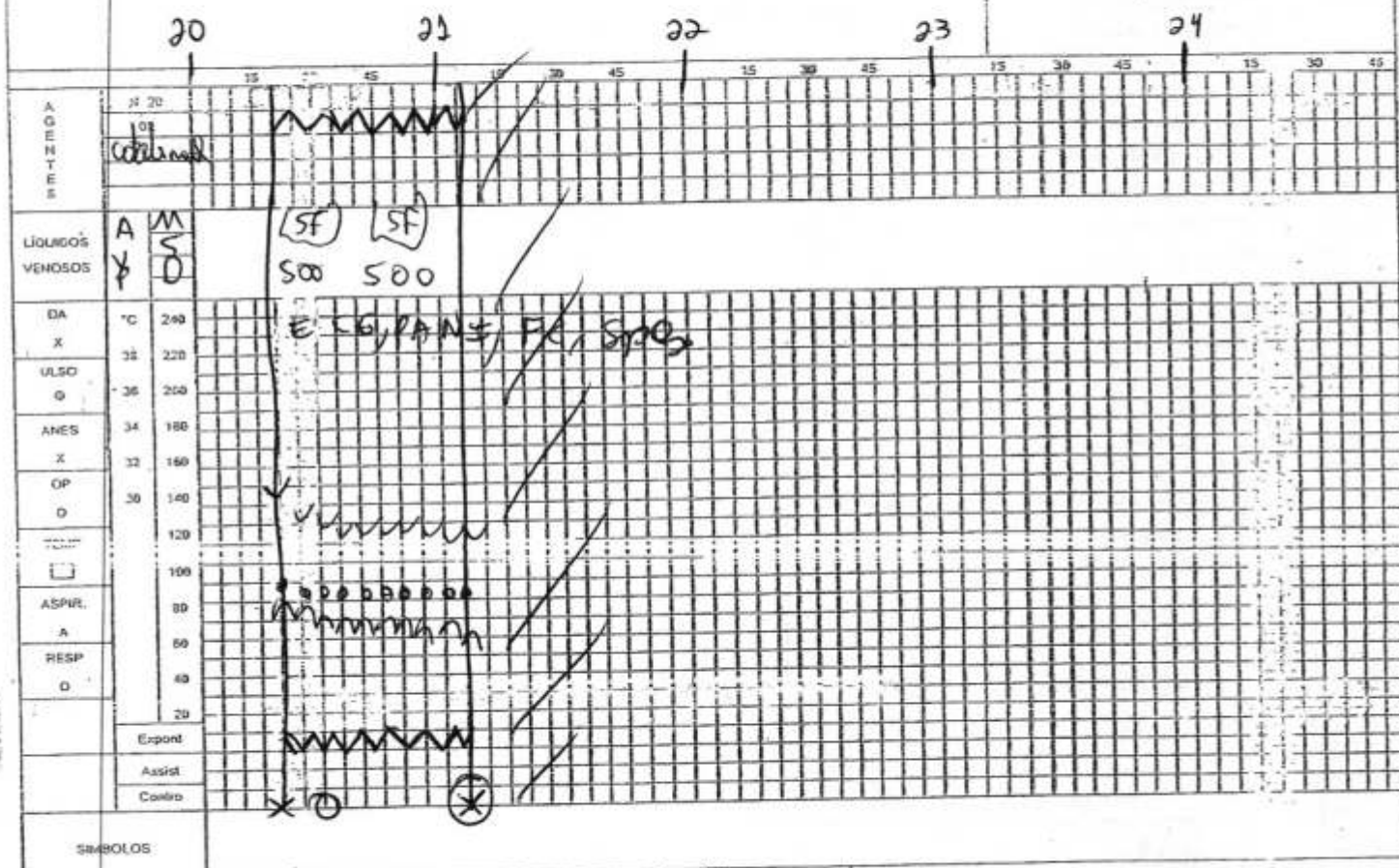
Valdeir Galvão Costa

Id: 13 Ans

Página

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

10/03/18



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 150mg	Bloqueio de Plexo Bra	1) Chequibit OK + monitorização
B	Valproato 150mg	Quil E, via sup-	2) O ₂ 100% 2L/min
C		Novicain, quisto	3) Anest. e cinépsia de região
D		por USG	infracostal E c/ placel 201,
E		utilizando sistema	colocação de cateter estéril, eletrodo
F			de estímulos e plexo braquial, que
G			foram negativos, para anest. efeção
GLICOSE	LIQUIDOS	Cácula - Hese / Om Feringer	do lado do lado de anest. 150mg
HDCC		Naso / Oroscop - Cegi	na - 150mg e Lidocaine 150mg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	4) Propofol 30 + 30 mg
	SFO, S% 1000ml	Sob Músculo	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	TTO Anest. de Endoscopia de Antebraço E		
ANESTESIA	Dr. Enes	CÓDIGO	Dr. Rogério
	Dr. Danilo		Dr. Nelson
			Perfusão Sanguínea
			Compensar

Enes Enes
UNB 90



5) Gofolone 2g
X Encaminhado a SAPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	13 anos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
------------------	---------	--------------	------------------	------

Goldemir Galvão Costa	CIRURGIA	30 / 01 / 18
-----------------------	----------	--------------

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteomíntese de Antebraço (E)	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	20:30 20:57

CIRURGIÃO	WALSON	ANESTESISTA:	Endes
1º AUXILIAR	Regênio	RES. ANESTESIA:	Danielle
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Orizio
		CIRCULANTE	Ana Cláudia, Samuel, Jhonata

TIPO DE ANESTESIA:	Sedação EV + Bloq. Simples	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------	----------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		2	FIO MONONYLON Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	por		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 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	CRISTALINO equipo macrogts	
1	SERINGA 05 ML		1	CRISTALINO cateter 02	
1	SERINGA 10ML		5	CRISTALINO elctrodos	
1	SERINGA 20ML		10	CRISTALINO gono dex	
2	citodema de crepom		07	CRISTALINO max dex	

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

NOME: Valdenir Polônio Costa

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DAOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 10/01/18

Idade: 13

Chegada: 19:42

Intensidade: 19:42

Outros: 19:42

Cirurgia Proposta:

Intervenções:

1. Anestesia: Pre-anestesia

2. Exames: Exames

3. Estado Emocional: Mental

4. Outros: Outros

Sinais Vitais:

1. Eletrodo: 118 bpm

2. Otimetro: 120/84 mmHg

3. PVC: 99

4. Placa de Bisturi: 99

5. Incisão: 99

6. Cateter O2: 99

7. Vendicase: 99

8. Dreno: 99

9. SNG: 99

10. Faixa de Smarch: 99

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 20:05 Início da Cirurgia: 20:30 Início Anestesia: 20:20 Término Cirurgia: 20:51 Saída S.O.: 20:51

Cirurgia Realizada: Abdominoplastia Anestesia: Veilante

Hidratação: Infundida Antibiótico: Terapia

SG a 0,9%: Nome: CH: Plasma:

SG a 10%: Dose: Plaquetas: Anátomo Patr. vico:

Outros: Nº de compressas oferecidas: Sinais Vitais: Nº peças:

T: 37,00 °C P: 120 bpm N: 99 % R: 120 rpm

() Regular () Irregular () Cultura () Outros: 99

FC: 101 bpm PA: 120/84 mmHg

Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Raio X

() Outros: 99

Legenda:

1. Eletrodo

2. Otimetro

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Cateter O2

7. Vendicase

8. Dreno

9. SNG

Entrada:	EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurico	Saídas			
							SWS	Outros	Sinais Vitais	SP02
									1 ^h	93
									2 ^h	99
									3 ^h	
									4 ^h	
									5 ^h	
									6 ^h	
									7 ^h	
									8 ^h	
									9 ^h	
									10 ^h	
									11 ^h	
									12 ^h	
									13 ^h	
									14 ^h	
									15 ^h	
									16 ^h	
									17 ^h	
									18 ^h	
									19 ^h	
									20 ^h	
									21 ^h	
									22 ^h	
									23 ^h	
									24 ^h	

Balanco Hídrico

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros

Localização

Sedação EV + Rg que Suplantou

Localização

Localização

Localização



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Osteomíntese de antebraço (E)

Data: 10/01/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Golden Galvão Costa

Idade: _____

Bloco: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Caixa: Cx Reg. Fragmentos (Bloqueados)

Nº 01

Circulante: Ana Cláudia, Jhonata, Samuel

Sala 01

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Parafuso bloqueado N° 18 - 4

h cortical N° 18 - 4

Placa bloqueado 6 furos!

Médico Responsável

Dr. Ealson Freitas
Ortopedista - Traumatologia
CRM 22.172

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Valquir Costa</i>					
DIAGNÓSTICO <i>frat. fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS			<i>01:00</i>	
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas			SN	
8	CURATIVO DIÁRIO			verificar	
9	<i>Keflin 0,5g @ 6/6</i>			Realizar	
10				<i>24-06-12-18</i>	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1- SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Às 22:00h. Paciente retornou do CC. Realizou osteossíntese de fratura de antebraço E. No momento sem queixas.

Mark...
 Enfermeira
 COF: 24.040-711

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	108x70	88	18	36°C		
12 H						
18 H						
24 H	106x63	92	18	36,9°C		

00 as 07:00 realizado medicações KPM. sendo SSVV. sem queixas, se que...
 cuidados do enfermeiro...

Rosmeia Pereira de França
 Técnica de Enfermagem
 MOEN-RR 624-685-TEC

1 2024-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/01/2018	DN	01/09/2004
PACIENTE VALDEMIR GAVÃO COSTA					
AGNÓSTICO FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	13 ANOS	LEITO	404-3	DATA	11/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h				5:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				10:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5:00
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				5:00
8	TRAMADOL 100MG VO. 20 GOTAS. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				5:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				5:00
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				5:00
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

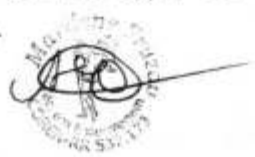
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TAX
6 H	125x75	98	16	36,5%
12 H	135/80	106	20	36,3
18 H	100/76	100	18	37,0
24 H	129x62	103	16	36,5%

Dr MARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 anos 394, m
leito. Adm m
dilatação e Aferi
Sinais vitais
Gilda Aparecida de Oliveira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 781366-TE

11/01/18 administrado medicação, aferido sinais vitais
07 as 13





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE VALDENIR GALVÃO COSTA, 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 09/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE OSTEOSSINTESE Fratura de Osso metacarpo 5

NO DIA 10/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE fratura de osso do metacarpo primeiro SENDO

OPERADO PELO DR. DANSON E DR. Roberto Dias

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/01/18, ÀS 12:00 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/01/18, ÀS 8:00 horas, COM O
DR. DANSON DENIS

FO. limpa, seca, sem SINTOMAS. Fw Ginta

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR E ORIENTAÇÃO DO DR. DANSON

Dr. Marcelo Marques

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

MÉDICO

BOA VISTA, 19 01 18



WALDENIR G. COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

28/12/2017 17:01:32

58.0 %



E

11/1/2018 06 25:17

62,9 %

, VALDEMIR GALVAO COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.



E

11/1/2018 08 25:17

63,1 %

BLOC. D 404-03

E



VALDENIR GALVAO COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.

28/12/2017 16:15:19

53.7 %

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **085.965.132-05**

Nome: **VALDENIR GALVAO COSTA**

Data de Nascimento: **01/09/2004**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/09/2019**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:27:44** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4C1C.5ADC.9EF1.5DE9**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALDENIR GALVÃO COSTA

MATRÍCULA

096758 01 55 2004 7 00012 050 0002250 19

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

DIA

01

MÊS

09

ANO

2004

HORA

17:28

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nra. Je Nazareth

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GILBERTO COSTA e IVANIZIA SERVINO GALVÃO.

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO LAURINDO COSTA e MARIA DAS GRANÇAS COSTA ; MATERNOS: JACY GALVÃO e CECI SERVINO

GÊMEO(S)

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TRÊS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

20624696

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão tem elementos de averbação à margem de seu termo de acordo com proc nº 0010.10.008584-3, sentença judicial e mandado ambos proferidos em 07/06/2010, pela Exma. Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias - Juíza da Vara da Justiça Itinerante - RR, 2ª Via.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deudete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deudete Coelho Filho**

Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000 Fone: 95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 14 de julho de 2010



Indira Socorro Pinho Oliveira
Escrevente Autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 Polegar Direito 

Ivanizia Servino Galvão
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 86862 DATA DE EXPEDIÇÃO: 14/02/2008

NOME: IVANIZIA SERVINO GALVÃO

FILIAÇÃO:
JACY GALVÃO
CECI SERVINO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO: 15/01/1970

DOO ORDEM:
CERTO NASC 6.130 FLS 160 LIV A-5
BOA VISTA - RR
323.077.992-49
2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIC

LEIN 7.116 DE 29/08/83

P-1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371408/19

555694

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

CPF: 085.965.132-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: VALDENIR GALVAO
COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANIZIA SERVINO GALVAO : 323.077.992-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VALDENIR GALVAO COSTA : 085.965.132-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: IVANIZIA SERVINO GALVAO
CPF: 323.077.992-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

IVANIZIA SERVINO GALVAO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601749 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA.P.02/03/0506

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.14/15/16

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371408/19

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

CPF: 085.965.132-05

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDENIR GALVAO COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANIZIA SERVINO GALVAO : 323.077.992-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VALDENIR GALVAO COSTA : 085.965.132-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: IVANIZIA SERVINO GALVAO
CPF: 323.077.992-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

IVANIZIA SERVINO GALVAO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601749

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANIZIA SERVINO GALVAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601749

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANIZIA SERVINO GALVAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IVANIZIA SERVINO GALVAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000027683-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:

085 965 132 05 VANDENIR GALVÃO COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, BOA VISTA, 17/10/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 4 - Nome completo da vítima:

085 965 132 05 VANDENIR GALVÃO COSTA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 17/10/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 1007/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035361/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 08:03

Data/Hora Fim: 15/10/2019 08:18

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/12/2017 15:06

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA S25 C/ N21

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVANIZIA SERVINO GALVÃO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Ceci Servino

Nome do Pai: Jacy Galvão

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 86862

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WALTER FORTE CASTELO BRANCO

Bairro: DOUTOR SILVIO LEITE

Telefone: (95) 99156-0660 (Celular)

Nº: 422

Nome Civil: VALDENIR GALVÃO COSTA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 01/09/2004

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ivanizia Servino Galvão

Nome do Pai: Gilberto Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WOLTER FORTE CASTELO BRANCO

Bairro: SILVIO LEITE

Nº: 422

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Comunicante informa que a vítima trafegava de bicicleta na rua acima citada quando foi atingido por uma motocicleta, com a queda a vítima teve seu braço esquerdo quebrado. Que não tem maiores detalhes do infrator, é o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035361/2019

ASSINATURAS

DAT
15/10/2019
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Ivanizia Servino Galvão
Ivanizia Servino Galvão
(Comunicante)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 035361/2019/DAT**

O Sr.º

NOME: **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**

RG: **86862**

SEXO: **FEMININO**

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE: **99156-0660**

ENDEREÇO: **RUA - WALTER FORTE CASTELO BRANCO, 422**

BAIRRO: **DR. SILVIO LEITE**

A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado Data e Hora exata do Acidente.

➤ **HORA: 15h06mins;**

➤ **DIA 28/12/2017;**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 21 de Outubro de 2019.

IVANIZIA SERVINO GALVÃO
Comunicante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALDENIR GALVÃO COSTA

MATRÍCULA

096758 01 55 2004 7 00012 050 0002250 19

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

DIA

01

MÊS

09

ANO

2004

HORA

17:28

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nsra. Je Nazareth

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GILBERTO COSTA e IVANIZIA SERVINO GALVÃO.

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO LAURINDO COSTA e MARIA DAS GRANÇAS COSTA ; MATERNOS: JACY GALVÃO e CECI SERVINO

GÊMEO(S)

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TRÊS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

20624696

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão tem elementos de averbação à margem de seu termo de acordo com proc nº 0010.10.008584-3, sentença judicial e mandado ambos proferidos em 07/06/2010, pela Exma. Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias - Juíza da Vara da Justiça Itinerante - RR, 2ª Via.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deusdete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deusdete Coelho Filho**

Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000 Fone: 95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 14 de julho de 2010



Julia Socorro Pinho Oliveira
Correvente Autorizada