

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

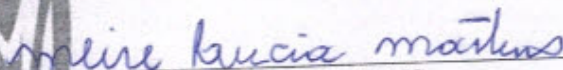
## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Sr. **MEIRE LUCIA MARTINS**, Brasileira, solteira, auxiliar de Serviços, portador da cédula de identidade nº 126709 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.514.902-63, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Raimundo Rodrigues Coelho, nº 60, Bairro: Silvio Botelho, CEP: 69.316-762. Tel: (95) 99176-3072 E-mail: adrianomave256@gmail.com.

**Outorgado:** Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 29 / 05 / 2019

  
MEIRE LUCIA MARTINS



POLEGAR DIREITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direto

*Meire Lúcia Martins*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 126709

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2017

NOME MEIRE LÚCIA MARTINS

FILIAÇÃO IRINEIA MARTINS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD CAS AVERB DIVORCIO 5316 FLS 007 LIV B018  
1º OF BOA VISTA - RR

CPF 446.514.902-63

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Polícia Federal do Estado de Roraima

DATA DE NASCIMENTO 11/09/1974

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

831108



PROIBIDO PLASTIFICAR





# ADVOCACIA

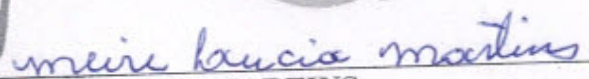
ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MEIRE LUCIA MARTINS, Brasileira, solteira, auxiliar de Serviços, portador da cédula de identidade nº 126709 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.514.902-63, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Raimundo Rodrigues Coelho, nº 60, Bairro: Silvio Botelho, CEP: 69.316-762.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 29 / 05 / 2019

  
MEIRE LUCIA MARTINS



POLEGAR DIREITO



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **SEU CODIGO** 0035402-3

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Geroez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 968/13

Nº da Nota Fiscal 001839348  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2018 | 11/12/2018 | 921           | 623,77              |

MICHELLE MARTINS CHAVES  
R. RAIMUNDO RODRIGUES COELHO 60 DR. SILVIO BOTELHO  
CPF: 00002661143262  
CEP: 69.214-168 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.16.106600

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 23989 | Atual:           | 21/11/2018 |
| Anterior:                   | 23068 | Anterior:        | 19/10/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 19/12/2018 |
| Consumo Medido:             | 921   | Emissão:         | 19/11/2018 |
| Consumo Faturado:           | 921   | Apresentador:    | 21/11/2018 |
|                             |       | Data do Consumo: | 33         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |         |                            |
|------------------------------|---------|----------------|---------|----------------------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Numero Medidor | Posto   | Código Pat. Média 12 meses |
| RESID. BA RENDA              | B1      | 131DB09462M    | 1415886 | 1.4.1.2 633                |

| HISTÓRICO kWh |         |
|---------------|---------|
| Mês/ano       | Consumo |
| OUT/18        | 895     |
| SET/18        | 701     |
| AGO/18        | 681     |
| JUL/18        | 629     |
| JUN/18        | 697     |
| MAI/18        | 659     |
| ABR/18        | 791     |
| MAR/18        | 700     |
| FEV/18        | 724     |
| JAN/18        | 622     |

| DESCRÇÃO DA CONTA                        |                                                                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSUMO                                  | 30 A R\$ 0,243894 = 7,31<br>70 A R\$ 0,418103 = 29,26<br>120 A R\$ 0,627161 = 75,25<br>701 A R\$ 0,696841 = 488,48 |
| SUBVENÇÃO BAIXA RENDA ILUMINAÇÃO PÚBLICA | 53,65 23,47                                                                                                        |

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mês/Ano: 10/2018 Valor R\$: 492,41

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.47 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 0 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        |
|---------------------------|--------|
| Distribuição:             | 481,86 |
| Energia:                  | 0,00   |
| Transmissão:              | 0,00   |
| Encargos:                 | 0,00   |
| Tributos:                 | 0,00   |

| IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|-------------------------|--------|
| Base de Cálculo:        | 600,30 |
| Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Valor do ICMS:          | 102,05 |
| Valor do PIS:           | 2,90   |
| Valor do COFINS:        | 2,90   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |            |       |            |       |
|-----------------------------|------------|-------|------------|-------|
| DT.                         | FTC        | DMC   | DICR       |       |
| Valor                       | Trimestral | Anual | Trimestral | Anual |
| Valor                       | 8,45       | 16,91 | 33,82      | 8,46  |
| Valor                       | 16,92      | 33,84 | 4,65       |       |
| Valor                       | 0,00       | 0,00  | 0,00       | 0,00  |

DISTRITO  
ROT: 8.001.16.16.106600

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Geroez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001839348 FCM

836600000006 8 23770075000 1 000000000035 6 40231118008 5

SEQ.: 00241 UC: 0035402-3 DT.LEIT.: 21/11/2018 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 23989 NORMAL TOTAL: 623,77 CARGA: 016  
DT.VENC.: 11/12/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MEIRE LUCIA MARTINS, Brasileira, solteira, auxiliar de Serviços, portador da cédula de identidade nº 126709 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.514.902-63, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Raimundo Rodrigues Coelho, nº 60, Bairro: Silvio Botelho, CEP: 69.316-762.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 29 / 05 / 2019.

*meire lucia martins*  
MEIRE LUCIA MARTINS



POLEGAR DIREITO



## TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 30 PÁGINAS NUMERADAS



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
**190.13852.75-3**

|                          |                       |                 |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|
| NÚMERO<br><b>2630371</b> | SÉRIE<br><b>001-0</b> | UF<br><b>RR</b> |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|

*myre lucia mptins challes*

ASSINATURA DO TITULAR





POLEGAR DIREITO





| QUALIFICAÇÃO CIVIL              |                            | 02                               |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| NOME MEIRE LUCIA MARTINS CHAVES |                            |                                  |
| LOC DE NASC                     | BOA VISTA                  | RR                               |
| FILIAÇÃO                        | IRINEIA MARTINS            |                                  |
| DOC. APRESENTADO                | R.G. 126.709/2 VIA SESP RR |                                  |
| ESTADO CIVIL                    | CASADO                     |                                  |
| RG                              | 126.709/2 via              | Civil 446.514 902-63             |
| T. ELETOR                       | 17257/12682                | seção 220 zona 01                |
| NATURALIZADO                    | PORT. M. N.                | DATA                             |
| LOCAL DA EMISSÃO                | DRT/RR                     |                                  |
| DATA DA EMISSÃO                 | 25/09/2003                 | ASSINATURA E CARIMBO DO INTERIOR |

| ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE                                                                                                                              |                                                                                                    | 03     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| FILIAÇÃO                                                                                                                                             |                                                                                                    |        |
| DATA DE NASC. DE                                                                                                                                     | / / PARA                                                                                           | / /    |
| DOCUMENTO                                                                                                                                            |                                                                                                    | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR                                                                                                                     |                                                                                                    |        |
| NOME                                                                                                                                                 | Meire Lucia Martins                                                                                |        |
| DOCUMENTO                                                                                                                                            | Cert. Casamento - 0967580155 PPS<br>2000/18 007 00053/6 90<br>Boa Vista - 27/03/13 Helena M. Souza |        |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR                                                                                                                     |                                                                                                    |        |
| NOME                                                                                                                                                 | SRTE/RR                                                                                            |        |
| DOCUMENTO                                                                                                                                            |                                                                                                    | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR                                                                                                                     |                                                                                                    |        |
| NOME                                                                                                                                                 |                                                                                                    |        |
| DOCUMENTO                                                                                                                                            |                                                                                                    | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR                                                                                                                     |                                                                                                    |        |
| L E G E N D A                                                                                                                                        |                                                                                                    |        |
| A - CASAMENTO   C - DIVÓRCIO   E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE   G - DATA DE NASCIMENTO<br>B - SEP. JUDICIAL   D - ADOÇÃO   F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA |                                                                                                    |        |



| 04 DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR                                                                                       |                                                                         |                                                                           |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| GRUPO SANGÜÍNEO<br>FATOR RH                                                                                            | DIABETE<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO | HEMOFILIA<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                 |
| ALERGIAS<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                               |                                                                         |                                                                           |                 |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993)<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                                         |                                                                           |                 |
| CARTEIRAS ANTERIORES                                                                                                   |                                                                         |                                                                           |                 |
| NÚMERO                                                                                                                 | SÉRIE                                                                   | UF                                                                        | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR                                                            |                                                                         |                                                                           |                 |
| NÚMERO                                                                                                                 | SÉRIE                                                                   | UF                                                                        | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR                                                            |                                                                         |                                                                           |                 |
| NÚMERO                                                                                                                 | SÉRIE                                                                   | UF                                                                        | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR                                                            |                                                                         |                                                                           |                 |
| NÚMERO                                                                                                                 | SÉRIE                                                                   | UF                                                                        | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR                                                            |                                                                         |                                                                           |                 |

| 05 REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS |          |                                 |  |
|------------------------------------------|----------|---------------------------------|--|
| NOME DO TITULAR                          |          |                                 |  |
| REGISTRADO EM                            | SOB. Nº  | LIVRO Nº                        |  |
| FLS.                                     | PROC. Nº |                                 |  |
| PROFISSÃO                                |          |                                 |  |
| FUNÇÃO                                   |          |                                 |  |
| LEGISLAÇÃO                               |          |                                 |  |
| LOCAL                                    | DATA     | ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR |  |
| REGISTRADO EM                            | SOB. Nº  | LIVRO Nº                        |  |
| FLS.                                     | PROC. Nº |                                 |  |
| PROFISSÃO                                |          |                                 |  |
| FUNÇÃO                                   |          |                                 |  |
| LEGISLAÇÃO                               |          |                                 |  |
| LOCAL                                    | DATA     | ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR |  |
| REGISTRADO EM                            | SOB. Nº  | LIVRO Nº                        |  |
| FLS.                                     | PROC. Nº |                                 |  |
| PROFISSÃO                                |          |                                 |  |
| FUNÇÃO                                   |          |                                 |  |
| LEGISLAÇÃO                               |          |                                 |  |
| LOCAL                                    | DATA     | ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR |  |





| 06                       |                                     | CONTRATO DE TRABALHO     |                                            |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| EMPREGADOR               | P. J. SINESIO FILHO - ME            | EMPREGADOR               | COMACO - Materiais de Construção Ltda      |
| ENDEREÇO                 | Barão do Rio Branco, 406-B - Centro | ENDEREÇO                 | Av. Cap. Julio Bezerra, 1658 - 31 de Março |
| CEP                      | CEP 69.301-130                      | CEP                      | CEP 69305-294                              |
| MUNICÍPIO                | Boa Vista - Roraima                 | MUNICÍPIO                | Boa Vista - RR                             |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO  | Com. Limpeza                        | ESP. DO ESTABELECIMENTO  | Comercial                                  |
| CARGO                    | Zeladora                            | CARGO                    | Zeladora                                   |
| CBO Nº                   |                                     | CBO Nº                   |                                            |
| DATA DE ADMISSÃO         | 03 DE Maio DE 2010                  | DATA DE ADMISSÃO         | 01 DE Junho DE 2016                        |
| REGISTRO Nº              | 02                                  | REGISTRO Nº              | 04                                         |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA | 519,00 (Quinze e 20z reais) mensal  | REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA | R\$ 900,00 (Novecentos reais)              |
| Assinatura               | Paulo Julio Sinesio Filho           | Assinatura               | Edes Martins Filho                         |
| DATA DE SAÍDA            | 17 DE Junho DE 2011                 | DATA DE SAÍDA            | 20 DE Junho DE 2017                        |
| Assinatura               | Paulo Julio Sinesio Filho           | Assinatura               | Edes Martins Filho                         |
| COM. DISPENSA CD Nº      |                                     | COM. DISPENSA CD Nº      | CRC/RR - 000775/0-0                        |
| FGTS Nº DA CONTA         |                                     | FGTS Nº DA CONTA         |                                            |





**08 CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR A.E. Vieira Rodrigues - ME

CGO/CPE/CEI 27.092.612/0001-08

ENDEREÇO Rua Paulo Alexandre da Silva, 750, Jd. Santa Cruz, Est. da Silva

MUNICÍPIO Itapecuru UF RR

ESP. DO ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_

CARGO Supervisor Geral CBO Nº 514320

DATA DE ADMISSÃO 08 DE Jan DE 2018

REGISTRO Nº \_\_\_\_\_ FLS. / FICHA \_\_\_\_\_

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA 986,00 (novecentos e oitenta e seis reais) por mês

Antonio Vieira Rodrigues

DATA DE SAÍDA 18 DE Nov DE 2018

Antonio Vieira Rodrigues

TITULAR

COM. DISPENSA CD Nº A.E. VIEIRA RODRIGUES - ME

FGTS Nº DA CONTA \_\_\_\_\_

**09 CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR CNPJ: 11.634.366/0001-39

CGO/CPE/CEI E.P. DE SOUSA

ENDEREÇO Rua Major Mardel Correia, 458 Sala 06, São Francisco

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ CEP: 69.305-100

ESP. DO ESTABELECIMENTO \_\_\_\_\_

CARGO Assistente Limpeza CBO Nº \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO 01 DE Outubro DE 2018

REGISTRO Nº \_\_\_\_\_ FLS. / FICHA \_\_\_\_\_

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais)

Georgette Gonzalez

DATA DE SAÍDA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 19\_\_\_\_

COM. DISPENSA CD Nº \_\_\_\_\_

FGTS Nº DA CONTA \_\_\_\_\_



| 10 CONTRATO DE TRABALHO                | 11 CONTRATO DE TRABALHO                |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| EMPREGADOR.....                        | EMPREGADOR.....                        |
| CGC/CNPJ.....                          | CGC/CNPJ.....                          |
| ENDEREÇO.....                          | ENDEREÇO.....                          |
| MUNICÍPIO.....UF.....                  | MUNICÍPIO.....UF.....                  |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO.....           | ESP. DO ESTABELECIMENTO.....           |
| CARGO.....CBO Nº.....                  | CARGO.....CBO Nº.....                  |
| DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE 19..... | DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE 19..... |
| REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....      | REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....      |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....          | REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....          |
| 1ª.....2ª.....                         | 1ª.....2ª.....                         |
| DATA DE SAÍDA.....DE.....DE 19.....    | DATA DE SAÍDA.....DE.....DE 19.....    |
| 1ª.....2ª.....                         | 1ª.....2ª.....                         |
| CONL. DISPENSA CD Nº.....              | CONL. DISPENSA CD Nº.....              |
| FGTS Nº DA CONTA.....                  | FGTS Nº DA CONTA.....                  |







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002009/2019

511265  
526576  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Borella, 444 - Boa Vista - RR

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 08:00 Data/Hora Fim: 28/01/2019 08:23  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 28/01/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/12/2018 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Nossa Senhora da Consolata

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MEIRE LÚCIA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 11/09/1974

Profissão: Auxiliar de Serviços

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Erineia Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 126709

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.514.902-63

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Raimundo Rodrigues Coelho

Bairro: Silvio Botelho

Telefone: (95) 99176-3072 (Celular)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Borella, 444 - Boa Vista - RR

Nº: 60

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava na garupa de uma MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA NAZ 1803, CHASSI FINAL 3768, de propriedade de MOISES OLIVEIRA SANTOS, conduzido por ROBERTO DE SOUZA OLIVEIRA pela referida via, sentido Centro, quando um um carro de placa e condutor não identificados invadiu a via em que a comunicante trafegava vindo a colidir na lateral esquerda da MOTOCICLETA, vindo ambos a cair, consequentemente a comunicante veio a sofrer fraturas na perna esquerda. Informa ainda que foi conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.





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

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 002009/2019

**ASSINATURAS**

*[Handwritten signature]*  
Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

*[Handwritten signature]*  
Meire Lúcia Martins  
(Comunicante / Vítima)

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

28 JAN. 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



**PREFEITURA BOA VISTA**  
Trabalhando a Cultura dos Povos

**FICHA DE ATENDIMENTO**  
**BRAVO III**

Nº **2403**

UNIDADE: \_\_\_\_\_ EQUIPE: **TES Márcio + Letícia + Jô + Jô**

Paciente: **meire Lúcia marinho** Idade: **44** Sexo: **fem.**

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Raca: Branco [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]

Endereço: **ru. 15 de agosto m. plúria** Bairro: **uniao**

Nº **22-167** DATA: **30/12/2018** HORA J/8: **11:36** BASE ( ) VIA ( ) ☒ RÁDIO ☒ CELULAR

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: **Dr. CARLOS MORAES** HORA J/10: **11:57**

☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

| AUTOMÓVEL                                           |                                                    | AUTOMÓVEL                                            |                                              | VIOLÊNCIA                                 |                                                | OUTROS                                                        |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Capotamento                | <input type="checkbox"/> Atropelamento             | <input type="checkbox"/> Uso do cinto                | <input type="checkbox"/> Vítila projetada    | <input type="checkbox"/> FAF              | <input type="checkbox"/> FAF                   | <input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local | <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto |
| <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x             | <input type="checkbox"/> Motorista                 | <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada          | <input type="checkbox"/> Vítila Bag Aclonado | <input type="checkbox"/> Espancamento     | <input type="checkbox"/> Violência Doméstica   | <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico                   | <input type="checkbox"/> Queimadura Agente  |
| <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro | <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro | <input type="checkbox"/> Colisão MOTO x <b>carro</b> | <input type="checkbox"/> Queda de moto       | <input type="checkbox"/> Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal                   | <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal |
| <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE        | <input type="checkbox"/> Atropelamento             | <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta          | <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta  | <input type="checkbox"/> Sem capacete     | <input type="checkbox"/> Garupa                | <input type="checkbox"/> Outros:                              | <input type="checkbox"/> Outros:            |
| <input type="checkbox"/> VIA                        | <input type="checkbox"/> CALÇADA                   | <input type="checkbox"/> PILOTO                      | <input type="checkbox"/> PILOTO              | <input type="checkbox"/> Outros:          | <input type="checkbox"/> Outros:               | <input type="checkbox"/> Outros:                              | <input type="checkbox"/> Outros:            |

| VIAS AÉREAS                                   |                                               | VENTILAÇÃO                                    |                                               | CIRCULAÇÃO                                      |                                                         | AVAL. NEUROLÓGICA                                  |                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre     | <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial    | <input type="checkbox"/> Apnéia               | <input type="checkbox"/> Dispnéia             | <input type="checkbox"/> Bradicardia            | <input type="checkbox"/> Taquicardia                    | <input checked="" type="checkbox"/> AVDN           | <input type="checkbox"/> Miose                  |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total      | <input type="checkbox"/> Corpo estranho       | <input type="checkbox"/> Bradipnéia           | <input type="checkbox"/> Taquipnéia           | <input type="checkbox"/> Arritmico              | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Midríase                  | <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E |
| <input type="checkbox"/> Edema de Glote       | <input type="checkbox"/> Outro:               | <input type="checkbox"/> Roncos               | <input type="checkbox"/> Sibilos              | <input type="checkbox"/> Ausente                | <input type="checkbox"/> Cianose central                | <input type="checkbox"/> Apertadamente Alcoolizado | <input type="checkbox"/> DNV                    |
| <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal | <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal | <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal | <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade         | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade    | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade |

| Hora                | P.A mm/hg     | F.C Bpm    | F.R Mpm   | Set O <sub>2</sub> % | T. Axilar °C | Glicemia   | Esc. visual "DOR" | APAGAR    |
|---------------------|---------------|------------|-----------|----------------------|--------------|------------|-------------------|-----------|
| Início <b>12:04</b> | <b>120x80</b> | <b>94%</b> | <b>19</b> | <b>97%</b>           | <b>36.5</b>  | <b>100</b> | <b>10</b>         | <b>10</b> |
| Fim <b>12:14</b>    | <b>120x80</b> | <b>89</b>  | <b>20</b> | <b>98%</b>           | <b>36.5</b>  | <b>100</b> | <b>10</b>         | <b>10</b> |

| Pele                                       |                                    | Cabeça                               |                                           | Face                                      |                                           | Pescoço                                   |                                           | Tórax                                     |                                           | Abdomen                                   |                                           |
|--------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Corada | <input type="checkbox"/> Quente    | <input type="checkbox"/> Contusão    | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Contusão         | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      | <input type="checkbox"/> Escoriações      |
| <input type="checkbox"/> Palida            | <input type="checkbox"/> Fria      | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       | <input type="checkbox"/> Lacerações       |
| <input type="checkbox"/> Úmida             | <input type="checkbox"/> Seca      | <input type="checkbox"/> Hematoma    | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular |
| <input type="checkbox"/> Clonóides         | <input type="checkbox"/> Clonóides | <input type="checkbox"/> Luxação     | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          | <input type="checkbox"/> Luxação          |

| Pelve                                  |                                        | Coluna Dorsal                        |                                      | MMSS                                |                                      | MMII                                |                                      | TÓRAX                               |                                      | ABDOMEN                             |                                      |
|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contusão      | <input type="checkbox"/> Escoriações   | <input type="checkbox"/> Contusão    | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Contusão   | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Contusão   | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Contusão   | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Contusão   | <input type="checkbox"/> Escoriações |
| <input type="checkbox"/> Dor           | <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Hematoma    | <input type="checkbox"/> Dor         | <input type="checkbox"/> Luxações   | <input type="checkbox"/> Luxações    | <input type="checkbox"/> Luxações   | <input type="checkbox"/> Luxações    | <input type="checkbox"/> Luxações   | <input type="checkbox"/> Luxações    | <input type="checkbox"/> Luxações   | <input type="checkbox"/> Luxações    |
| <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações  | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações  | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações  | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações  |

| Ritmo Sinusal                                   |                                      | Fibrilação atrial                               |                                     | Respiratória                         |                                       | Digestiva                         |                                    | Diabetes                          |                                      | Alergias                          |                                   |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular | <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Infecção | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> HAS      | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Filiter                | <input type="checkbox"/> Filiter     | <input type="checkbox"/> Assístolia             | <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Cardíaca    | <input type="checkbox"/> Cardíaca     | <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Cardíaca  | <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Cardíaca    | <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Cardíaca |

| [ ] ILESO                      |                                | [ ] PEQUENA                      |                                  | [ ] MÉDIA                      |                                | [ ] SEVERA                      |                                 | [ ] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA                      |                                                          |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ILESO | <input type="checkbox"/> ILESO | <input type="checkbox"/> PEQUENA | <input type="checkbox"/> PEQUENA | <input type="checkbox"/> MÉDIA | <input type="checkbox"/> MÉDIA | <input type="checkbox"/> SEVERA | <input type="checkbox"/> SEVERA | <input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA | <input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA |

| INCIDENTE                                           |                                                   | RCP                                      |                                            | ESTADO                                      |                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento               | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento    | <input type="checkbox"/> RCP com sucesso | <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso   | <input type="checkbox"/> Atendido no local  | <input type="checkbox"/> Trauma HGR         |
| <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local | <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização | <input type="checkbox"/> Trote           | <input type="checkbox"/> Bombeiro no local | <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento | <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento |

**ÁREA**



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

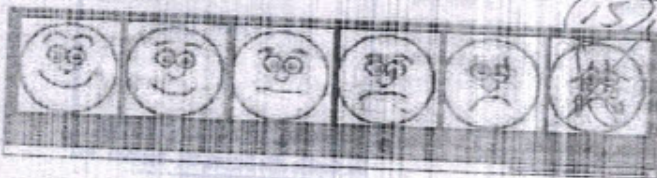
**GESTANTE**

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

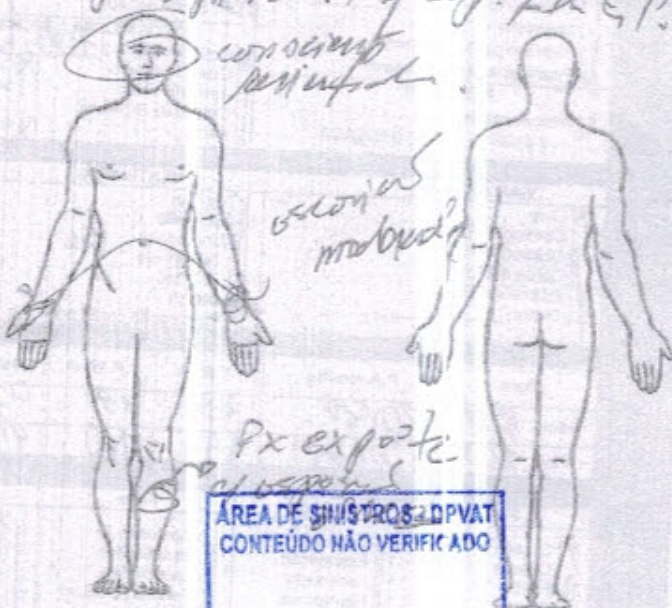
Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BC: \_\_\_\_\_

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

| Abertura Ocular                                                                               | Classificação  | Pontos |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| Cílios abertos predominantemente à estimulação                                                | Emprisionada   | 4      |
| Abertura ocular em uma ou duas vezes normal ou em uma vez alta                                | Ab. Sim        | 3      |
| Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos olhos                                  | Ab. Pressão    | 2      |
| Aumento posterior de abertura ocular, sem fatores de interferência                            | Aumento        | 1      |
| Cílios fechados devido a fator local                                                          | Não Tátil      | NT     |
| Resposta visual                                                                               |                | Pontos |
| Resposta adequada reflexiva em direção ao nariz, lateral e para                               | Orientado      | 3      |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente                                               | Confusa        | 4      |
| Palavras isoladas ininteligíveis                                                              | Palavras       | 5      |
| Abertos parciais                                                                              | Som            | 2      |
| Aumento de resposta a som, sem fatores de interferência                                       | Aumento        | 1      |
| Fator que interfere com a comunicação                                                         | Não Tátil      | NT     |
| Resposta tátil                                                                                |                | Pontos |
| Completamento de objetos com 2 ações                                                          | A ordem        | 4      |
| Elevação do membro da mão de clivado ao estímulo da tubulação piscopio                        | Localização    | 5      |
| Flexão rápida do membro superior com o do cotovelo, porém predominantemente reflexiva normal  | Flexão normal  | 4      |
| Flexão rápida do membro superior com o do cotovelo, porém predominantemente reflexiva anormal | Flexão anormal | 3      |
| Elevação do membro superior ao nível do cotovelo                                              | Emissão        | 2      |
| Aumento de movimento de membros                                                               | Aumento        | 1      |
| Superfície ineficiente, sem fator de interferência                                            |                |        |
| Fator que limita resposta motora                                                              | Não Tátil      | NT     |



04 June 01 1st MATERIAL E MEDICINA  
01 K.H. Jan 1961  
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 103



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2013

**GENTE SEGURO S/A**  
 Rua Casilho João Batista, 414 - Boa Vista -

1 Ave. Cañalón, J.M. Berroa, 434 - Bos Vista - 05

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

11.46. A EGP se deu visando para atender uma criança de natureza transitoria, no local onde estava a vítima, e a vítima com o corpo com. Partes para a entrega do material e para a realização da análise médica e psicológica e transição para o turno da noite.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Caetano Filho Boratto, 404 - São Vitoz - RR

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL  
Em 25/04/19  
Stephanie  
RUBIN

Marcio Clebe da Silva Pereira  
Téc. Enfermagem  
COREN-SP 114-64's



ntas:60895845253,

30/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR Parte 1

30/11/2018

... Guia de Atendimento 17 ...

Posição Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

F-1



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

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

2ª Classificação/Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

3ª Classificação/Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

|                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
| 1801041186                                                                                                                                                                                                                             | 30/11/2018 12:25:27 | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>                           |  |                                                                                                                                        |  | TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                         |  | DIURNO 07-19                                                                                                                                          |  | 12                                 |
| Paciente<br><b>MEIRE LUCIA MARTINS</b>                                                                                                                                                                                                 |                     | Data Nascimento<br><b>11/09/1974</b>                  |  | Idade<br><b>44 A 2 M 19 D</b>                                                                                                          |  | CNS<br><b>702002806090882</b>                                                                                                                         |  | CPF<br><b>44651490263</b>                                                                                                                             |  | Prontuário                         |
| Tipo Doc<br><b>IDENTIDADE 126709</b>                                                                                                                                                                                                   |                     | Documento<br><b>SSP/RR</b>                            |  | Sexo<br><b>F</b>                                                                                                                       |  | Estado Civil<br><b>PARDA</b>                                                                                                                          |  | Naturalidade<br><b>BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                 |  | Nacionalidade<br><b>BRASILEIRA</b> |
| Mãe<br><b>IRINEIA MARTINS</b>                                                                                                                                                                                                          |                     | Pai<br><b>NI</b>                                      |  | Contato<br><b>(95) 99172-1671</b>                                                                                                      |  | Ocupação                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Endereço<br><b>AVENIDA - RAIMUNDO RODRIGUES COELHO - 60 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                   |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                        |                     | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                                                                                                                         |  | Validade                                                                                                                                              |  | Autorização                                                                                                                                           |  | Sis Preench.                       |
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                                                                                                                                                                                       |                     | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional do Atend.                                                                                                                 |  | Procedência                                                                                                                                           |  | Temp.                                                                                                                                                 |  | Peso Pressão                       |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                          |                     | Tipo de Chegada<br><b>SAMU CAPITAL</b>                |  | Procedimento Sol.                                                                                                                      |  | Registrado por:<br><b>MICHELE.CAVALCANTE</b>                                                                                                          |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                       |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | GSC                                                                                                                                                   |  | TOTAL                                                                                                                                                 |  |                                    |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6                                                                                                            |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br><br>02 MAI 2019<br><br>GENTE SEGURADORA S/A<br>Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br><br>19 MAR 2019<br><br>GENTE SEGURADORA S/A<br>Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR |  |                                    |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                             |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | APRAZAMENTO                                                                                                                                           |  | OBSERVAÇÃO                                                                                                                                            |  |                                    |
| DT morçian 90mg<br>Dipirona 1g/6h<br>Abacavir                                                                                                                                                                                          |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Tício M. Gomes Dias<br>Médico<br>CRM-RR 1883                                                                                                                                                                                           |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| 17 JAN 2019<br>Hospital Geral de Roraima<br>Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N<br>Novo Planalto Tel (95) 2124-0020<br>AUTENTICAÇÃO                                                                                                           |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revella<br><input type="checkbox"/> Transferência para:                                                  |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação<br><input type="checkbox"/> Internação                                    |  | Certifico e Doufé que a presente<br>cópia é fiel Reprodução Original<br>que foi apresentada neste Hospital                                            |  |                                    |
| óbito                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                     |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                                            |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                                  |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |
| Impresso por: michele.cavalcante<br>Data Hora: 30/11/2018 12:26:12                                                                                                                                                                     |                     |                                                       |  |                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                       |  |                                    |



**BLOCO B** Ata 08/12/18

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **HGR**

2 - CNES: **469165**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **HGR**

4 - CNES: **469165**

5 - NOME DO PACIENTE: **M. L. S. S. M. M. M.**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **469165**

7 - CARTÃO NACIONAL (E SAÚDE) (CNS): **702002806090882**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **11/09/74**

9 - SEXO: **C**

10 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Trineia Martins**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **DDD 11 11111111**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. Raimundo Rodrigues Coelho - 60 - Doutor Silveira Botelho**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Boa Vista**

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **RR**

15 - UF: **RR**

16 - CEP: **469165**

17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS E SINAIS CLÍNICOS: **Fx Export tór (E)**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Emerg**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exon fr + R+**

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Exon fr + R+**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **21**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **22**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **23**

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Fx Export tór (E)**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **01**

26 - DATA: **08/12/18**

27 - CARACTERIZAÇÃO: **Onco**

28 - DOCUMENTO: **01**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRESSIONADO SOLICITANTE/ASSISTENTE: **01**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. V. L. M. M.**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **10/11/18**

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. V. L. M. M.**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: **33**

34 - ACIDENTE DE TRABALHO VIOLENTO: **34**

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO: **35**

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **36**

37 - Nº DO BILHETE: **37**

38 - SÉRIE: **38**

39 - CNPJ DA EMPRESA: **39**

40 - CNAE DA EMPRESA: **40**

41 - CBO: **41**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **42**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **43**

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: **44**

45 - DOCUMENTO: **45**

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **10/11/18**

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **48**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **04080505005822**





## BOLETIM OPERATÓRIO

## BOLETIM OPERÁRIO

Data: 30/11/18 O.S. \_\_\_\_\_

*Marlon Tavares Dantas*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FT exposto tórax (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Intensificação do tórax (E)

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Vitor Montez 1º aUXILIAR: Dr. Danilo P2

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

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

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Ret DD H + ant

2- Comp + Conting + Conting st

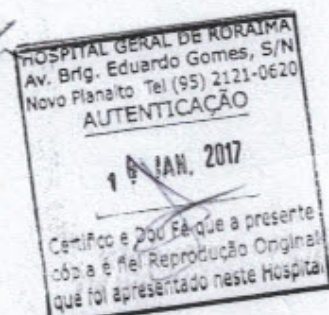
3- Fimc logitudinal + redeira crut + plus  
control radiograf

4- RMC c/ 5 f. 7. + sutura + cont

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



Dr. Vitor Montez  
Traumatologia  
CRM





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Emergência

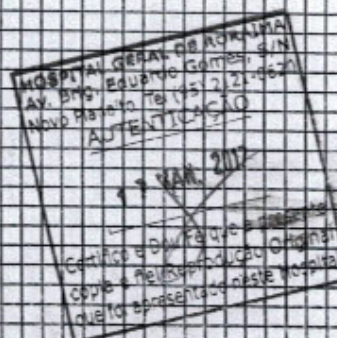
FICHA DE ANESTESIA

Meire Lucio Martins

Id: 44 anos

φ droga  
q HAS  
80A

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO    |                                                     | Nº       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Etiopiril 30 mg (IV)<br>Midazolam 2 mg (IV)     |                                                     | 30/11/18 |
| 24 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 |                                                     |          |
| AGENTES                                         | ÁREA DE SINISTROS PRIVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |          |
| LÍQUIDOS VENOSOS                                | 19 MAR 2013                                         |          |
| DA                                              | GENTE SEGURADORA S/A                                |          |
| X                                               | Av. Capão João Bentes, 444 - Boa Vista - RR         |          |
| ULSO                                            |                                                     |          |
| ●                                               |                                                     |          |
| ANES                                            |                                                     |          |
| X                                               |                                                     |          |
| OP                                              |                                                     |          |
| O                                               |                                                     |          |
| TEMP                                            |                                                     |          |
| □                                               |                                                     |          |
| ASPIR.                                          |                                                     |          |
| A                                               |                                                     |          |
| RESP                                            |                                                     |          |
| O                                               |                                                     |          |
| SÍMBOLOS                                        |                                                     |          |



| AGENTES                  | DOSES                                     | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                            |
|--------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| A Bupivacaína 0,5% 10 mg |                                           | Respiração e a fôntex        | X manobras + doctul                  |
| B Lidocaína 2% 40 mg     |                                           | medicamento simples          | ① Aberta de 2 sob colar nasal 24/min |
| C                        |                                           | Respiração                   | ② Presença e antineuma de região     |
| D                        |                                           | ventilador espiral           | torácica c/ elevação 70%, compo      |
| E                        |                                           | aberto de 2 sob              | estereis, infiltração de plasma      |
| F                        |                                           | colares nasal                | superficial e profunda c/ Lidocaína  |
| G                        |                                           |                              | 2% 40mg, pontos suboculares,         |
| GLICOSE                  | LÍQUIDOS                                  | Cânula - Naso / Oro Faríngea | entre L3-L4, apêndice bucal          |
| NDCD                     |                                           | Naso / Orotraqueal - Cega    | Nº 26, LCR positivo, das             |
| SANGUE                   |                                           | Sol - Tamp - Calibre do Tubo |                                      |
| SF 0,5% 2000ml           |                                           | Sob Máscara                  |                                      |
|                          |                                           | Dificuldade Técnica Não      |                                      |
| TOTAL                    | 2000 ml                                   | TEMPO DE ANESTESIA           |                                      |
|                          |                                           | 14:15 d, 15:55               |                                      |
| OPERAÇÃO                 | TTO. Amínges de Fratura Exposta de Tarsal |                              |                                      |
| ANESTESIA                | CÓDIGO                                    | CIRURGIÃO                    | PERDA SANGÜINEA                      |
| Dr. Fabiano              |                                           | Dr. Bolle                    |                                      |
| Dr. Danilo               |                                           |                              |                                      |



monetens, com injeção de  
Bupivacaína 0,5% 10 mg  
③ Epolstena 2g (IV)  
X Encontada a SRPA









**NOME:** meine lancia montano

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





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia



Tipo Cirurgia:

Proxímico de Fratura Exposta de M.M.E. + E

Data: 30 / 11 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: Meire Lucia Martins Idade 44

Bloco: G-I Enfermaria \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Caixa: Gdes Fragmentos Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Uma e base Sala \_\_\_\_\_

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Parafuso Cortical - nº 26 - D11

Placa DE P - 07 furos

Médico Responsável

*[Handwritten signature]*  
Tribunal - C  
CME

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





F-1



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |      |          |         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|----------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                                                                                                                                                 | DIH                     |      | DN       |         |
| PACIENTE         |                                                                                                                                                                                                                                                 | M. L. S. S. S. M. M. M. |      |          |         |
| DIAGNÓSTICO      |                                                                                                                                                                                                                                                 | Fr. exp. tel. (C)       |      |          |         |
| ALERGIAS         | HAS                                                                                                                                                                                                                                             | NEGA                    | DM2  | NEGA     |         |
| IDADE            | LEITO                                                                                                                                                                                                                                           |                         | DATA | 20/11/10 |         |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                      |                         |      |          | HORÁRIO |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                |                         |      |          | SND     |
| 2                | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                                                        |                         |      |          | 16      |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                                           |                         |      |          | 13-16   |
| 4                | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                                                            |                         |      |          | 13-16   |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                                                         |                         |      |          |         |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                        |                         |      |          |         |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                                                      |                         |      |          |         |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                                                        |                         |      |          | 14      |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                                                     |                         |      |          |         |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                                               |                         |      |          | Rotina  |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                                                               |                         |      |          |         |
| 14               | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                                                 |                         |      |          |         |
| 15               | Clindamicina 600g EV 6/6h                                                                                                                                                                                                                       |                         |      |          | 12-18   |
| 16               | Ceftriaxona 500g - EV 1x6                                                                                                                                                                                                                       |                         |      |          | 22NT    |
| 17               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |      |          |         |
| 18               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |      |          |         |
| 19               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |      |          |         |
| 20               | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b><br><b>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                         |      |          |         |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ap bloco para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 02 MAI 2013  
  
 GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 19 MAR 2013  
  
 GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Tax

|                      |        |    |       |
|----------------------|--------|----|-------|
| <b>SINAIS VITAIS</b> |        |    |       |
| 6 H                  | 109/51 | 84 | 36    |
| 12 H                 |        |    |       |
| 18 H                 | 110/70 | 80 | 36.2  |
| 24 H                 | 91/57  | 84 | 36.90 |

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente em  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 10.100

**MÉDICO RESIDENTE EM**  
**ORTOPEDIA E**  
**TRAUMATOLOGIA.**



Foto da Meire Lucia



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



|                                      |                                                                                                                                                                                                            |       |           |      |                 |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                                                                                                                                                                            | DIH   |           | DN   |                 |
| PACIENTE <i>Meire Lucia Martins</i>  |                                                                                                                                                                                                            |       |           |      |                 |
| DIAGNÓSTICO <i>x fratura fêmur E</i> |                                                                                                                                                                                                            |       |           |      |                 |
| ALERGIAS                             |                                                                                                                                                                                                            | HAS   | NEGA      | DM2  | NEGA            |
| IDADE                                |                                                                                                                                                                                                            | LEITO | <i>01</i> | DATA | <i>01/02/18</i> |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |       |           |      | HORÁRIO         |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |       |           |      | S/N/D           |
| 2                                    | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                   |       |           |      | <i>16</i>       |
| 3                                    | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                      |       |           |      | <i>16</i>       |
| 4                                    | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                       |       |           |      | <i>16</i>       |
| 5                                    | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                    |       |           |      | <i>16</i>       |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                   |       |           |      | <i>16</i>       |
| 7                                    | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                 |       |           |      | <i>16</i>       |
| 8                                    | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                   |       |           |      | <i>16</i>       |
| 9                                    | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                |       |           |      | <i>16</i>       |
| 10                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                          |       |           |      | <i>Realizar</i> |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                          |       |           |      | <i>16</i>       |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |       |           |      | <i>16</i>       |
| 15                                   | <i>Clindamicina 600mg VO 6/6 horas</i>                                                                                                                                                                     |       |           |      | <i>16</i>       |
| 16                                   | <i>Mefenamicina 750mg VO 1x cada 6h</i>                                                                                                                                                                    |       |           |      | <i>16</i>       |
| 17                                   | <i>Clonazepam 40mg VO 1x cada 6h</i>                                                                                                                                                                       |       |           |      | <i>16</i>       |
| 18                                   | <i>S/N</i>                                                                                                                                                                                                 |       |           |      | <i>16</i>       |
| 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 |       |           |      | <i>S/N</i>      |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 02 MAI 2013  
  
 GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São Vito - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
 19 MAR 2013  
  
 GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São Vito - RR

PA
Fe
FR
T

| SINAIS VITAIS |               |            |           |               |
|---------------|---------------|------------|-----------|---------------|
| 6 H           | <i>110x70</i> | <i>70</i>  | <i>18</i> | <i>36.1°C</i> |
| 12 H          | <i>130x80</i> | <i>80</i>  | <i>20</i> | <i>36.5°C</i> |
| 18 H          |               |            |           |               |
| 24 H          | <i>163x92</i> | <i>106</i> | <i>19</i> | <i>37.3°C</i> |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*[Assinatura]*





|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                       |       |                |  |                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|--|------------------------------------------------------|--|
| <br>GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO<br>SECRETARIA DE SAÚDE<br>HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO |                                                                                                                                                                                                                                   | UNIDADE / SETOR                                                                                                    |  | QUAL                                                                                                                                                                  | LEITO | Nº DE REGISTRO |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |  |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                   | MEIRE LUCIA MARTINS                                                                                                |  |                                                                                                                                                                       |       |                |  | 02 MAI 2019                                          |  |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                       |       |                |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |  |
| DATA / HORA                                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                        | HORAÇÃO                                                                                                            |  | RELATÓRIO DE EXAT. SEMILOGIA                                                                                                                                          |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |
| 03/12/18                                                                                                                                                                                      | 1 DIETA ORAL LÍQUIDA<br>2 AUP<br>3 DIETONA 2ml EV. 6/6 horas S/N<br>4 GENTAMICINA 240mg EV. 1X/12H<br>5 CLOMAMICINA 600mg EV. 6/6 horas S/N<br>6 PIRACIL 10mg EV. 8/8 horas S/N<br>7 CURATIVO DE ANO<br>8 SINAIS VITAIS 6/6 horas | Maurício<br>S/N<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18                            |  | Rafaela<br>S/N<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18<br>24/18/18                                                                                |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |
| Dr. Marcello Marques<br>Médico Residente<br>Ortopedia e Traumatologia<br>Cirurgia Plástica                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                   | Petrina S/N<br>Fiorini                                                                                             |  | 22:00 PA: 100x66<br>P: 65<br>T: 36,3°C<br>Diurese: 700ml                                                                                                              |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |
| AS 11:00 Trocado AUP, paciente<br>deleque sem queixas aos cuidados<br>da equipe. etc.                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |  | 06:00 PA 118x82<br>P: 86<br>T: 36,6°C<br>Diurese: 15ml                                                                                                                |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |
| FC 102.<br>T 35,5°C                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |  | 13:00 às 07:00h<br>Realizado atendimento de medicação de<br>reserva administrado em medicação<br>para controle de dor no pós-operatório.<br>Paciente em boa evolução. |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |
| 18:00 PA: 124/84<br>P: 105<br>TAX: 36,1                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                   | 18:00 -> Paciente no leito, feito sinais<br>vitalizados do HGR, sem<br>queixas de dor no<br>pós-operatório de 18h. |  |                                                                                                                                                                       |       |                |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |



| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima |                                                                                                  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |      |  | HGR<br>Hospital Geral de Roraima |  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------------------------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                               |                                                                                                  |                                                                        |  |      |  |                                  |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                |                                                                                                  | DIH                                                                    |  | DN   |  |                                  |  |
| PACIENTE                                        |                                                                                                  | MEIRE LUCIA MARTINS                                                    |  |      |  |                                  |  |
| DIAGNÓSTICO                                     |                                                                                                  |                                                                        |  |      |  |                                  |  |
| ALERGIAS                                        |                                                                                                  | HAS                                                                    |  | NEGA |  | DM2                              |  |
| IDADE                                           |                                                                                                  | LEITO                                                                  |  | DATA |  | 04/12/2018                       |  |
| ÍTEM                                            | PRESCRIÇÃO                                                                                       |                                                                        |  |      |  | HORÁRIO                          |  |
| 1                                               | DIETA ORAL LIVRE                                                                                 |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 2                                               | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <i>140,47, 500 ml a 8/8h</i>                                            |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 3                                               | GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA                                                                      |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 4                                               | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                           |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 5                                               | DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN                                                                           |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 6                                               | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                     |                                                                        |  |      |  | 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                                                                                |                                                                        |  |      |  | Kotina                           |  |
| 12                                              | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                              |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 14                                              | CURATIVO DIARIO                                                                                  |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 15                                              | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                                                                       |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 16                                              | <i>Flomax 1 Flaconete 12/12h 60</i>                                                              |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 17                                              | <i>Reimanta SVD</i>                                                                              |                                                                        |  |      |  | SN                               |  |
| 18                                              | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                                                 |                                                                        |  |      |  |                                  |  |
| 19                                              | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                      |                                                                        |  |      |  |                                  |  |
| 20                                              | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                        |  |      |  |                                  |  |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
02 MAI 2013  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
19 MAR 2013  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1917/RR

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

| SINAIS VITAIS | Tax  | F-C | PA     |    |
|---------------|------|-----|--------|----|
| 6 H           | 36,2 | 82  | 112/70 |    |
| 12 H          | 36,2 | 79  | 113/66 |    |
| 18 H          | 35,7 | 88  | 110/74 | 59 |
| 24 H          | 36,7 | 79  | 90/53  |    |

18:00 - A medicação do item 16. cancelada, esta em falta na farmácia

Tereza R. A. Batista  
Téc. Enfermagem  
CRP RR 71679



202-2

01

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                            |                                                       | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | HGR            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|---------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           |                                                       | DIH                                                                                                 |  | DN             |         |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                   |                                                       | Mile Lacer Martins                                                                                  |  |                |         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                |                                                       | por af. de base.                                                                                    |  |                |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                   |                                                       | HAS                                                                                                 |  | DM2            |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | LEITO                                                                                               |  | DATA           |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       |                                                       | PRESCRIÇÃO                                                                                          |  |                | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                      |                                                                                                     |  | 5M             |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | SF 0,9% 500ML EV S/N                                  |                                                                                                     |  | SN             |         |
| 4                                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N                       |                                                                                                     |  | M.             |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                       |                                                                                                     |  | SN             |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                         |                                                                                                     |  | - 42 18h 24 06 |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                                                                                                     |  | }              |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |                                                                                                     |  | } SN           |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |                                                                                                     |  |                |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                         | 9ml ampicilina 240 mg (C) 1x ao dia                   |                                                                                                     |  | 20 NTE         |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 1600 mg (C) 6x por dia.                  |                                                                                                     |  | - 42 45 24 06  |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |                                                                                                     |  |                |         |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
02 MAI 2013  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

**NIR**  
Regulado  
para leito  
BB 202-2  
Regulação Interna  
Taveira

| SINAIS VITAIS |        |    |    |        |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | T      |
| 12 H          | 130x90 | 85 | 20 | 36,8°C |
| 18 H          | 125x95 | 75 | 18 | 36,2°C |
| 24 H          | 110x96 | 86 | 17 |        |

Pablo Caraballo Echeverría Junior  
Médico CRM 1908

Paciente internado conforme documentação médica. Paciente recebeu item (8). Realizados sinais vitais, segue a evolução na evolução de enfermagem.  
 Administrados os xaxs, administrados medicamentos e obtido bons resultados queixas.

Rec. em 19/05/2019  
COREN-RR 001246112



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                        |       |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                        |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                        |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 30/11/2018                                             | DIH   |       | DN   | 11/09/1974 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | MEIRE LUCIA MARTINS                                    |       |       |      |            |
| AGNÓSTIC                                                                                                                                                                                                            | FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO            |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                        | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 44                                                     | LEITO | 202-2 | DATA | 06/12/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                             |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |       |      | S/N        |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                    |       |       |      | MANTER     |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS |       |       |      | 24.08      |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                        |       |       |      | S/N        |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                |       |       |      | S/N        |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                             |       |       |      | S/N        |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA  |       |       |      | S/N        |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |       |      | S/N        |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N            |       |       |      | S/N        |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N           |       |       |      | S/N        |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |       |      | ROTINA     |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |       |      | M          |
| 16                                                                                                                                                                                                                  | GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA                        |       |       |      | DO NTF     |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                        |       |       |      |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPV  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPV  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

| SINAIS VITAIS |        |    |    |        |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | TAX    |
| 12 H          | 105x69 | 80 | —  | 36°C   |
| 18 H          | 114x73 | 78 |    | 35,2°C |
| 24 H          | 110/69 | 75 |    | 36°C   |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

SDH Paciente no leito, medicada, segue os de en fer  
6hs 100/55  
8/1  
35°C

Alice de Araújo Santos Barbosa  
Técnica em Enfermagem  
COREN/RR 630109-TE



202-2

01



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**HGR**  
Hospital Geral de Roraima

|                  |                                                                                                  |       |      |      |            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                  | DIH   |      | DN   |            |
| PACIENTE         | MEIRE LUCIA MARTINS                                                                              |       |      |      |            |
| DIAGNÓSTICO      |                                                                                                  |       |      |      |            |
| ALERGIAS         | NEGA                                                                                             | HAS   | NEGA | DM2  | NEGA       |
| IDADE            |                                                                                                  | LEITO | 1    | DATA | 02/12/2018 |
| ÍTEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                       |       |      |      | HORÁRIO    |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                 |       |      |      | SND        |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                         |       |      |      | manter     |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                            |       |      |      | SUSP       |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                           |       |      |      | SUSP       |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN                                                                           |       |      |      | SN         |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                     |       |      |      | 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                                                                                |       |      |      | Rotina -   |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 150 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                |       |      |      | atensão    |
| 14               | CURATIVO DIARIO                                                                                  |       |      |      | Rotina     |
| 15               | GENTAMICINA 240 MG 1 X AO DIA EV                                                                 |       |      |      | 22 NTF. E  |
| 16               | CLINDAMICINA 600 MG 6/6 HORAS EV                                                                 |       |      |      | 18/18/2006 |
| 17               | CLEXANE 40 MG SC 1 X AO DIA                                                                      |       |      |      | 18         |
| 18               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                                                 |       |      |      |            |
| 19               | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                      |       |      |      |            |
| 20               | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |      |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: |                                                                                                  |       |      |      |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T      | PR. |
|---------------|--------|----|--------|-----|
| 6 H           | 110x70 | 64 | 35.2°C | 22. |
| 12 H          | 122/83 | 91 | 36.5   |     |
| 18 H          | 101/62 | 93 | 36.2   |     |
| 24 H          | 100x70 | 99 | 36.5°C | 20. |

Pablo Caraballo  
Médico Residente EM  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Marcos Vinícius Silva  
Téc. Informático  
COORDENADOR G.14.6.1





ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Plano: Morte Luiso Indutor  
Esportável: Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: SHIRLEY ANESTÉSICA  
PACIENTE CONFIRMOU: Sim

Identificação de Sim Cirurgião  
Procedimento ( ) Sim ( ) Não

USO CIRÚRGICO Sim se Aplica Emophriso

TESTE DE REAÇÃO Sim ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA Sim

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO Sim

O PACIENTE POSSUI: Sim ( ) Não

ALERGIA CONHECIDA Sim ( ) Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO Sim ( ) Não

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml Sim ( ) Não

Sim, e uso endovenoso adequado e planejamento de fluidos Sim

Data: 30.05.18 Assinatura: ra Follia Hora: 19:15

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Sim  
CAUSA CIRÚRGICA Sim (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: Sim

Identificação do paciente Sim ( ) Não  
Procedimento Sim ( ) Não

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: Sim

REVISÃO DO CIRURGIÃO: Sim  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

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

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

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

Qual: Sim ( ) Não se aplica

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA Sim (Sala Pós Operatória)

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO Sim ( ) Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS Sim ( ) Não

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) Sim ( ) Não

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

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE Sim ( ) Não

Assinatura e Carimbo: Luciano dos Santos

Enfermeiro COFEN 352.112

Assinatura e Carimbo: ra Follia

Assinatura e Carimbo: ra Follia

Assinatura e Carimbo: ra Follia

Assinatura e Carimbo: ra Follia



202-2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                     | 30/11/2018                                                                                                                                                                                                          | DIH   |       | DN   | 11/09/1974 |
| PACIENTE                             | MEIRE LUCIA MARTINS                                                                                                                                                                                                 |       |       |      |            |
| AGNÓSTIC                             | FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO                                                                                                                                                                         |       |       |      |            |
| ALERGIAS                             |                                                                                                                                                                                                                     | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                | 44                                                                                                                                                                                                                  | LEITO | 202-2 | DATA | 07/12/2018 |
| ÍTEM                                 | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |       |       |      | 5 NO.      |
| 2                                    | AVP                                                                                                                                                                                                                 |       |       |      | MANUTER    |
| 4                                    | CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS                                                                                                                                                              |       |       |      | 19 18 24   |
| 7                                    | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                     |       |       |      | 7          |
| 8                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |       |       |      | 3 SN       |
| 9                                    | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                          |       |       |      | 3          |
| 10                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                               |       |       |      | 3 SN       |
| 11                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |       |       |      | 3 SN       |
| 12                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                         |       |       |      | 3          |
| 13                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N                                                                                                                                                                        |       |       |      | 3          |
| 14                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |       |       |      | ROTI NA    |
| 15                                   | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |       |       |      | AC         |
| 16                                   | GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                                     |       |       |      | (20) NTF   |
| 17                                   |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| 18                                   |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| 19                                   |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |      |            |
| 20                                   | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |       |      |            |

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |        |    |    | T      |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |        |
| 12 H          | 110x80 | 94 |    | 36,8°C |
| 18 H          | 100x60 | 89 |    | 36,5°C |
| 24 H          | 100x70 | 82 |    | 36,5°C |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR

07/12/18  
foi admitido  
o item 4 verificado  
sem alterações

ÁREA DE SINISTROS - DPV  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPV  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



202-2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                        |       |       |            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|-------|------------|--------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                        |       |       |            |              |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                        |       |       |            |              |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |       |            |              |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 30/11/2018                                             | DIH   | DN    | 11/09/1974 |              |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | MEIRE LUCIA MARTINS                                    |       |       |            |              |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDO            |       |       |            |              |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            | HAS DM2                                                |       |       |            |              |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 44                                                     | LEITO | 202-2 | DATA       | 08/12/2018   |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                             |       |       |            | HORÁRIO      |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |       |            | SN D         |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                    |       |       |            | manter 24 06 |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS |       |       |            | 12 18        |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                        |       |       |            | SN           |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                |       |       |            | SN           |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                             |       |       |            | SN           |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA  |       |       |            | SN           |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |       |            | SN           |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N            |       |       |            | SN           |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N           |       |       |            | SN           |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |       |            | criolina     |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |       |            | M            |
| 16                                                                                                                                                                                                                  | GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA                        |       |       |            | 20           |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |            |              |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |            |              |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |            |              |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |       |       |            |              |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                        |       |       |            |              |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

| SINAIS VITAIS |    |    |    |
|---------------|----|----|----|
| 6 H           | PA | FC | FR |
| 12 H          |    |    |    |
| 18 H          |    |    |    |
| 24 H          |    |    |    |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia  
Crm 1851-RR





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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 414 - São Vito - RR

RECEITUÁRIO

NOME:

Q. Paulo, Meiro Luis. Mantem, vítima do acidente  
de moto (30/11/2018) com lesões corporais por (E)  
feito através de Empresa e recusa de  
e o tratamento e o plano de tratamento  
Oss. Condiciona o tratamento. Teve alto depois  
de 4 meses do acidente (29/03/2019)  
O tratamento queiro de dar todo o tratamento  
com. Exatidão e o plano de tratamento  
1m. Segue de Fratura exposta por (B)  
pedir impossibilidade de atender  
com impacto de lesão e de ferir por (B)

DATA:

25/04/2019

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Telve nº 6459 - Bairro Nova Canaã  
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

Carlos Eduardo de C. Guerra  
Ortopedia / Trauma - Acupuntura  
CRM-RR 589







58,2 %

30/11/2018 12:57:03

58,4 %

30/11/2018 12:57:03

, MEIRE LUCIA MARTINS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA







74.9 %

30/11/2018 12:57:03

54.1 %

30/11/2018 12:57:03

, MEIRE LUCIA MARTINS

HOSPITAL GERAL DE BOBATOIA

TR. ROSANGELA







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA

MEIRE LUCIA, 202-2

44.0 %

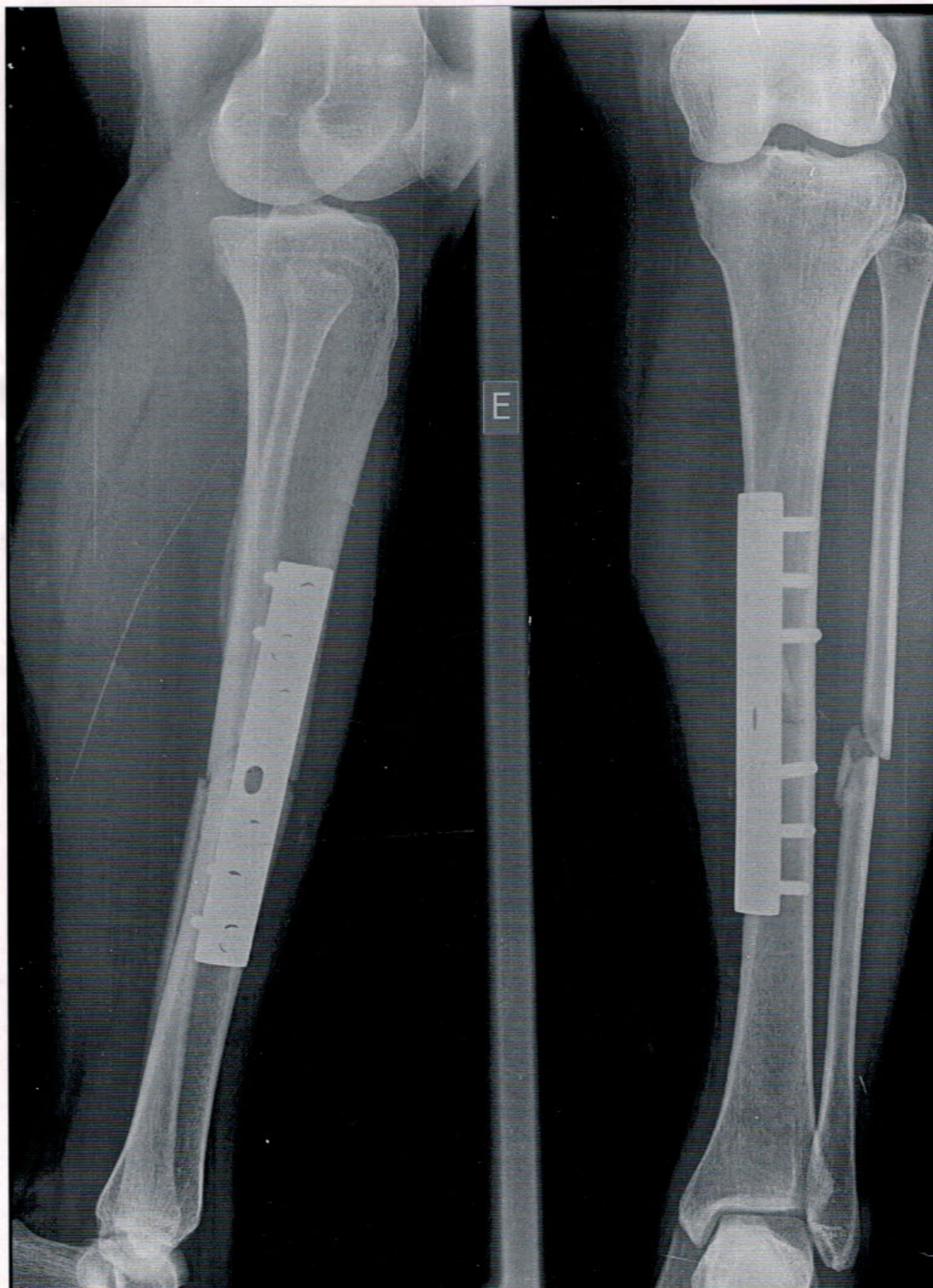
6/12/2018 11:50:00

44.1 %

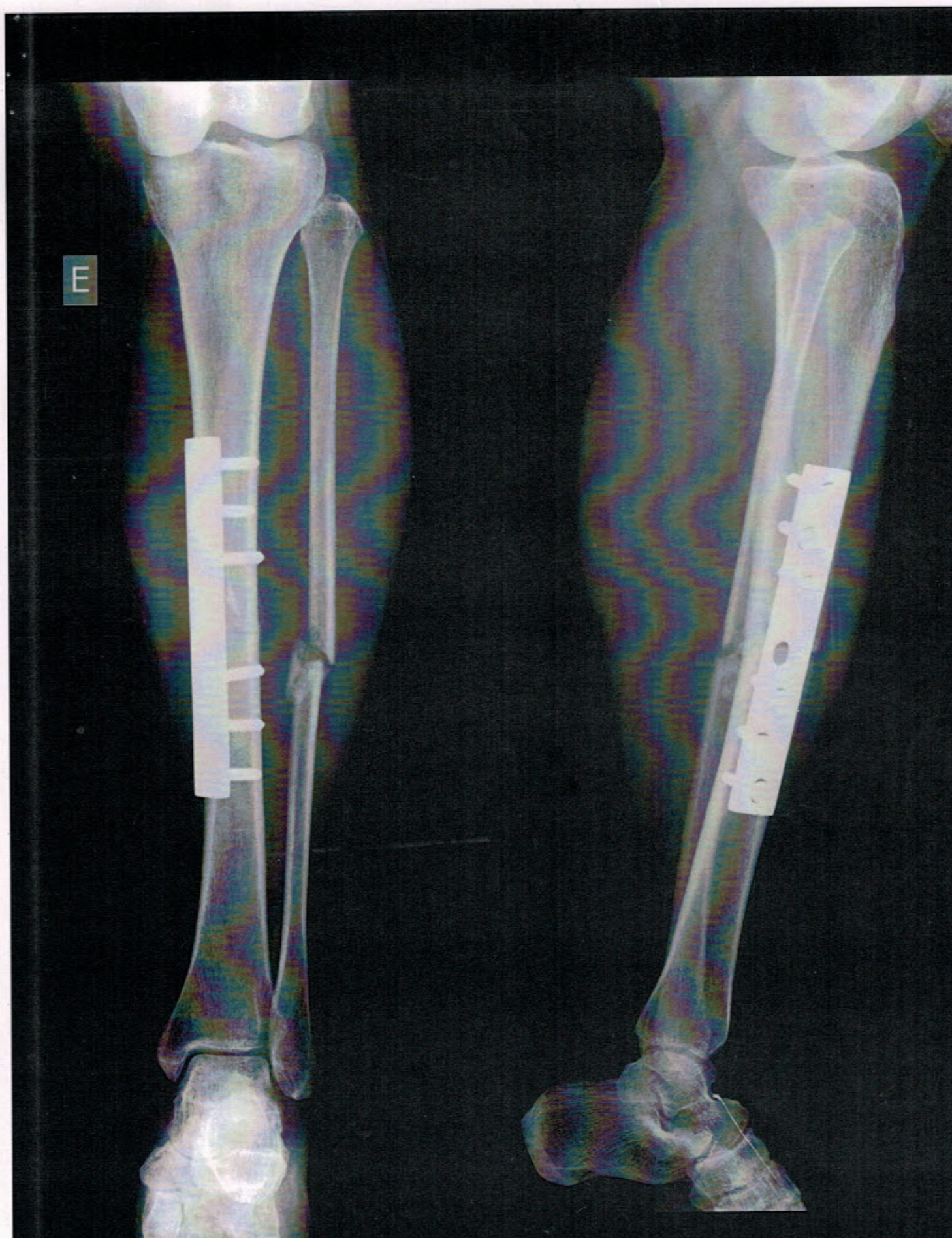
6/12/2018 11:50:00











53,9 %

15/4/2019 22:29:11

54,1 %

15/4/2019 22:29:11

MEIRE LUCIA MARTINS ,





99176.30+2  
99150.3417.

**SINISTRO 3190302193 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA MEIRE LUCIA MARTINS**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

**GENTE SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO MEIRE LUCIA MARTINS**

**CPF/CNPJ:** 44651490263

**Posição em 17-05-2019 09:50:16**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenização</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 20/05/2019               | R\$ 2.362,50                | R\$ 0,00                | R\$ 2.362,50       |

