

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

FRANCISCO ARAUJO DE AQUINO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. NACIONAL

07954 889 88

CPF

317 365 562-15

DATA DO BORNADO

02/08/1968

NOME

FRANCISCO FIDELIS DE

AQUINO

JESSE ARAUJO DE AQUINO

PROFISSÃO

PROFISSIONAL

AC

AC

DATA DE

AC

Nº IDENTIFIC.

00919066590

VALIDADE

17/06/2020

PROFISSÃO

26/08/1992

CONDIÇÕES

Exerce ativ remunerada

*Francisco Fidelis de Aquino*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA RORAIMA

DATA DO BORNADO

22/06/2015

*Wh*

ASSINATURA DO DETRAN  
 (Carimbo do DETRAN)

75319465007

RR208230786

DETRAN-RR (RORAIMA)

PHENOLIC PLASTICIZER

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**GENTE SEGUADORA S/A**  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - 208

## Declaração

**Fabiane kelly Batista Duarte venho**

por meio desta informar a seguradora líder administradora do seguro Dpvt- lhe comunicar que a motocicleta- RENAVAL 0915186055 de placa- Nat 5074- N° do chassi 9c2ja04307r0 11351 de cor preta ano- modelo de fábricas 2007/ 2007 do município de Boa Vista-rr de modelo- Ronda Biz 125 de propriedade do Senhor **ERISVAN PEREIRA DOS SANTOS**- CPF- 838.404.512-72 ao qual quem pilotava essa motocicleta no momento do acidente era eu, **Fabiane kelly batista Duarte**, venho comunicar a seguradora líder que, ao qual não sei do seu paradeiro, o proprietário da motocicleta, sendo que também não tenho como registra em cartório a documentação do veículo o Dut, devido o sumiço do proprietário.

Venho por meio desta agradecer desde já.

Atenciosamente...



Boa vista- rr / /

*Fabiane Kelly Batista Duarte*

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
PROFISSÃO: SERVIÇOS DOMÉSTICOS  
Nº DO RG: 24.199.4 2ª VIA ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 18/05/2018  
Nº CPF: 788.121.782-00  
ENDEREÇO: AV. JARDIM BLC. 06A-203/Bairro-LIDANE SATELITE

## OUTORGADA :

NOME: FRANCIMARIA ARAÚJO DE ARAÚJO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
PROFISSÃO: MOTOCICLISTA  
Nº DO RG: 97.854 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 10-02-1998  
Nº CPF: 317.365.562-15  
ENDEREÇO: R. JOSE RENATO HARADE 472 S.H. CAMPOS

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



BOA VISTA-RR, 06 de JUNHO de 2018.

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.





Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

Nº Sinistro: **3180299270**

Vitima: **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

Data do Acidente: **15/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180299270**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13047638



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**  
Nº Sinistro: **3180299270**  
Vitima: **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**  
Data do Acidente: **15/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180299270**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo  
faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13047671



---

**Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180299270**

**Vítima: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

**Data do Acidente: 15/01/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

788121782-00

Nome completo da vítima

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo FABIANE KELLY BATISTA DUARTE		CPF titular da conta 788121782-00	Profissão SERVICO GRENIS
Endereço AV. JARDIM BLE. 06 A-203		Número 06 A-203	Complemento R/ ANDRÉ ROCHA
Bairro CIDADE SATELITE	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 300-000
E-mail		Telefone (DDD) (095) 991400678	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		DIV <input type="text"/>		CONTA NRO. <input type="text"/>		DIV <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome ITAU		NRO. 341		AGÊNCIA NRO. 1352		DIV 17525	
				(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista-RR, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

Fabiane Kelly Batista Duarte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

Salvina

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





----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0043258 DROGARIA ULTRAPHAR 14/02/2018  
ITAU  
19:20:17 (Horario de Brasília)  
\*\*\*\*\*8676 ID: 73120011-3303

Extrato

AGENCIA 1352 CONTA 17525-9-FABIANE DUARTE  
05/01 SAQUE CARTAO MAGNETIC 1.257,00-  
05/02 RSHIP-ULTRAPHARMA-05/ 34,58-  
05/02 SAQUE 24H 26073148 1.000,00-  
05/02 SAQUE 24H 27964509 300,00-  
05/02 PAGTO AUXILIO ALIMENT 295,00  
05/02 PAGTO SALARIO 1.043,71  
(=)SALDO DISPONIVEL P/SAQUE 4,50  
(+)LIS/ADIC (SUJ ENCARGOS) 0,00  
(=)VALOR TOTL DISP P/ SAQUE 4,56  
CENTRAL DE ATENDIMENTO 4004-4828  
(CAPITAIS E REGIOES METROPOLITANAS) OU  
0800-970-4828 (DEMAIS REGIOES)  
SAC 0800-728-0728 - TODOS OS DIAS, 24H  
SE NAO FICAR SATISFEITO COM A SOLUCAO,  
CONTATE A OUVIDORIA, COM O NUMERO DO  
PROTOCOLO EM MAIOS: 0800-570-0011 - DIAS  
UTEIS, DAS 09H AS 18H DEFICIENTES  
AUDITIVOS/FALA 0800-722-1722 TODOS OS  
DIAS, 24H

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 5 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024891/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/07/2017 08:57  
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/07/2017  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 17/07/2017 09:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/01/2017 00:30

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Dom José Aparecido

Ponto de Referência: Supermercado Goiania

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Cidade Satélite

Natureza	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo
	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE (VÍTIMA - COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Belém	Sexo: Feminino	Nasc: 25/09/1984
Profissão: Encarregado de Limpeza		Escolaridade: Ensino Médio Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Raça/Cor: Parda			
Nome da Mãe: Silvana Batista Duarte		Nome do Pai: Flávio Costa Duarte	
Endereço			
Município: Boa Vista - RR			
Logradouro: Av.: Jardim	Nº: 901	Complemento: Bl. 06, Apart. 203, Cond.	
Bairro: Cidade Satélite			
Telefone: (95) 99140-0178 (Celular)			

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0915186055	Placa NAT5074
Número do Chassi 9C2JA04307R011351	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 MAIS
Modelo HONDA/BIZ 125 MAIS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Fabiane Kelly Batista Duarte	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando conduzia a também já descrita motocicleta (DE PROPRIEDADE DO SENHOR ERISVAN PEREIRA DOS SANTOS, CPF 838.404.512-72), no sentido centro-bairro, onde colidiu num cachorro, fazendo com perdesse o controle do veículo, saísse da pista, subindo o canteiro central da avenida e colidindo em uma árvore. Que da colisão desmaiou, acordando já no hospital. Que foi resgatada do pelo SAMU. Que sofreu lesões corporais (ARRANHÕES, FRATURAS NO MAXILAR, MANDÍBULA E OSSOS DA FACE). QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Fabiane Kelly Batista Duarte  
Vítima

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Fabiane Kelly Batista Duarte  
Comunicante

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





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

CPF da Vítima

78812178200

Data do Acidente

15/01/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
Monteiro e Silva  
28 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

BOA VISTA-RR, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

Fabiane Kelly Batista Duarte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: GRUPO II Equipe: ANDERSON / TAMIRES / HELLA AL  
 Paciente: FABIANE KELLY BATISTA JUAETE Idade: 32 Sexo: F  
 Endereço: BRN ADARLEDO, CIDADE SATELITE

Nº 154 DATA 15/01/17 HORA: 01:09  
 Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM: Dr Luiz 01:16

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> FAS	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto
Vítima <input type="checkbox"/> projetada	<input type="checkbox"/> Capote	<input type="checkbox"/> BAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> encarcerada	Capicote <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> queda	<input type="checkbox"/> Espalhamento	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
Motorista: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
Passageiro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> dianteiro	BICICLETA:	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> traseiro	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Capote	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> queda	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Atropelamento		<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
	<input type="checkbox"/> Colisão		<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 28 JUN 2018

## AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Outros
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Otorrêa
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorragia
<input type="checkbox"/> Apnéia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rinorragia
<input type="checkbox"/> Otorrêa			<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado
			<input type="checkbox"/> DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
01:25	80	20	93					
01:50	80	20	97					

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer.	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Edema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Penetrante	<input checked="" type="checkbox"/> FORTA TRAUMAT			

Pele	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Luxações

AVALIAÇÃO CARDIACA	AÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Caspapatia
<input type="checkbox"/> Fibrilção	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilção	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
<input type="checkbox"/> Fibrilção	<input type="checkbox"/> Morto	

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ LEVE ☒ MODERADA ☐ GRAVE

PEQUENA MORTE: ☐ MORTO ☐ MORTO ☐ MORTO

MÉDIA: ☐ MORTO ☐ MORTO ☐ MORTO

OUTRO: ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (de Destino): Dr. Luiz

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS:

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

Realizada em: 15/01/17 Término em: 15/01/17

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA:

RCP com sucesso: ☐ RCP sem sucesso: ☐ Obs.:

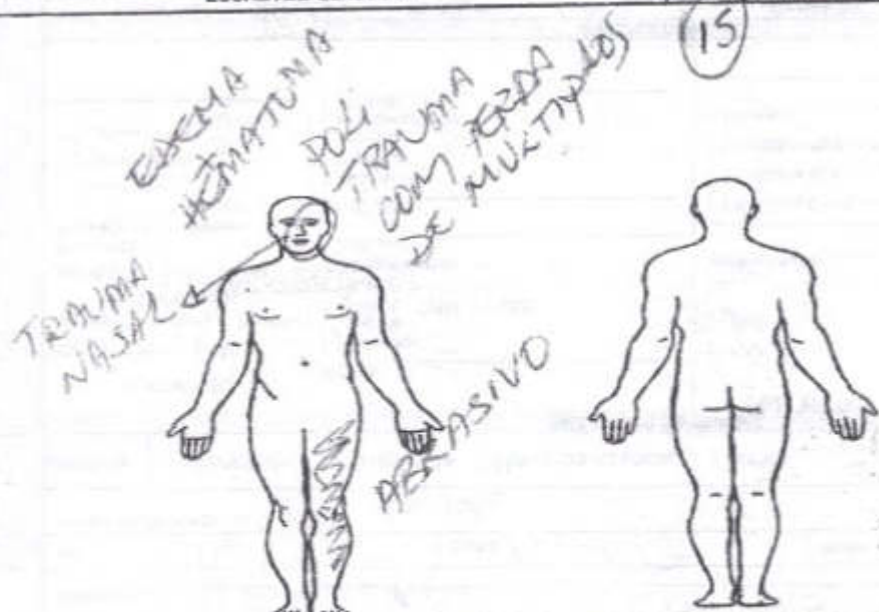


DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  26 JUN 2018  GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RN	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCBA <input checked="" type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: <u>123.456.789-0</u>

VITIMA DE QUEDA DE MOTO. APRESENTA-SE RM (EVIDENTE) E DO DE EMBRIAGUEZ. APRESENTA EDEMA + HEMATOMA DE ORBITA BILATERAL, TRAUMA DE FACE COM DEPRESSÃO MULTIPLOS DENTES DA ARCADEA SUPERIOR E INTERIOR, TACAO PSICOMOTORA (PROVAVEL) PROVAVELMENTE POR

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (por / min)	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	> 36	2
Módulo Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1
	Orientado	Resposta	5	0	0
	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3
Módulo Resposta Motor	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5
Módulo Resposta	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1



GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO 06 ATADURAS 04 PARES DE LUVAS
---	--

CONTA  
ALCOOL  
SANTA A  
ESCORIALC  
MULTIPL  
EM MPIS  
MM II.  
GT.  
HELINA

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 28/07/17  
[Signature]

# Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0135283-0

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3  
Nota Fiscal / Documento de Energia Elétrica - Série B-1  
Recibo impresso de acordo com a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Nº da Nota Fiscal: 000729682

A Tarifa Social de Energia elétrica - TSE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA	VENCIMENTO	VALOR	VALOR
MAIO/2018	01/06/2018	137	108,99

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
AV JARDIM 901 B00 A203-ANDIROBA CIDADE SATELITE  
R: SIDERIAL VILA JARDIM  
C/P: 69.317-529 - BOA VISTA

RUT: 32.001.24.20.470-400

DADOS DA LEITURA	KWH	VALOR	DETALHES DA LEITURA
Atual:	6027		Atual: 11/05/2018
Anterior:	5890		Anterior: 11/04/2018
Consumo de Iluminação:	1,000		Próxima Leitura: 11/06/2018
Consumo Medido:	137	FCAM	Exatidão: 10/05/2018
Consumo Faturado:	137		Assinatura: 11/05/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Localidade	Número Medidor	Posto
R: SIDERIAL	BI	14EDB097440	1423472
			1.1.1.1

HISTÓRICO DE KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
Mês/ano consumo	CONSUMO	137 A R\$ 0,571202 = 78,25
ABR/18 269	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	30,74
MAR/18 294		
FEV/18 232		
JAN/18 252		
DEZ/17 377		
NOV/17 320		
OUT/17 77		
SET/17 52		
AGO/17 69		
JUL/17 44		

MENSAGENS IMPORTANTES PARA O DEBOLAMENTO

Mês/ano Valor R\$ 181,69

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25 dias de atraso nas contas relativas neste fatura. O não pagamento poderá gerar multa e inclusão do nome do consumidor no "Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Elétrico Brasileiro" (CENIC) e consequente corte de energia elétrica. O valor de R\$ 181,69 é o valor líquido a ser pago, não incluindo o valor de R\$ 0,571202 por kWh.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 6062.A8B9.F8F8.A6C8.5154.954F.6B4B.5FC4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPORTOS DE OUTROS	
Distribuição:	23,48	Base de Cálculo:	3,25
Energia:	37,55	Alíquota ICMS:	1,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	13,30
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	0,41
Tributos:	15,66	Valor do COFINS:	1,95

IMPORTOS DE CONTINUAÇÃO							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00					0,00
							03/2018

RUT: 32.001.24.20.470400

Eletrobras  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3

SEU CÓDIGO  
0135283-0

MÊS FATURADO  
05/2018

Nº da Nota Fiscal: 000729682

TOTAL A PAGAR - R\$

108,99

VENCIMENTO  
01/06/2018

FCAM

836800000001 7 08990075000 4 000000000135 4 283005180008 0



SEQ.: 00358 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 11/05/2018 F.ENTR.: 0  
LEITURA: 6027 NORMAL TOTAL: 108,99 CARGA: 016  
DT.VENC.: 01/06/2018 IRREG.: 000 COLETON: 1102

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Boa Vista - RR



Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3  
Nota Fiscal / Documento de Energia Elétrica - Série B-1  
Recupere o valor da energia consumida pelo cliente

Nº da Nota Fiscal: 000729682  
A Tarifa Social de Energia elétrica - TSEI foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA	VENCIMENTO	VALOR	TOTAL
MAIO/2018	01/06/2018	137	108,99

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE  
AV JARDIM 901 B00 A203-ANDIROBA CIDADE SATELITE  
R: SIDERIAL VILA JARDIM  
C/P: 69.317-529 - BOA VISTA

RUT: 32.001.24.20.470-400

DADOS DA LEITURA	KWH	VALOR	DETALHES DA LEITURA
Atual:	6027		Atual: 11/05/2018
Anterior:	5890		Anterior: 11/04/2018
Consumo de Referência:	1,000		Próxima Leitura: 11/06/2018
Consumo Medido:	137	FCAM	Exatidão: 10/05/2018
Consumo Faturado:	137		Arrecadação: 11/05/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Localidade	Número Medidor	Posto
R: SIDERIAL	BI	14EDB097440	1423472
			1.1.1.1

HISTÓRICO DE KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MAR/18 269	CONSUMO	137 A R\$ 0,571202 = 78,25
ABR/18 294	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	30,74
MAY/18 232		
JUN/18 252		
JUL/17 377		
AGO/17 320		
SET/17 77		
OCT/17 52		
NOV/17 69		
DEZ/17 44		

UNIDADE CONSUMIDORA SUEITA E SUSCETIVA DO FORTALECIMENTO DE  
INTERVALOS DE 15 DIAS, A PARTIR DE 25 DIAS, DE FIM DO PERÍODO  
RELEVANTE NESTA FATURA. O VALOR DO FORTALECIMENTO DEVE SER  
INCLuíDO NO VALOR DA CONTA. O VALOR DO FORTALECIMENTO DEVE  
SER INCLuíDO NO VALOR DA CONTA. O VALOR DO FORTALECIMENTO DEVE  
SER INCLuíDO NO VALOR DA CONTA. O VALOR DO FORTALECIMENTO DEVE  
SER INCLuíDO NO VALOR DA CONTA.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 6062.A8B9.F8F8.A6C8.5154.954F.6B4B.5FC4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPORTADOR DE DUTOS - R\$	
Distribuição:	23,48	Base de Cálculo:	3,25
Energia:	37,55	Alíquota ICMS:	1,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	13,30
Encargos:	1,56	Valor do PIS:	0,41
Tributos:	15,66	Valor do COFINS:	1,95

VALORES DE CONTINUAÇÃO							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00							
							03/2018

RUT: 32.001.24.20.470400

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.323-3

SEU CÓDIGO 0135283-0	TOTAL A PAGAR - R\$ 108,99
MÊS FATURADO 05/2018	VENCIMENTO 01/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 000729682 FCAM

836800000001 7 08990075000 4 000000000135 4 283005180008 0



SEQ.: 00358 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 11/05/2018 F.ENTR.: 0  
FATURA: 6027 NORMAL TOTAL: 108,99 CARGA: 016  
DT.VENC.: 01/06/2018 IRREG.: 000 COLETON: 1102

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 JUN 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão São Gabriel, 881 - Boa Vista - RR





COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE RORAIMA  
 CNPJ: 08.848.000/01-05  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 36.000.116-4  
 RUA MELVYN JONES, 216 - SÃO PEDRO - CEP: 69.000-000

ATENDIMENTO  
**CAER**  
 0800 280 9520

Matrícula: 833320

Maio/2018

**Cliente:** INGRID DUARTE MOTA  
**Endereço do imóvel:** RUA JOSE ROBERTO FREITAS, 88472 - SENADOR H  
 ELIO CAMPOS BOA VISTA RR 69016-562

**Inscrição:** 001.029.160.0120.000 **Rota:** 19 **Sua Rota:** 94 **Economia:** 1

**Hidrometro:** 1000 MEDIDO **Data de Instalação:** **Situação:** **Água:** **Situação:** **Esgoto:**  
 ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUN-DE-DIAS

**LEITURA FAT.** **LEITURA INF.** **DT. LEITURA**

ULTIMOS CONSUMOS		DISTRIBUIÇÃO DE CONSUMOS				
20/04	10-0	Distribuição de consumo mensal - mês de 1977				
20/03	10-0	DISTRIBUIÇÃO DE CONSUMOS				
20/02	10-0	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
20/01	10-0	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
20/12	10-0	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
20/11	10-0	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
MÉDIA	10-0	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO

**DESCRIÇÃO** **CONSUMO** **TOTAL (R\$)**

ÁGUA		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	25,89
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 06/20		102,92
JUROS SOBRE PARCELAMENTO 11/2017		17,97
MULTA P/IMPONTIALIDADE 03/2018		2,46
DESCONTO ACRESCIMON 11/2017		21,29

**VENCIMENTO:** 15/06/2018 **TOTAL A PAGAR** 125,89

AVISO: EM 31/03/2018 CONSTA DEBITO SUJ. CORR. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2018

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



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
833320	05/2018	15/06/2018	125,89

826800000001-8 25890004001-9 00083332001-3 05201890003-6



Via do Cliente  
 Via do CAER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCIMÁRIO ARAÚJO DE AGUIAR, inscrito (a) no CPF 317365562, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIANE KELLY BATISTA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 788121782, 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANE KELLY BATISTA DUARTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 788121782, 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R/ JOSE RENATO HADAD</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>S. H. CAMPOS</u>	Cidade	<u>472</u>	
Email		<u>BOA VISTA</u>	Estado	CEP
			<u>RR</u>	
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(95) 991434631</u>	

BOA VISTA - RR, 06 de JUNHO de 2018  
Local e data

Fabiane Kelly Batista Duarte  
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

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







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR		QUANTIDADE	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		Fadoane Kelly Batista Duarte		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS		Baroncello		
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	ÁREA DE SINISTROS - DP/AT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2018 GENTE SEGURADORA S/A R. Espírito Santo 81, 411 - Boa Vista - PE		
16/05/17	Disck 8x4 / Postura (V)	SND	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÃO
17	SE 0941560 (EV) 8/18	14	12h 00' a 18h 00'	1200 PA 100/55 FC 88
18	Calafobia 1 (EV) 8/18	15	18h 00' a 00h 00'	FC 88
19	Tuberculose - 08 - 2 (EV) 12/12	16	00h 00' a 08h 00'	37h PA = 120 + 70 P = 507
20	Tuberculose - 50 - 2 (EV) 8/18	17	08h 00' a 16h 00'	37h PA = 120 + 70 P = 507
21	Omeprazol - 20 - 2 (EV) 12/12	18	16h 00' a 00h 00'	24h PA 107x77 FC 92
22	Dietas - 4 - 2 (EV) 8/18	19	00h 00' a 08h 00'	FC 84
23	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	20	08h 00' a 16h 00'	FC 84
24	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	21	16h 00' a 00h 00'	FC 84
25	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	22	00h 00' a 08h 00'	FC 84
26	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	23	08h 00' a 16h 00'	FC 84
27	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	24	16h 00' a 00h 00'	FC 84
28	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	25	00h 00' a 08h 00'	FC 84
29	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	26	08h 00' a 16h 00'	FC 84
30	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	27	16h 00' a 00h 00'	FC 84
31	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	28	00h 00' a 08h 00'	FC 84
32	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	29	08h 00' a 16h 00'	FC 84
33	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	30	16h 00' a 00h 00'	FC 84
34	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	31	00h 00' a 08h 00'	FC 84
35	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	32	08h 00' a 16h 00'	FC 84
36	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	33	16h 00' a 00h 00'	FC 84
37	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	34	00h 00' a 08h 00'	FC 84
38	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	35	08h 00' a 16h 00'	FC 84
39	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	36	16h 00' a 00h 00'	FC 84
40	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	37	00h 00' a 08h 00'	FC 84
41	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	38	08h 00' a 16h 00'	FC 84
42	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	39	16h 00' a 00h 00'	FC 84
43	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	40	00h 00' a 08h 00'	FC 84
44	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	41	08h 00' a 16h 00'	FC 84
45	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	42	16h 00' a 00h 00'	FC 84
46	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	43	00h 00' a 08h 00'	FC 84
47	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	44	08h 00' a 16h 00'	FC 84
48	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	45	16h 00' a 00h 00'	FC 84
49	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	46	00h 00' a 08h 00'	FC 84
50	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	47	08h 00' a 16h 00'	FC 84
51	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	48	16h 00' a 00h 00'	FC 84
52	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	49	00h 00' a 08h 00'	FC 84
53	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	50	08h 00' a 16h 00'	FC 84
54	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	51	16h 00' a 00h 00'	FC 84
55	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	52	00h 00' a 08h 00'	FC 84
56	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	53	08h 00' a 16h 00'	FC 84
57	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	54	16h 00' a 00h 00'	FC 84
58	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	55	00h 00' a 08h 00'	FC 84
59	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	56	08h 00' a 16h 00'	FC 84
60	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	57	16h 00' a 00h 00'	FC 84
61	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	58	00h 00' a 08h 00'	FC 84
62	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	59	08h 00' a 16h 00'	FC 84
63	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	60	16h 00' a 00h 00'	FC 84
64	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	61	00h 00' a 08h 00'	FC 84
65	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	62	08h 00' a 16h 00'	FC 84
66	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	63	16h 00' a 00h 00'	FC 84
67	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	64	00h 00' a 08h 00'	FC 84
68	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	65	08h 00' a 16h 00'	FC 84
69	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	66	16h 00' a 00h 00'	FC 84
70	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	67	00h 00' a 08h 00'	FC 84
71	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	68	08h 00' a 16h 00'	FC 84
72	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	69	16h 00' a 00h 00'	FC 84
73	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	70	00h 00' a 08h 00'	FC 84
74	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	71	08h 00' a 16h 00'	FC 84
75	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	72	16h 00' a 00h 00'	FC 84
76	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	73	00h 00' a 08h 00'	FC 84
77	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	74	08h 00' a 16h 00'	FC 84
78	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	75	16h 00' a 00h 00'	FC 84
79	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	76	00h 00' a 08h 00'	FC 84
80	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	77	08h 00' a 16h 00'	FC 84
81	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	78	16h 00' a 00h 00'	FC 84
82	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	79	00h 00' a 08h 00'	FC 84
83	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	80	08h 00' a 16h 00'	FC 84
84	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	81	16h 00' a 00h 00'	FC 84
85	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	82	00h 00' a 08h 00'	FC 84
86	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	83	08h 00' a 16h 00'	FC 84
87	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	84	16h 00' a 00h 00'	FC 84
88	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	85	00h 00' a 08h 00'	FC 84
89	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	86	08h 00' a 16h 00'	FC 84
90	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	87	16h 00' a 00h 00'	FC 84
91	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	88	00h 00' a 08h 00'	FC 84
92	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	89	08h 00' a 16h 00'	FC 84
93	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	90	16h 00' a 00h 00'	FC 84
94	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	91	00h 00' a 08h 00'	FC 84
95	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	92	08h 00' a 16h 00'	FC 84
96	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	93	16h 00' a 00h 00'	FC 84
97	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	94	00h 00' a 08h 00'	FC 84
98	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	95	08h 00' a 16h 00'	FC 84
99	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	96	16h 00' a 00h 00'	FC 84
100	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	97	00h 00' a 08h 00'	FC 84
101	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	98	08h 00' a 16h 00'	FC 84
102	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	99	16h 00' a 00h 00'	FC 84
103	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	100	00h 00' a 08h 00'	FC 84
104	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	101	08h 00' a 16h 00'	FC 84
105	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	102	16h 00' a 00h 00'	FC 84
106	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	103	00h 00' a 08h 00'	FC 84
107	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	104	08h 00' a 16h 00'	FC 84
108	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	105	16h 00' a 00h 00'	FC 84
109	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	106	00h 00' a 08h 00'	FC 84
110	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	107	08h 00' a 16h 00'	FC 84
111	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	108	16h 00' a 00h 00'	FC 84
112	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	109	00h 00' a 08h 00'	FC 84
113	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	110	08h 00' a 16h 00'	FC 84
114	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	111	16h 00' a 00h 00'	FC 84
115	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	112	00h 00' a 08h 00'	FC 84
116	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	113	08h 00' a 16h 00'	FC 84
117	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	114	16h 00' a 00h 00'	FC 84
118	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	115	00h 00' a 08h 00'	FC 84
119	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	116	08h 00' a 16h 00'	FC 84
120	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	117	16h 00' a 00h 00'	FC 84
121	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	118	00h 00' a 08h 00'	FC 84
122	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	119	08h 00' a 16h 00'	FC 84
123	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	120	16h 00' a 00h 00'	FC 84
124	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	121	00h 00' a 08h 00'	FC 84
125	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	122	08h 00' a 16h 00'	FC 84
126	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	123	16h 00' a 00h 00'	FC 84
127	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	124	00h 00' a 08h 00'	FC 84
128	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	125	08h 00' a 16h 00'	FC 84
129	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	126	16h 00' a 00h 00'	FC 84
130	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	127	00h 00' a 08h 00'	FC 84
131	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	128	08h 00' a 16h 00'	FC 84
132	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	129	16h 00' a 00h 00'	FC 84
133	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	130	00h 00' a 08h 00'	FC 84
134	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	131	08h 00' a 16h 00'	FC 84
135	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	132	16h 00' a 00h 00'	FC 84
136	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	133	00h 00' a 08h 00'	FC 84
137	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	134	08h 00' a 16h 00'	FC 84
138	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	135	16h 00' a 00h 00'	FC 84
139	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	136	00h 00' a 08h 00'	FC 84
140	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	137	08h 00' a 16h 00'	FC 84
141	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	138	16h 00' a 00h 00'	FC 84
142	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	139	00h 00' a 08h 00'	FC 84
143	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	140	08h 00' a 16h 00'	FC 84
144	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	141	16h 00' a 00h 00'	FC 84
145	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	142	00h 00' a 08h 00'	FC 84
146	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	143	08h 00' a 16h 00'	FC 84
147	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	144	16h 00' a 00h 00'	FC 84
148	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	145	00h 00' a 08h 00'	FC 84
149	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	146	08h 00' a 16h 00'	FC 84
150	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	147	16h 00' a 00h 00'	FC 84
151	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	148	00h 00' a 08h 00'	FC 84
152	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	149	08h 00' a 16h 00'	FC 84
153	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	150	16h 00' a 00h 00'	FC 84
154	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	151	00h 00' a 08h 00'	FC 84
155	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	152	08h 00' a 16h 00'	FC 84
156	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	153	16h 00' a 00h 00'	FC 84
157	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	154	00h 00' a 08h 00'	FC 84
158	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	155	08h 00' a 16h 00'	FC 84
159	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	156	16h 00' a 00h 00'	FC 84
160	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	157	00h 00' a 08h 00'	FC 84
161	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	158	08h 00' a 16h 00'	FC 84
162	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	159	16h 00' a 00h 00'	FC 84
163	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	160	00h 00' a 08h 00'	FC 84
164	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	161	08h 00' a 16h 00'	FC 84
165	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	162	16h 00' a 00h 00'	FC 84
166	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	163	00h 00' a 08h 00'	FC 84
167	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	164	08h 00' a 16h 00'	FC 84
168	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	165	16h 00' a 00h 00'	FC 84
169	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	166	00h 00' a 08h 00'	FC 84
170	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	167	08h 00' a 16h 00'	FC 84
171	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	168	16h 00' a 00h 00'	FC 84
172	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	169	00h 00' a 08h 00'	FC 84
173	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	170	08h 00' a 16h 00'	FC 84
174	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	171	16h 00' a 00h 00'	FC 84
175	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	172	00h 00' a 08h 00'	FC 84
176	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	173	08h 00' a 16h 00'	FC 84
177	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	174	16h 00' a 00h 00'	FC 84
178	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	175	00h 00' a 08h 00'	FC 84
179	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	176	08h 00' a 16h 00'	FC 84
180	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	177	16h 00' a 00h 00'	FC 84
181	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	178	00h 00' a 08h 00'	FC 84
182	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	179	08h 00' a 16h 00'	FC 84
183	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	180	16h 00' a 00h 00'	FC 84
184	Calafobia - 30 - 2 (EV) 8/18	181	00h 00' a 08h	



15/01/17

OK OK

UNIDADE/SETOR:

GT VERDE

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

15/01/17

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

1) Dor no abdômen

2) S.F. 0.04. 100 ml a. 817h  
S.G. 5.2. 100 ml a. 818h. e cl. de urina.

3) Colheite: 1 c. 616h. 1 d. 616h. 1 c. 616h.

4) Demora com 203 a. 1216h. 08/10/17 12/10/17

5) Demora com 203 a. 817h. 08/10/17 12/10/17

6) Demora com 203 a. 1216h. 08/10/17 12/10/17

7) Demora com 203 a. 817h. 08/10/17 12/10/17

8) Colheite de urina

9) Demora

10) Demora para 6.1. 0.04. 100 ml a. 817h.

Demora para 6.1. 0.04. 100 ml a. 817h.

Demora para 6.1. 0.04. 100 ml a. 817h.

Demora para 6.1. 0.04. 100 ml a. 817h.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CORTEJO NA OVA VENEZUELA  
GENTE SEGURADORA S/A  
Cidade de Manaus, 15 de Janeiro de 2017.



Estado da Bahia  
Secretaria de Saúde  
Secretaria de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Celso Nilo Bezerra, 414 - Boa Vista - RJ

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

SNIPES

1) Dada baixa / Exame (V)

2) SF 0,9 x 1500mg (EV) 8/8

3) Clazoprin 1 (EV) 8/8

4) Tilmul 50mg (EV) 8/8

5) Hidrocortisona 400mg (EV) 8/8

6) Omeprazol 20mg (EV) 1x/1

7) Cimetidina 300mg

8) Dexamet 4 (EV) 8/8

9) Transderm B Dose 40 "sem pre lavar  
muito de quando elevar"

Realizar

10 18 24 36

12 18 24 36

13:00

PA 134x58

FC 98

PA: 125/89

Re: 82



Realizado Colômbia de Exames  
Laboratório de Química  
Em: 26/04/17  
Hora: 14:00  
Ass: Jéssica / Gláucia

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE:	Feliana Kelly Batista Duarte	03	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:	Garcia		
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
19/02/17	(1) Dieta líquida / Pastosa (VO) SML (2) SF 0,9 x 500 ml (EV) 8/8R (3) Cefazolin 1g (EV) 8/8R (4) Tachycard 100mg (EV) SF 0,9% 100ml (5) Ondansetron 4mg (EV) 8/8R (6) Dexamet 1g (EV) 6/6R (7) Ceftriaxon 1g (EV) 30 - (8) Bactero e paracetamol 0,12% (9) Curativo (10) Doravon 20mg (EV) 1x/d (11) SEMPRE ECG	14:30-16:00 12:30-14:00 6:00-08:00 16:00-18:00 18:00-20:00 MANUTEN M T V COE AMT ROTINA	SETE SEGURADORA S/A Av. Góes Monteiro, 44 - Botafogo - RJ 16 JUN 2018
	Sobrecarga ECG, R.O. O.D. (D), Exatidão de e Re-implementação de TAC de Pate. Roupa de Contingência. e Outpatient.		



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



PRÉ-OP:

ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM:

NOME	LEITO	DATA
Tibiana Leidy. Dutra	204-03	20/01/12
1 Dieta zero sólidos 22h	5Nº	HD
2 SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h a partir das 22h	22-08	
3 Dipirone 1g EV de 6/6h SN	22	
4 Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN OU Ondansetrona 4g EV de 8/8h SN	SN	
5 Omeprazol 40mg EV 1x/dia	06 NTE	
6 Aterir PA 1h antes da cirurgia	06 NTE	
7 Captopril 25mg VO se PAS > 160mmHg e ou PAD > 110mmHg	SN	
8 Dextro de 6/6h	SN	
9 Cateter 16 gr 6/6h	11-12	
10 Insulina 200 UI 12/12h	12-10	
11	12-10	
12	12-10	
13	12-10	
14	12-10	
17	12-10	

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	130x80	110x80		120x70	< 70	Glicose 50% 40 ml EV	11:00	130	
FC	88	88		88	< 200	0 UI - SC	17:00	135	
TEMPERATURA	36,8	36,5		36	201-250	02 UI - SC	22:00	80	
FR					251-300	04 UI - SC	06:00	80	
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CLIVATVO					> 400	10 UI - SC			
						CHAMAR PLANTONISTA			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE-SEGURADORA S/A  
Av. Celso João Bezerra, 481 - Boa Vista, RR





NOME: Fabiane Kelly Batista Duarte (BLOCO B 204.3) SEXO: F

IDADE: Data de nascimento:

DATA DO EXAME: 19-01-17

MÉDICO SOLICITANTE:

INDICAÇÃO:

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Relatório

Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.  
Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual.  
Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.  
Ausência de calcificações de aspecto patológico.  
Linha média sem desvios significativos.  
Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.  
Fraturas dos seios maxilares, da região frontal / gabelas e parede lateral da órbita direita, corpo da mandíbula esquerda, com hematosinus.

Boa Vista,  
Data do relatório: 19/01/2017

  
Dr. JULIANO MEDEIROS LIMA  
CRM - 743 /RR

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadairo Eduardo Gomes s/n.º / Bairro Novo - Planalto  
Cep.: 69360-000 Boa Vista-RR  
Tel: (93) 2121-0655

25

**GENTE SEGRADORA S/A**  
Rua Capão da Imbuizinha, 444 - Bom Fim - RS



உள்ளுள்ள புகாரைப் பற்றி உடனடியாக நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

[illegible]



UNIDADE/SETOR:	QUARTO: 204	LEITO: 03	Nº REGISTRO
NOME DO PACIENTE: Fabiana Kelly Saldaña Duarte			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: B. [assinatura]			
DATA/HORA:	23/04/17	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
<p>ÁREA DE ENFERMAGEM - PRIVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>20 JUN 2016</p> <p>GENTE SEGURADORA S/A R. Siqueira, 111 - RUA BAZILIA, 614 - DUA YARA - RRI</p>		<p>SAU HORARIO: 14h - 06h</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p>	
<p>1) Dado ZERO</p> <p>2) SF 0,5% 250 ml (EV) 8/8h</p> <p>3) SG 5% 250 ml (EV) 8/8h</p> <p>4) Cefazolona 1g (EV) 8/8h</p> <p>5) Difenidramina 1g (EV) 6/6h</p> <p>6) Lactulose 100g (EV) 8/8h</p> <p>7) Clonazepam 0,5mg (EV) 8/8h</p> <p>8) Omeprazol 20mg (EV) 1x/dia</p> <p>9) Sulfato de Cloreto 2g (EV) 1x/dia</p>		<p>14h 22 06</p> <p>16h 22 04</p> <p>18h 20 06</p> <p>20h 22 06</p> <p>22h 06</p> <p>24h 06</p> <p>ROTINA</p>	

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

**Nº REGISTRO**

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Rua São Bento 44 - Box Ynda - F

NOME DO PACIENTE: Roberto de Almeida

**RELATORIO DE ENFERMAGEM:**

OBSERVAÇÕES:

PRESCRIÇÃO:	RELATORIO DE ENFERM
<p> <input checked="" type="radio"/> Toda <input checked="" type="radio"/> 100% <input checked="" type="radio"/> 2 mo <input checked="" type="radio"/> 3 mo <input checked="" type="radio"/> 4 mo <input checked="" type="radio"/> 5 mo <input checked="" type="radio"/> 6 mo <input checked="" type="radio"/> 7 mo <input checked="" type="radio"/> 8 mo <input checked="" type="radio"/> 9 mo <input checked="" type="radio"/> 10 mo <input checked="" type="radio"/> 11 mo <input checked="" type="radio"/> 12 mo <input checked="" type="radio"/> 13 mo <input checked="" type="radio"/> 14 mo <input checked="" type="radio"/> 15 mo <input checked="" type="radio"/> 16 mo <input checked="" type="radio"/> 17 mo <input checked="" type="radio"/> 18 mo <input checked="" type="radio"/> 19 mo <input checked="" type="radio"/> 20 mo <input checked="" type="radio"/> 21 mo <input checked="" type="radio"/> 22 mo <input checked="" type="radio"/> 23 mo <input checked="" type="radio"/> 24 mo <input checked="" type="radio"/> 25 mo <input checked="" type="radio"/> 26 mo <input checked="" type="radio"/> 27 mo <input checked="" type="radio"/> 28 mo <input checked="" type="radio"/> 29 mo <input checked="" type="radio"/> 30 mo <input checked="" type="radio"/> 31 mo <input checked="" type="radio"/> 32 mo <input checked="" type="radio"/> 33 mo <input checked="" type="radio"/> 34 mo <input checked="" type="radio"/> 35 mo <input checked="" type="radio"/> 36 mo <input checked="" type="radio"/> 37 mo <input checked="" type="radio"/> 38 mo <input checked="" type="radio"/> 39 mo <input checked="" type="radio"/> 40 mo <input checked="" type="radio"/> 41 mo <input checked="" type="radio"/> 42 mo <input checked="" type="radio"/> 43 mo <input checked="" type="radio"/> 44 mo <input checked="" type="radio"/> 45 mo <input checked="" type="radio"/> 46 mo <input checked="" type="radio"/> 47 mo <input checked="" type="radio"/> 48 mo <input checked="" type="radio"/> 49 mo <input checked="" type="radio"/> 50 mo <input checked="" type="radio"/> 51 mo <input checked="" type="radio"/> 52 mo <input checked="" type="radio"/> 53 mo <input checked="" type="radio"/> 54 mo <input checked="" type="radio"/> 55 mo <input checked="" type="radio"/> 56 mo <input checked="" type="radio"/> 57 mo <input checked="" type="radio"/> 58 mo <input checked="" type="radio"/> 59 mo <input checked="" type="radio"/> 60 mo <input checked="" type="radio"/> 61 mo <input checked="" type="radio"/> 62 mo <input checked="" type="radio"/> 63 mo <input checked="" type="radio"/> 64 mo <input checked="" type="radio"/> 65 mo <input checked="" type="radio"/> 66 mo <input checked="" type="radio"/> 67 mo <input checked="" type="radio"/> 68 mo <input checked="" type="radio"/> 69 mo <input checked="" type="radio"/> 70 mo <input checked="" type="radio"/> 71 mo <input checked="" type="radio"/> 72 mo <input checked="" type="radio"/> 73 mo <input checked="" type="radio"/> 74 mo <input checked="" type="radio"/> 75 mo <input checked="" type="radio"/> 76 mo <input checked="" type="radio"/> 77 mo <input checked="" type="radio"/> 78 mo <input checked="" type="radio"/> 79 mo <input checked="" type="radio"/> 80 mo <input checked="" type="radio"/> 81 mo <input checked="" type="radio"/> 82 mo <input checked="" type="radio"/> 83 mo <input checked="" type="radio"/> 84 mo <input checked="" type="radio"/> 85 mo <input checked="" type="radio"/> 86 mo <input checked="" type="radio"/> 87 mo <input checked="" type="radio"/> 88 mo <input checked="" type="radio"/> 89 mo <input checked="" type="radio"/> 90 mo <input checked="" type="radio"/> 91 mo <input checked="" type="radio"/> 92 mo <input checked="" type="radio"/> 93 mo <input checked="" type="radio"/> 94 mo <input checked="" type="radio"/> 95 mo <input checked="" type="radio"/> 96 mo <input checked="" type="radio"/> 97 mo <input checked="" type="radio"/> 98 mo <input checked="" type="radio"/> 99 mo <input checked="" type="radio"/> 100 mo </p>	<p> HÓRARIO: 5:10 </p>
<p> <input checked="" type="radio"/> 100% <input checked="" type="radio"/> 2 mo <input checked="" type="radio"/> 3 mo <input checked="" type="radio"/> 4 mo <input checked="" type="radio"/> 5 mo <input checked="" type="radio"/> 6 mo <input checked="" type="radio"/> 7 mo <input checked="" type="radio"/> 8 mo <input checked="" type="radio"/> 9 mo <input checked="" type="radio"/> 10 mo <input checked="" type="radio"/> 11 mo <input checked="" type="radio"/> 12 mo <input checked="" type="radio"/> 13 mo <input checked="" type="radio"/> 14 mo <input checked="" type="radio"/> 15 mo <input checked="" type="radio"/> 16 mo <input checked="" type="radio"/> 17 mo <input checked="" type="radio"/> 18 mo <input checked="" type="radio"/> 19 mo <input checked="" type="radio"/> 20 mo <input checked="" type="radio"/> 21 mo <input checked="" type="radio"/> 22 mo <input checked="" type="radio"/> 23 mo <input checked="" type="radio"/> 24 mo <input checked="" type="radio"/> 25 mo <input checked="" type="radio"/> 26 mo <input checked="" type="radio"/> 27 mo <input checked="" type="radio"/> 28 mo <input checked="" type="radio"/> 29 mo <input checked="" type="radio"/> 30 mo <input checked="" type="radio"/> 31 mo <input checked="" type="radio"/> 32 mo <input checked="" type="radio"/> 33 mo <input checked="" type="radio"/> 34 mo <input checked="" type="radio"/> 35 mo <input checked="" type="radio"/> 36 mo <input checked="" type="radio"/> 37 mo <input checked="" type="radio"/> 38 mo <input checked="" type="radio"/> 39 mo <input checked="" type="radio"/> 40 mo <input checked="" type="radio"/> 41 mo <input checked="" type="radio"/> 42 mo <input checked="" type="radio"/> 43 mo <input checked="" type="radio"/> 44 mo <input checked="" type="radio"/> 45 mo <input checked="" type="radio"/> 46 mo <input checked="" type="radio"/> 47 mo <input checked="" type="radio"/> 48 mo <input checked="" type="radio"/> 49 mo <input checked="" type="radio"/> 50 mo <input checked="" type="radio"/> 51 mo <input checked="" type="radio"/> 52 mo <input checked="" type="radio"/> 53 mo <input checked="" type="radio"/> 54 mo <input checked="" type="radio"/> 55 mo <input checked="" type="radio"/> 56 mo <input checked="" type="radio"/> 57 mo <input checked="" type="radio"/> 58 mo <input checked="" type="radio"/> 59 mo <input checked="" type="radio"/> 60 mo <input checked="" type="radio"/> 61 mo <input checked="" type="radio"/> 62 mo <input checked="" type="radio"/> 63 mo <input checked="" type="radio"/> 64 mo <input checked="" type="radio"/> 65 mo <input checked="" type="radio"/> 66 mo <input checked="" type="radio"/> 67 mo <input checked="" type="radio"/> 68 mo <input checked="" type="radio"/> 69 mo <input checked="" type="radio"/> 70 mo <input checked="" type="radio"/> 71 mo <input checked="" type="radio"/> 72 mo <input checked="" type="radio"/> 73 mo <input checked="" type="radio"/> 74 mo <input checked="" type="radio"/> 75 mo <input checked="" type="radio"/> 76 mo <input checked="" type="radio"/> 77 mo <input checked="" type="radio"/> 78 mo <input checked="" type="radio"/> 79 mo <input checked="" type="radio"/> 80 mo <input checked="" type="radio"/> 81 mo <input checked="" type="radio"/> 82 mo <input checked="" type="radio"/> 83 mo <input checked="" type="radio"/> 84 mo <input checked="" type="radio"/> 85 mo <input checked="" type="radio"/> 86 mo <input checked="" type="radio"/> 87 mo <input checked="" type="radio"/> 88 mo <input checked="" type="radio"/> 89 mo <input checked="" type="radio"/> 90 mo <input checked="" type="radio"/> 91 mo <input checked="" type="radio"/> 92 mo <input checked="" type="radio"/> 93 mo <input checked="" type="radio"/> 94 mo <input checked="" type="radio"/> 95 mo <input checked="" type="radio"/> 96 mo <input checked="" type="radio"/> 97 mo <input checked="" type="radio"/> 98 mo <input checked="" type="radio"/> 99 mo <input checked="" type="radio"/> 100 mo </p>	<p> HÓRARIO: 5:10 </p>
<p> <input checked="" type="radio"/> 100% <input checked="" type="radio"/> 2 mo <input checked="" type="radio"/> 3 mo <input checked="" type="radio"/> 4 mo <input checked="" type="radio"/> 5 mo <input checked="" type="radio"/> 6 mo <input checked="" type="radio"/> 7 mo <input checked="" type="radio"/> 8 mo <input checked="" type="radio"/> 9 mo <input checked="" type="radio"/> 10 mo <input checked="" type="radio"/> 11 mo <input checked="" type="radio"/> 12 mo <input checked="" type="radio"/> 13 mo <input checked="" type="radio"/> 14 mo <input checked="" type="radio"/> 15 mo <input checked="" type="radio"/> 16 mo <input checked="" type="radio"/> 17 mo <input checked="" type="radio"/> 18 mo <input checked="" type="radio"/> 19 mo <input checked="" type="radio"/> 20 mo <input checked="" type="radio"/> 21 mo <input checked="" type="radio"/> 22 mo <input checked="" type="radio"/> 23 mo <input checked="" type="radio"/> 24 mo <input checked="" type="radio"/> 25 mo <input checked="" type="radio"/> 26 mo <input checked="" type="radio"/> 27 mo <input checked="" type="radio"/> 28 mo <input checked="" type="radio"/> 29 mo <input checked="" type="radio"/> 30 mo <input checked="" type="radio"/> 31 mo <input checked="" type="radio"/> 32 mo <input checked="" type="radio"/> 33 mo <input checked="" type="radio"/> 34 mo <input checked="" type="radio"/> 35 mo <input checked="" type="radio"/> 36 mo <input checked="" type="radio"/> 37 mo <input checked="" type="radio"/> 38 mo <input checked="" type="radio"/> 39 mo <input checked="" type="radio"/> 40 mo <input checked="" type="radio"/> 41 mo <input checked="" type="radio"/> 42 mo <input checked="" type="radio"/> 43 mo <input checked="" type="radio"/> 44 mo <input checked="" type="radio"/> 45 mo <input checked="" type="radio"/> 46 mo <input checked="" type="radio"/> 47 mo <input checked="" type="radio"/> 48 mo <input checked="" type="radio"/> 49 mo <input checked="" type="radio"/> 50 mo <input checked="" type="radio"/> 51 mo <input checked="" type="radio"/> 52 mo <input checked="" type="radio"/> 53 mo <input checked="" type="radio"/> 54 mo <input checked="" type="radio"/> 55 mo <input checked="" type="radio"/> 56 mo <input checked="" type="radio"/> 57 mo <input checked="" type="radio"/> 58 mo <input checked="" type="radio"/> 59 mo <input checked="" type="radio"/> 60 mo <input checked="" type="radio"/> 61 mo <input checked="" type="radio"/> 62 mo <input checked="" type="radio"/> 63 mo <input checked="" type="radio"/> 64 mo <input checked="" type="radio"/> 65 mo <input checked="" type="radio"/> 66 mo <input checked="" type="radio"/> 67 mo <input checked="" type="radio"/> 68 mo <input checked="" type="radio"/> 69 mo <input checked="" type="radio"/> 70 mo <input checked="" type="radio"/> 71 mo <input checked="" type="radio"/> 72 mo <input checked="" type="radio"/> 73 mo <input checked="" type="radio"/> 74 mo <input checked="" type="radio"/> 75 mo <input checked="" type="radio"/> 76 mo <input checked="" type="radio"/> 77 mo <input checked="" type="radio"/> 78 mo <input checked="" type="radio"/> 79 mo <input checked="" type="radio"/> 80 mo <input checked="" type="radio"/> 81 mo <input checked="" type="radio"/> 82 mo <input checked="" type="radio"/> 83 mo <input checked="" type="radio"/> 84 mo <input checked="" type="radio"/> 85 mo <input checked="" type="radio"/> 86 mo <input checked="" type="radio"/> 87 mo <input checked="" type="radio"/> 88 mo <input checked="" type="radio"/> 89 mo <input checked="" type="radio"/> 90 mo <input checked="" type="radio"/> 91 mo <input checked="" type="radio"/> 92 mo <input checked="" type="radio"/> 93 mo <input checked="" type="radio"/> 94 mo <input checked="" type="radio"/> 95 mo <input checked="" type="radio"/> 96 mo <input checked="" type="radio"/> 97 mo <input checked="" type="radio"/> 98 mo <input checked="" type="radio"/> 99 mo <input checked="" type="radio"/> 100 mo </p>	<p> HÓRARIO: 5:10 </p>
<p> <input checked="" type="radio"/> 100% <input checked="" type="radio"/> 2 mo <input checked="" type="radio"/> 3 mo <input checked="" type="radio"/> 4 mo <input checked="" type="radio"/> 5 mo <input checked="" type="radio"/> 6 mo <input checked="" type="radio"/> 7 mo <input checked="" type="radio"/> 8 mo <input checked="" type="radio"/> 9 mo <input checked="" type="radio"/> 10 mo <input checked="" type="radio"/> 11 mo <input checked="" type="radio"/> 12 mo <input checked="" type="radio"/> 13 mo <input checked="" type="radio"/> 14 mo <input checked="" type="radio"/> 15 mo <input checked="" type="radio"/> 16 mo <input checked="" type="radio"/> 17 mo <input checked="" type="radio"/> 18 mo <input checked="" type="radio"/> 19 mo <input checked="" type="radio"/> 20 mo <input checked="" type="radio"/> 21 mo <input checked="" type="radio"/> 22 mo <input checked="" type="radio"/> 23 mo <input checked="" type="radio"/> 24 mo <input checked="" type="radio"/> 25 mo <input checked="" type="radio"/> 26 mo <input checked="" type="radio"/> </p>	

## History

~~SECRET~~

1st: Pd Reg, communication  
no letter Reg. Question  
regarding our course,  
especially on the  
character of the school -

Start	T	P	R	Fr
12:00	368	66		
13:00				192284
14:00				
15:00				

UNIDADE/SETOR:

**ALB HOFER**

Fabiana Kelly Roberts

3-1-1976

**PRESCRIÇÃO:**

○ ○ ○ ○ ○

**HORARIO:**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

**OBSERVAÇÕES:**

10

2018

114-3627

90 49 07 207

KBTL NA

3

[illegible]

50

10

12:00

100011

1	2	3	4	5	6	7	8	9	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

\_\_\_\_\_

1. Name

三

100

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Wendy

U-100

Figure 1

Her	I	p
-----	---	---

12:00

18-00

24:00

00175	00175
-------	-------





UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO
Nome do Paciente: <b>Feliana Kelly Batista Duarte</b>	<b>204</b>	<b>03</b>	<b>138 X 98</b>
Profissionais Responsáveis: <b>D. Manoel</b>			<b>34 X 63</b>
DATA/HORA:	PRESCRIÇÃO:	HORÁRIO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
<b>26/04/17</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <del>2) 250 mg</del></li> <li>2) <del>3) 250 mg</del></li> <li>3) <del>4) 250 mg</del></li> <li>4) <del>5) 250 mg</del></li> <li>5) <del>6) 250 mg</del></li> <li>6) <del>7) 250 mg</del></li> <li>7) <del>8) 250 mg</del></li> <li>8) <del>9) 250 mg</del></li> <li>9) <del>10) 250 mg</del></li> <li>10) <del>11) 250 mg</del></li> <li>11) <del>12) 250 mg</del></li> <li>12) <del>13) 250 mg</del></li> <li>13) <del>14) 250 mg</del></li> <li>14) <del>15) 250 mg</del></li> <li>15) <del>16) 250 mg</del></li> <li>16) <del>17) 250 mg</del></li> <li>17) <del>18) 250 mg</del></li> <li>18) <del>19) 250 mg</del></li> <li>19) <del>20) 250 mg</del></li> <li>20) <del>21) 250 mg</del></li> <li>21) <del>22) 250 mg</del></li> <li>22) <del>23) 250 mg</del></li> <li>23) <del>24) 250 mg</del></li> <li>24) <del>25) 250 mg</del></li> <li>25) <del>26) 250 mg</del></li> <li>26) <del>27) 250 mg</del></li> <li>27) <del>28) 250 mg</del></li> <li>28) <del>29) 250 mg</del></li> <li>29) <del>30) 250 mg</del></li> <li>30) <del>31) 250 mg</del></li> <li>31) <del>32) 250 mg</del></li> <li>32) <del>33) 250 mg</del></li> <li>33) <del>34) 250 mg</del></li> <li>34) <del>35) 250 mg</del></li> <li>35) <del>36) 250 mg</del></li> <li>36) <del>37) 250 mg</del></li> <li>37) <del>38) 250 mg</del></li> <li>38) <del>39) 250 mg</del></li> <li>39) <del>40) 250 mg</del></li> <li>40) <del>41) 250 mg</del></li> <li>41) <del>42) 250 mg</del></li> <li>42) <del>43) 250 mg</del></li> <li>43) <del>44) 250 mg</del></li> <li>44) <del>45) 250 mg</del></li> <li>45) <del>46) 250 mg</del></li> <li>46) <del>47) 250 mg</del></li> <li>47) <del>48) 250 mg</del></li> <li>48) <del>49) 250 mg</del></li> <li>49) <del>50) 250 mg</del></li> <li>50) <del>51) 250 mg</del></li> <li>51) <del>52) 250 mg</del></li> <li>52) <del>53) 250 mg</del></li> <li>53) <del>54) 250 mg</del></li> <li>54) <del>55) 250 mg</del></li> <li>55) <del>56) 250 mg</del></li> <li>56) <del>57) 250 mg</del></li> <li>57) <del>58) 250 mg</del></li> <li>58) <del>59) 250 mg</del></li> <li>59) <del>60) 250 mg</del></li> <li>60) <del>61) 250 mg</del></li> <li>61) <del>62) 250 mg</del></li> <li>62) <del>63) 250 mg</del></li> <li>63) <del>64) 250 mg</del></li> <li>64) <del>65) 250 mg</del></li> <li>65) <del>66) 250 mg</del></li> <li>66) <del>67) 250 mg</del></li> <li>67) <del>68) 250 mg</del></li> <li>68) <del>69) 250 mg</del></li> <li>69) <del>70) 250 mg</del></li> <li>70) <del>71) 250 mg</del></li> <li>71) <del>72) 250 mg</del></li> <li>72) <del>73) 250 mg</del></li> <li>73) <del>74) 250 mg</del></li> <li>74) <del>75) 250 mg</del></li> <li>75) <del>76) 250 mg</del></li> <li>76) <del>77) 250 mg</del></li> <li>77) <del>78) 250 mg</del></li> <li>78) <del>79) 250 mg</del></li> <li>79) <del>80) 250 mg</del></li> <li>80) <del>81) 250 mg</del></li> <li>81) <del>82) 250 mg</del></li> <li>82) <del>83) 250 mg</del></li> <li>83) <del>84) 250 mg</del></li> <li>84) <del>85) 250 mg</del></li> <li>85) <del>86) 250 mg</del></li> <li>86) <del>87) 250 mg</del></li> <li>87) <del>88) 250 mg</del></li> <li>88) <del>89) 250 mg</del></li> <li>89) <del>90) 250 mg</del></li> <li>90) <del>91) 250 mg</del></li> <li>91) <del>92) 250 mg</del></li> <li>92) <del>93) 250 mg</del></li> <li>93) <del>94) 250 mg</del></li> <li>94) <del>95) 250 mg</del></li> <li>95) <del>96) 250 mg</del></li> <li>96) <del>97) 250 mg</del></li> <li>97) <del>98) 250 mg</del></li> <li>98) <del>99) 250 mg</del></li> <li>99) <del>100) 250 mg</del></li> <li>100) <del>101) 250 mg</del></li> <li>101) <del>102) 250 mg</del></li> <li>102) <del>103) 250 mg</del></li> <li>103) <del>104) 250 mg</del></li> <li>104) <del>105) 250 mg</del></li> <li>105) <del>106) 250 mg</del></li> <li>106) <del>107) 250 mg</del></li> <li>107) <del>108) 250 mg</del></li> <li>108) <del>109) 250 mg</del></li> <li>109) <del>110) 250 mg</del></li> <li>110) <del>111) 250 mg</del></li> <li>111) <del>112) 250 mg</del></li> <li>112) <del>113) 250 mg</del></li> <li>113) <del>114) 250 mg</del></li> <li>114) <del>115) 250 mg</del></li> <li>115) <del>116) 250 mg</del></li> <li>116) <del>117) 250 mg</del></li> <li>117) <del>118) 250 mg</del></li> <li>118) <del>119) 250 mg</del></li> <li>119) <del>120) 250 mg</del></li> <li>120) <del>121) 250 mg</del></li> <li>121) <del>122) 250 mg</del></li> <li>122) <del>123) 250 mg</del></li> <li>123) <del>124) 250 mg</del></li> <li>124) <del>125) 250 mg</del></li> <li>125) <del>126) 250 mg</del></li> <li>126) <del>127) 250 mg</del></li> <li>127) <del>128) 250 mg</del></li> <li>128) <del>129) 250 mg</del></li> <li>129) <del>130) 250 mg</del></li> <li>130) <del>131) 250 mg</del></li> <li>131) <del>132) 250 mg</del></li> <li>132) <del>133) 250 mg</del></li> <li>133) <del>134) 250 mg</del></li> <li>134) <del>135) 250 mg</del></li> <li>135) <del>136) 250 mg</del></li> <li>136) <del>137) 250 mg</del></li> <li>137) <del>138) 250 mg</del></li> <li>138) <del>139) 250 mg</del></li> <li>139) <del>140) 250 mg</del></li> <li>140) <del>141) 250 mg</del></li> <li>141) <del>142) 250 mg</del></li> <li>142) <del>143) 250 mg</del></li> <li>143) <del>144) 250 mg</del></li> <li>144) <del>145) 250 mg</del></li> <li>145) <del>146) 250 mg</del></li> <li>146) <del>147) 250 mg</del></li> <li>147) <del>148) 250 mg</del></li> <li>148) <del>149) 250 mg</del></li> <li>149) <del>150) 250 mg</del></li> <li>150) <del>151) 250 mg</del></li> <li>151) <del>152) 250 mg</del></li> <li>152) <del>153) 250 mg</del></li> <li>153) <del>154) 250 mg</del></li> <li>154) <del>155) 250 mg</del></li> <li>155) <del>156) 250 mg</del></li> <li>156) <del>157) 250 mg</del></li> <li>157) <del>158) 250 mg</del></li> <li>158) <del>159) 250 mg</del></li> <li>159) <del>160) 250 mg</del></li> <li>160) <del>161) 250 mg</del></li> <li>161) <del>162) 250 mg</del></li> <li>162) <del>163) 250 mg</del></li> <li>163) <del>164) 250 mg</del></li> <li>164) <del>165) 250 mg</del></li> <li>165) <del>166) 250 mg</del></li> <li>166) <del>167) 250 mg</del></li> <li>167) <del>168) 250 mg</del></li> <li>168) <del>169) 250 mg</del></li> <li>169) <del>170) 250 mg&lt;/</del></li></ol>		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Beltrão, 464 - Boa Vista - RR

# Receituário

NOME:

Rafael Maria

O paciente, Fabiano Kelly Brito Neto,  
Vítima de acidente de moto (15/01/2017).  
Com fratura distal do fêmur do membro superior esquerdo  
e fratura de 2 dedos (anular e médio) da mão esquerda.  
Evoluiu com deformidade em extensão do 1º  
metacarpiano da mão esquerda devido ao trauma  
circunferencial no antebraço e no punho. E com  
30 dias de evolução em regime fraco para fratura;  
analisar o plano e o processo.  
Atualmente o dor local não apresenta  
excesso: Cefaleia, náusea, vômito e febre.  
Deformidade no membro superior esquerdo.  
Dor, inchaço e fratura do fêmur do membro superior esquerdo.  
Sintoma de fratura de mandíbula com deslocamento  
de corpo e de articulação.  
Receita de deformidade mandibular em extensão  
e fratura de 2 dedos da mão esquerda.

DATA: 25/01/2018

Ortopedista

J. Spili

Carlos Eduardo S. Gomes  
Ortopedia Trauma - Cirurgia  
Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



*Kelly Batista Duarte*

ASSINANTE DO TÍTULOS

CARTeira DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Celso Julio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 241994

NOME  
**FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/2018

FILIAÇÃO  
FLAVIO COSTA DUARTE  
SILVANA BATISTA DUARTE

NATURALIDADE  
BELEM - PA

EGC ORDEM  
CERTD NASC 11023 FLS ILEGT LIV 13

DATA DE NASCIMENTO  
25/09/1984

788.121.782-00  
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Ponto Particularizado do Projeto CND  
Chefe do RUC

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR