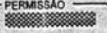


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 865073368	NOME MARIA JOSELHA SILVA LIMA		
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA/F 200330 SSP RR	
		CPF 752.597.452-72	DATA NASCIMENTO 28/07/1981
		FILIAÇÃO PEDRO FERREIRA LIMA MARIA DAS GRACAS SILVA LIMA	
		PERMISSÃO 	ACC 
	Nº REGISTRO 04787216992	VALIDADE 21/05/2019	1ª HABILITAÇÃO 20/10/2009
PROIBIDO PLASTIFICAR 865073368	OBSERVAÇÕES		
			
	ASSINATURA DO PORTADOR		
	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 04/06/2014	
	 Edilson Dantas Santos Diretor - Provisório DETRAN-RR (RORAIMA) 79141111686 RR207558086		
ASSINATURA DO EMISSOR			

20/02/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 02/2019 referente a UC: 606464



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2334639

MARIA JOSELHA SIL VA LIMA

R. GENESIO ALCIMIRO LOPES, 599 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316550 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
606464	02/2019	15-JAN-19 a 12-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
631	01-MAR-19	R\$ 558,21

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
606464	02/2019	R\$ 558,21

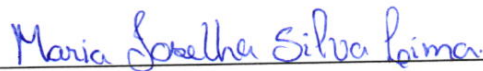
836700000059.582100750006.000000000604.646402190052



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pela presente e na melhor forma de direito **MARIA JOSELHA SILVA LIMA**, brasileira, solteira, Servidora Pública Municipal, portador(a) do RG nº 200.350 SSP-RR, inscrito(a) no CPF sob nº 752.597.452-72, residente e domiciliada a Rua Genésio Alcimiro, nº599, Bairro Sen. Hélio Campos, Boa Vista/RR, telefone (95)99113-9152, para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), **DECLARA**, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

Boa Vista/RR, 20 de janeiro de 2019.



MARIA JOSELHA SILVA LIMA

Contra Cheque Municipal

Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA				Mensal		Mês/Ano 12/2018	
Endereço: RUA GENERAL PENHA BRASIL, , S/N SAO FRANCISCO							
Cidade/UF BOA VISTA-RR		Cargo Inicial NFA- AGENTE MUNICIPAL AUXILIAR DE SERVICOS		Uni./Custeio			
CNPJ 05.943.030/0001-55		Cargo Atual NFA- AGENTE MUNICIPAL AUXILIAR DE SERVICOS		010314			
Matricula	Registro	Nome					
26861-1	026861	MARIA JOSELHA SILVA LIMA					
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
001	VENCIMENTO	30.00D	1.286,72				
113	ADICIONAL TEMPO SERVICO	10.00	128,67				
203	ANTEC AUX TRANSP EM PECUNIA 2	21.00	74,00				
592	FALTAS (HORAS)	3.22H		22,79			
737	CONSIG BANCO BRASIL	04/0230		482,89			
942	PRESSEM	11.00		153,19			

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Assinatura do Funcionário

/ / Data

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.489,39	658,87
			Valor Líquido	830,52
Salário Base	Base Previdência	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF
1.286,72	1.392,60	0,00	0,00	1.392,60

Contra Cheque Municipal

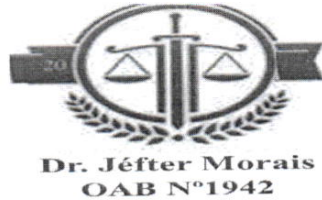
Empresa: PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA			Mensal		Mês/Ano 11/2018
Endereço: RUA GENERAL PENHA BRASIL, , S/N SAO FRANCISCO					
Cidade/UF	BOA VISTA-RR	Cargo Inicial	NFA- AGENTE MUNICIPAL AUXILIAR DE SERVICOS		
CNPJ	05.943.030/0001-55	Cargo Atual	NFA- AGENTE MUNICIPAL AUXILIAR DE SERVICOS		
			Uni./Custeio 010314		
Matricula	Registro	Nome			
26861-1	026861	MARIA JOSELHA SILVA LIMA			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	VENCIMENTO	30.00D	1.286,72		
113	ADICIONAL TEMPO SERVICO	10.00	128,67		
203	ANTEC AUX TRANSP EM PECUNIA 2	18.00	52,40		
592	FALTAS (HORAS)	3.38H		23,92	
737	CONSIG BANCO BRASIL	03/0230		482,89	
942	PRESSEM	11.00		153,06	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Assinado Funcionário

Data

AGORA VOCE PODE REALIZAR SUA ADESAO AO PLANO GEAP, INFORMACOES: RUA ROCHA LEAL,778 - CENTRO OU PELO 0800 728 8300.			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.467,79	659,87
			Valor Líquido	807,92
Salário Base	Base Previdência	Base FGTS	FGTS do Mês	Base IRRF
1.286,72	1.391,47	0,00	0,00	1.391,47



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGRANTE(S): MARIA JOSELHA SILVA LIMA, brasileira, solteira, Servidora Pública Municipal, portador(a) do RG nº 200.350 SSP-RR, inscrito(a) no CPF sob nº 752.597.452-72, residente e domiciliada na Rua Genésio Alcimiro, nº 599, Bairro Sen. Hélio Campos, Boa Vista/RR, telefone (95) 99113-9152, nomeia e constitui como Advogado e Procurador:

OUTORGADO(S): JÉFTER NASCIMENTO MORAIS, solteiro, brasileiro, Advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 1942-RR, com escritório profissional na Av. Carlos Pereira de Melo, nº 3603, 2º andar, sala 01, Santa Tereza – Posto Auto Premium, Boa Vista-RR, CEP: 69312-375, onde o (a) outorgado (a) deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, podendo representá-lo(a) em qualquer juízo, instância ou tribunal, bem como para o foro em geral, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender as contrárias, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Boa Vista-RR, 18 de janeiro de 2019.

Maria Joselha Silva Lima

MARIA JOSELHA SILVA LIMA

Outorgante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALESSANDRA MARIA ROSA DA SILVA,
RG nº 4.721.043, data de expedição 13/10/86,
Órgão SSP/BA, portador do CPF nº 506.020.805-25, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
ROAUMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
OSCAR MARTINS DOS SANTOS - CAMBARA, nº 203,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria Joselha Silva Lima, cujo o condutor era
Maria Joselha Silva Lima.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA BIZ 125 ES
Ano: 2014
Placa: NBA 2989
Chassi: 9C22C4B20E2004079
Data do Acidente: 04.08.2016
Local e Data: Boa Vista-RR, 14 de novembro de 2018

Alessandra Maria Rosa de Silva
Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4186
Zoficiohboavista@cartorioaquino.com.br

62222.5bec14d16203
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
ALESSANDRA MARIA ROSA DA SILVA

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fê. Boa Vista/RR, 14 de novembro de 2018.
Consulta o(s) selo(s) abaixo em cidadesaoportalelorr.com.br
REC FIR 166296CGVLZDA664D6X676 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Alessandra Maria Rosa de Silva
Tabela Substituta
Data: _____
Assinatura: _____

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654325806

NOME
ALESSANDRA MARIA ROSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR(A)
4721043 SSP BA

CPF
506.020.805-25

DATA NASCIMENTO
17/01/1972

FILIAÇÃO
JOSE ANTONIO DA SILVA
JUNIOR
VILMA ROSA DE JESUS

PERMISSÃO
ACB
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
01375248997

VALIDADE
13/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
20/07/1993

OBSERVAÇÕES
X

ASSINATURA DO PORTADOR
Alessandra Maria Rosa da Silva

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
13/08/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR
Antonio Francisco Bezerra Marques

54106671655
RR209784407

RORAIMA

DEMATRAN CONTIRAN

DETRAN

DETRAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 011598207126

01 00590784RB1 EXERCÍCIO: 2016

R.N.T.R.C.

JOSE ANTONIO DA SILVA JUNIOR

NOME

040.330.355-91

CPF / CNPJ

RR

PLACA

NBA2Y89

GRASSI

9C23JC4B20ER004079

COMBUSTÍVEL

ALCO/8ASDI

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2014

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PAKICU

VEIC. COTA ÚNICA

1º

VEIC. / COTAS

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

R\$ 1,00

PREMIO TOTAL (R\$)

R\$ 1,00

DATA DE PAGAMENTO

10/02/2016

AL.FID. RV.FINANCEIRO

R\$ 0,00

CFI

PROIBIDA

IR DA PRECATORIO

DETRAN

CONTRAN

BRASIL

Francisco José da Silveira

Diretor-Presidente

DETRAN/RR

05/11/2016

RR Nº 011598207126		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatSegurodoTransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO 2016		DATA EMISSÃO 06/12/2016	
VIA 01	COT. VAL. 040.330.355-81	COT. PREÇO R\$ 298,00	PLACA NBA-2980
RENAVAM 0050786881		MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB. 2013	COT. TEMP. 9C2JC4B20ER004098		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$) R\$ 29.04	DE NATURAL (R\$) R\$ 14.34	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 143,38	
COSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 13	ISC (R\$) R\$ 1,11	TOTAL SEGURO REGULADO (R\$) R\$ 292,00	
PAGAMENTO		DATA DE QUITACAO 13/10/2016	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.348.408/0001-04 www.SeguradoraLider.com.br			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

JOSE ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Selo digital de fiscalização:
CERT2V158345BQ67ZESQUENF
consulta: cidadao.portalselorr.com.br

CPF

040.330.355-91

MATRÍCULA:

158345 01 55 2015 4 00055 284 0023999 12

SEXO

masculino

COR

parda

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, com 66 anos

NATURALIDADE

Salvador/BA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0056076983

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

JOSE ANTONIO DA SILVA e MARIA DE ALMEIDA SILVA, residente e domiciliado Rua Oscar Martins dos Santos, n.º. 203, Bairro Cambará, Boa Vista - RR

DATA E HORA DE FALECIMENTO

QUATORZE DE JUNHO DE DOIS MIL E QUINZE, às 21:00 h

Dia

14

Mês

06

Ano

2015

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Unimed, Boa Vista - RR

CAUSA DA MORTE

Insuficiência respiratória aguda; Pneumonia bronco aspiratória; Edema agudo de pulmão; Hipertensão arterial sistêmico

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido)

Cemitério Parque Campo da Saudade, Boa Vista-RR

DECLARANTE

ALESSANDRA MARIA ROSA DA SILVA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Adonias Resende, CRM 1609-RR

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCEER

O falecido não deixou testamento conhecido; deixou bens à inventariar; era eleitor, deixou dois (02) filhos. Foi apresentada e fica arquivada, neste Tabelionato, a Declaração de Óbito nº. 18013121-4.
2ª Via.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	0056076983		SSP/BA	

CEP Residencial	Não informado	Grupo Sanguineo	Não informado
-----------------	---------------	-----------------	---------------

As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício: Cartório Loureiro
Oficial Registrador: Joziel Silva Loureiro
Município: Boa Vista / RR
End.: Av. Ville Roy, 5636
Telefone: 95-36243050
E-mail: atendimento@cartorioloureiro.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista/RR, 29 de outubro de 2018.

Marjory C. C. Esbell Briglia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

EM BRANCO

CARTÓRIO LOUREIRO

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA		cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo:		ffff (0003)	Número do livro
Matrícula	0018830155 1987 1 0003 050 0000533 31	55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais		ggg (050)	Número da folha
Padrão	aaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ii	ddddd (1987) Ano de Registro		hhhhhh (0000533)	Número do Termo
DETALHAMENTO		(1) Tipo do livro, sendo:		ii (31)	Índice Verificador
aaaaa (00188-3) Código Nacional da Serenidade		1: Livro A (Nascimento)			
bb (01) Código do Acervo, sendo:		2: Livro B (Casamento)			
		3: Livro C (Auxiliar (Registro de casamento religioso para fins civis))			
		4: Livro D (Auxiliar (Registro de Nascimento))			
		5: Livro E (Auxiliar (Registro de Nascimento))			
		6: Livro F (Auxiliar (Registro de Nascimento))			
		7: Livro G (Auxiliar (Registro de Nascimento))			

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Maria Soelho Silva Lima, 35 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 03/08/2016, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de clavícula

NO DIA 08/08/2016, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Astessintex de Clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. Marcos Zetoun E DR. Carlos Henrique

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/08/2016, ÀS 09H, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/08/2016, ÀS 14H, COM O
DR. Marcos Zetoun

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2018

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 SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcos A.

BOA VISTA, 10/08/2016

Dr. Wilber Lima de Moraes
residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1833

03/08/2016

Ato Declaratório

... Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO A

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



Visto por

Assinado digitalmente
04/08/16

1600632746 03/08/2016 15:20:11 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 138

Paciente MARIA JOSELHA SILVA LIMA Data Nascimento 28/07/1981 Idade 35 A 0 M 6 D CNS 702902502497577 CPF 75259745272 Prontuário 146441
Tipo Doc Documento 200350 Órgão Emissor SESP/RR Data Emissão Sexo F Estado Civil SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor Naturalidade SAO SEBASTIAO DO TOCANTINS - TO
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA LIMA Pai PEDRO FERREIRA LIMA (95) 99113-9152
Endereço RUA - GENESIO ALCIMIRO LOPES - 599 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Poso Presença
Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: EMILLY ASSUNCAO

Queixa Principal () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem *Doença em andamento no tratamento*
GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para:

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

16 NOV 2018

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo do Médico

Impresso por: emilly.assuncao
Data Hora: 03/08/2016 15:21:54



1600632746		03/08/2016 15:20:11		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		138	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
MARIA JOSELHA SILVA LIMA		28/07/1981		35 A O M 6 D		702902502497577		75259745272		146740	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		200350		SESP/RR				F		SOLTEIRO(A)	
Mãe		Pai		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade			
MARIA DAS GRACAS SILVA LIMA		PEDRO FERREIRA LIMA						SAO SEBASTIAO DO TOCANTINS - TO			
Endereço								(95) 99113-9152		Ocupação	
RUA - GENESIO ALCIMIRO LOPES - 599 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR										NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Poso	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		Pressão	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA						EMILLY.ASSUNCAO		140180	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC				TOTAL			
				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECO ☐ OUTROS											
PRESCRIÇÃO											
OBSERVAÇÃO											
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: _____											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo do Médico					
Impresso por: emilly.assuncao Data Hora: 03/08/2016 15:21:54						GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR					



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
2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - N° DO BILHETE
38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
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

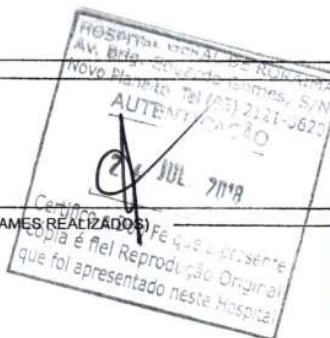
10/11/16
(3.8 a 8.8) 0308010019-2 T068
5420 V299

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	------------------------	---------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
PS		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES
Itu		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO
maria JOSELYNE SILVA LIMA		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
7102902502497577	28/07/81	F
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO
maria das Graças Silva Lima		9114391152
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		
R: Genesio Alcimino Lopes 599 Helio Cony		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Boa Vista		RR
		16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Po he acidente d natu, opreme do e limiz pncionl do oculo	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Clinico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
ps onbu d	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Inten laca dno claud t	
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	



PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
otromito claud t		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
Clinica	Internar	() CNS (x) CPF
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
5115915362211		Jeffer A. Lopes Aguiar
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
07/08/16		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					

AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS (x) CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
3/8/16		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		

103-2 103-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Maria Sapeha Siqueira</i>				
DIAGNÓSTICO <i>Fratura humeral do corpo</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		
1		DIETA ORAL LIVRE		
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6HS		
4		TENOXICAM 40MG IV, 1X/DIA		
5		DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h SE DOR OU FEBRE		
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10		SSVV + CCGG 6/6 H		
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14				
15				
16				
17				
18				
19		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20		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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Wilber Paiva de Moraes
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS			
6 H	109x76	70	36,5
12 H			
18 H			
24 H	100x69	77	36,5

16:20h PA 125/82
FC 66

18:00
PA 110x80
FC 70 T. 36

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

NOME: _____ SETOR: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOTURNO
Banho 1 x dia e SN () Leito () Aspersão	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene oral	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene íntima	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Tricotomia Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar lençóis de cama 1x dia e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar fralda 1x dia e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas frias Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas mornas Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Realizar AVP Local: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar AVP 72/72h	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar bolsa de colostomia	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SVD () 1ª inserção () Troca	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SNG/SNE () 1ª inserção () Troca	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Manter SNG/SNE aberta	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar selo d' água de dreno de tórax 12/12h e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Curativo Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Remover sutura Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aspiração () TQT () Região oral/nasal	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Mudança de decúbito ____/____h	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Administrar medicações			
Administrar dieta () Enteral () Parenteral () VO			

ÁREA DE SUÍSTRIS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capita Júlio Berra, 481 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA JOSELHA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE CLAVICULA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	103-2	DATA	05/08/2016
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF09%500ML EV DE 12/12H				
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS				
4	TENOXICAM 40MG EV 2X/DIA S/N				
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME				
19	ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI;				
20	>400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR				
	PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM ESTABILIDADE DE QUADRO CLINICO SEM QUEIXAS NO MOMENTO.



Dr. Wilber Pálha R. Novaes
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR/1830

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	144x91	73	35.8°
12 H	Pac. p/ hemodialise		
18 H	130x90	36.4	70
24 H	140x90	69	36.1°C

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

Nome: Mrs. Josepha Silva

SETOR: Bloco A

LEITO: 103-2

DATA: 05/08/16

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOTURNO
Banho 1 x dia e SN () Leito () Aspersão	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene oral	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene íntima	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Tricotomia Região: <u>hondalce</u>	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar lençóis de cama 1x dia e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar fralda 1x dia e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas frias Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas mornas Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Realizar AVP Local: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar AVP 72/72h	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar bolsa de colostomia	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SVD () 1ª inserção () Troca	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SNG/SNE () 1ª inserção () Troca	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Manter SNG/SNE aberta	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar selo d' água de dreno de tórax 12/12h e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Curativo Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Remover sutura Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aspiração () TQT () Região oral/nasal	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Mudança de decúbito ____/____h	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Administrar medicação: _____		<u>Sim</u>	<u>ROM. 16/08/16</u>
Alimentação () Oral () Parenteral <u>X</u> VO			

ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2016

GENTE REGULADORA S/A
Av. Celso de Faria, 44 - Boa Vista - RR

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 						
DATA DE ADMISSÃO		03/08/2016		DIH	DN 28/07/1981	
PACIENTE	MARIA JOSELHA SILVA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE CLAVICULA DIREITA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	35	LEITO	103-2	DATA	06/08/2016	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA GERAL LIVRE					5VU
2	SF09% 500ML EV DE 12/12					18:06
3	CEFALOTINA 1G, IV, 8/8h					18:06
4	TENOCICAM 40MG EV 1X/8h					18:06
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 8/8h; SE DOR OU FEBRE					18:06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					18:06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5VU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h					5VU
9	SILFEDRONA 400 MG EV 8/8h (S/N)					5VU
10	SSV 100CGG 6/8h					5VU
12	CLOMIDRIL 25MG EV 8/8h					5VU
14						
15						
16						
17						
18	5. FARMACOLÓGICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME					
19	EQUILÍBRIO: 200-250 UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI;					
20	>400: 10UI E QUANTO SELEÇÃO/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR					
	P. B. MONITORA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM ESTABILIDADE DE QUADRO CLÍNICO SEM QUEIXAS NO MOMENTO.



SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H	110x74	64		
12 H	132/87	70	-	36.2°
18 H	100/80	72	-	35.5°
24 H	110x70	63		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		03/08/2016		DIH		DN 28/07/1981	
PACIENTE		MARIA JOSELHA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE CLAVICULA DIREITA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	35	LEITO	103-2	DATA	07/08/2016		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SW	
2	SF09%500ML EV DE 12/12H					SW	
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS					SW	
4	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA					SW	
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6HS; SE DOR OU FEBRE					SW	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SW	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SW	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					SW	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SW	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					SW	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SW	
14							
15							
16							
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME						
19	ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI;						
20	>40 : 10UI OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR						
	FARMACISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM ESTABILIDADE DE QUADRO CLINICO SEM QUEIXAS NO MOMENTO.



Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	110/90	94	36,1
12 H	111/77	73	36,2
18 H	110/60	67	36,6
24 H	130/90	64	36,3

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

Nome: Maria Josepha Silva

SETOR: _____

LEITO: _____

DATA: ____/____/____

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOTURNO
Banho 1 x dia e SN () Leito (X) Aspersão	() NÃO NECESSÁRIO <u>Sim</u>	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene oral	() NÃO NECESSÁRIO <u>Sim</u>	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Higiene íntima	() NÃO NECESSÁRIO <u>Sim</u>	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Tricotomia Região: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar lençóis de cama 1x dia e SN	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar fralda 1x dia e SN	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas frias Região: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aplicar compressas mornas Região: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Realizar AVP Local: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar AVP 72/72h	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar bolsa de colostomia	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SVD () 1ª inserção () Troca	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
SNG/SNE () 1ª inserção () Troca	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Manter SNG/SNE aberta	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Trocar selo d' água de dreno de tórax 12/12h e SN	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Curativo Região: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Remover sutura Região: _____	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Aspiração () TQT () Região oral/nasal	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Mudança de decúbito ____/____h	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
Administrar medicações	<u>Sim</u>		<u>Sim</u>
Alimentação () Enteral () Parenteral (X) VO			<u>Sim</u>

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Colombo, 100 - Bairro - 494 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FICHA DE ANESTESIA

Nome: *força silva fernando*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

16 NOV 2018

Nº

AGENTES	N	15 30 45				15 30 45				15 30 45				15 30 45			
		02															
LÍQUIDOS VENOSOS	A	14															
	V	3															
	P	2															
DA	240																
X	220																
ULSO	200																
ANES	34	180															
X	32	160															
OP	30	140															
O		120															
TEMP		100															
ASPIR.		80															
A		60															
RESP		40															
O		20															
Expon																	
Assist																	
Contro																	

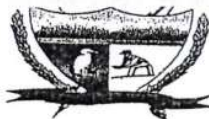
SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Lidocaina 2%. 300 mg		Bloqueio pleural	1. DDIH
B Bupivacaína 0.5%. 100 mg		via supraclavicular	2. Bloqueio de plexo supraclavicular com Rboca + bupivacaína
C Lidocaina 40mg		Respiração espontânea c/ O2 suplementar	3. Sedação + analg. venosa
D Dipriven 2g			4. Lidocaina 40mg + Dipriven 2g
E Propofol 150mg			5. Fentanil a 50µg
F Fentanil 100µg			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS 3000 ml	Cânula - Naso / Oro Faringea	
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo c/ kiki nasal	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL 3000 ml		TEMPO DE ANESTESIA 30 min	

OPERAÇÃO	ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Osteossíntese do fêmur direito, @ artroscopia	Dr. Ubirajara Oliveira Medicina Anestesiologia CRM 155.440		Dr. Marcelo Dr. Carlos Enrique	300 ml

Lariango - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 35A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
MARIA JOSEFA SILVA LIMA			101-1		08/10/14
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
fratura de maxila		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		21:05	21:33		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		ÁREA DE SINISTROS - DAVAT NÃO VERIFICADO 16 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - VALOR	
DR. CARLOS RONDINE		RES. ANESTESIA:			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR. IMPERIO 2.		CIRCULANTE			
AUXILIAR		TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de Plexo					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		4	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
4	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 0	
4	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 4.0	
4	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
4	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
4	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
4	SERINGA 20ML		1	ETA CARDIACA	
			4	OUTROS: ELETRODOS	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR	
	enferm. Bruna	SUB- TOTAL			
ENCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

16 NOV 2018

FATE SEGURADORA S/A

SIESARU



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: WALTER JOSÉ SILVA LIMA

[illegible]

101-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		03/08/2016		DIH	DN		28/07/1981
PACIENTE		MARIA JOSELHA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE CLAVICULA DIREITA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	35	LEITO	101-1	DATA	09/08/2016		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF09%500ML EV DE 12/12H						5mls
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS						18 06
4	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA						18 06
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6HS; SE DOR OU FEBRE						22
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						
14							
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME						
20	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						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM ESTABILIDADE DE QUADRO CLINICO SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ÁREA DE SINISTROS - DAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS

6 H	119x77	68		
12 H	130x80	82		36°C
18 H	120x83	68		36°C
24 H	127x77	71		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM - HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

Nome: Marcio Spelha Silva

SETOR: Medo-A LEITO: 101-1

Data: 09/08/16

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOTURNO
banho 1x dia e 5N () Leito (X) Aspersão	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
higiene oral	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
higiene íntima	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
higienização Região	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
troca lençóis de cama 1x dia e 5N	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
troca lençol 1x dia e 5N	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
aplicar compressas frias Região:	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
aplicar compressas mornas Região:	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
realizar AVP Local:	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
oclar AVP 72/72h	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
oclar bolsa de colostomia	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
D () 1ª inserção () Troca	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
trocar () 1ª inserção () Troca	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
trocar SNG/SNE aberta	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
oclar saída d' água de dreno de tórax 12/12h e 5N	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
cateter Região	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
cateter Região	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
cateter () TOT () Região oral/nasal	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
cateter de drenho / h	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
cateter () Parenteral (X) VO	(X) NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 NOV 2018
GENTE SEGURADORAS/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Sim
Obediente

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
		DATA DE ADMISSÃO		03/08/2016			DIH	
		PACIENTE		MARIA JOSELHA SILVA			DN	
				28/07/1981				
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE CLAVICULA DIREITA						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE	35	LEITO	101-1	DATA	10/08/2016			
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE							
2	SF09%500ML EV DE 12/12H					Sus		
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS					18 06		
4	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA					22 06		
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6HS; SE DOR OU FEBRE					22		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N							
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
10	SSVV + CCGG 6/6 H							
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG							
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM ESTABILIDADE DE QUADRO CLINICO SEM QUEIXAS NO MOMENTO. EM PO DE OSTEOSINTESE DE CLAVICULA.



Dr. Wilber Pereira
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM - HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

SETOR: _____

LEITO: _____

DATA: _____

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		TURNO	TURNO	TURNO
		MATUTINO	VESPERTINO	NOTURNO
anho 1 x dia e SN	() Leito () Aspersão	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
glicite oral	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
glicite infima	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
colomia Região	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar fongos de cura	1x dia e SN	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar fongos 1x dia e SN		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
licar compressas frias	Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
licar compressas mornas	Região: _____	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
alizer AVP Local: _____		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar AVP 72/72h		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar bolsa de colostomia		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar () 1º inserção () Troca		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar () 1º inserção () Troca		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar SNG/SNE aberta		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar solo d' água de dreno de tórax 12/12h e SN		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar Região		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar Região		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar () TOT () Região oral/nasal		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar de decubito / h		() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO	() NÃO NECESSÁRIO
ugar () Parenteral () VO				

Alto hospitalar

ÁREA DE SINISTROS - DPV
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 16 NOV 2018
 CENTE SEGURADORA S/A
 Rua Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



EMERGÊNCIA
POLICLÍNICA COSME E SILVA
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME:

Maria, Jovelha, Silva, Lima

Encaminhar ao ORTOPEDISTA - 4612

- Paciente vítima de acidente de moto há cerca de 40 min, com queda ao solo sobre o ombro (D). Relata dor local.
- Ao exame: edema local.
- Raio-x de ombro (D) realizado nesta unidade com evidência de fratura em clavícula (D) (Tergo distal).
- Encaminhar raio-x junto com a paciente.
- Solicito avaliação e conduta.

Grata,



DATA:

03/08/16

Dra. Ailma Jacob
Médica
CRM-RR 1858

ASSINATURA E CARIMBO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038094/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/09/2018 10:06 Data/Hora Fim: 25/09/2018 10:18
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/08/2016 12:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Carmelo

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA JOSELIA SILVA LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: TO - São Sebastião do Sexo: Feminino Nasc: 28/07/1981
Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria das Graças Silva Lima Nome do Pai: Pedro Ferreira Lima

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 200350
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 752.597.452-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Genesio Alcemiro Lopes
Bairro: Senador Helio Campos
Telefone: (95) 99113-9152 (Celular)

Nº: 599



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NBA2989	Número do Chassi *****04079
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013	Cor Preta
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Joselia Silva Lima	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Enrico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 25/09/2018 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038094/2018

A comunicante (CNH 04787216992) informa que trafegava pela Rua Carmelo, sentido centro, conduzindo a motoneta HONDA BIZ 125 ES, placa NBA-2989/RR, Chassi 9C2JC4820ER004079, de propriedade de JOSE ANTONIO DA SILVA JUNIOR, quando colidiu com o canteiro central, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrida por populares. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Maria Joselia Silva Lima
(Comunicante / Vítima)

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



13/12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540315 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSELHA SILVA LIMA Data do acidente: 04/08/2016 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura: