

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Gloria Cristina Martins Nogueira  
ESTADO CIVIL: Solteira  
RG nº: 406561 SP/RR  
CPF/MF nº: 020.751.232-92  
TELEFONE: (95) 39101-2920 E-MAIL: Glorianogueira90@gmail.com  
ENDEREÇO: Rua: Francisco Anacleto da Silva N° 1881  
Monada

**OUTORGADOS:** Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

**PODERES:** para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 10 / JANEIRO de 2020.

\* Gloria C. M. Nogueira.

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Glória Cristina Martins Nogueira  
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO AUTÔNOMA  
RG nº. 406561 589/88  
CPF/MF nº. 020.751.232-92  
ENDEREÇO: Rua: Francisco Aquilino da Silva Nº 1881  
Alvorada

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15.e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 10 / JANEIRO de 2020

x Glória Cristina m. Nogueira

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                             |  | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br><b>ESTADO DE RORAIMA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ                                                       |  | <b>REGISTRO GERAL</b> 406561-1<br><b>DATA DE EXPEDIÇÃO</b> 28/02/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <br>Polegar Direito<br><br><i>Glória Cristina Martins Nojosa</i><br>ASSINATURA DO TITULAR |  | <b>NOME</b><br><b>GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA</b><br><b>FILIAÇÃO</b><br>ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA<br>VANUZA CRISTINA MARTINS<br><b>NATURALIDADE</b><br>BOA VISTA - RR<br><b>DOC. ORIGEM</b><br>CERTD NASC 83751 FLS 146 LIV A-123<br>BOA VISTA-RR<br><b>CPF</b><br>020.751.232-92<br>2ª VIA<br><b>AMADEU ROCHA TRIANI</b><br>Perito Papiloscópico de Polícia Civil<br>Diretor do SOC<br>P7 |  |
| <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br><b>17/06/1995</b><br><b>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

26 SET. 2019





# RORAIMA ENERGIA S.A

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691  
CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 3608537  
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda  
Segunda Via  
VANUZA CRISTINA MARTINS  
R. FRANCISCO A SILVA, 1881

ALVORADA -  
CEP 69.317-286 - BOA VISTA - RR  
CPF 382.155.782-68 RG 106428 SSP RR 16-08-89  
Roteiro: 001.21.07.048300

Para contato com a empresa,  
informe este número

Código Único  
0064716-0

| Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares |                       |                    |                      |                   |              |              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------|--------------|----------------|
| Emissão                                                                                                                                     | Data Leitura Anterior | Data Leitura Atual | Data Próxima Leitura | Dias de Consumo   | Apresentação | Mês Faturado |                |
| 06/09/2019                                                                                                                                  | 09/08/2019            | 09/09/2019         | 09/10/2019           | 31                | 09/09/2019   | 09/2019      |                |
| Cod. Fat.                                                                                                                                   | Classe/Subclasse      | Ligação            | Poste                | Forma Faturamento | Motivo FD    | Número FD    |                |
| 1.1.1.2                                                                                                                                     | Residencial Normal    | Bifásica           | N 14 19 321          | Normal            |              |              |                |
| Consumo                                                                                                                                     | Medidor               | Leit. Atual        | Leit. Anterior       | Constante Fatur.  | NPL          | Cons. Medido | Cons. Faturado |
|                                                                                                                                             | 14EDB08449            | 31079              | 30637                | 1,00000           | 5            | 442          | 442            |

| Histórico | kWh | Composição da Tarifa | Itens Faturados                                  | Tar. sem Impostos | Valor  |
|-----------|-----|----------------------|--------------------------------------------------|-------------------|--------|
| 08/2019   | 396 |                      | Consumo 442 kWh a 0,766106                       | 0,634620          | 338,61 |
| 07/2019   | 412 | TE (*)               | Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)       |                   | 27,63  |
| 06/2019   | 348 |                      | Correcao Monetaria Da Il. Publica 05/19-00       |                   | 0,09   |
| 05/2019   | 540 | Encargos             | Correção Monetária Igpm 05/19-00                 |                   | 7,03   |
| 04/2019   | 589 | Tributos             | Multa Por Atraso De Il. Publica 05/19-00         |                   | 2,55   |
| 03/2019   | 587 |                      | Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 05/19-00 |                   | 0,87   |
| 02/2019   | 477 |                      | Multa Por Atraso 05/19-00                        |                   | 8,32   |
| 01/2019   | 491 |                      | Juros De Mora De Importe / Serviços 05/19-00     |                   | 12,90  |
| 12/2018   | 631 |                      |                                                  |                   |        |
| 11/2018   | 730 |                      |                                                  |                   |        |
| 10/2018   |     |                      |                                                  |                   |        |
| 09/2018   |     |                      |                                                  |                   |        |
| Média     |     | Pis - 0,07           |                                                  |                   |        |
| 12 meses  | 520 | Cofins - 0,47        |                                                  |                   |        |

| Indicadores de Continuidade: 07/2019       |               |           |            |            | Contas em Débito |    |            |        |         |    |            |        |
|--------------------------------------------|---------------|-----------|------------|------------|------------------|----|------------|--------|---------|----|------------|--------|
| Cj:                                        | 13 - DISTRITO |           | EUSD       | R\$ 135,17 | Mês/Ano          | FD | Vencimento | Valor  | Mês/Ano | FD | Vencimento | Valor  |
| Meta                                       | Mensal        | Realizado | Trimestral | Anual      | 08/2019          | 0  | 01/09/2019 | 369,41 | 07/2019 | 0  | 01/08/2019 | 381,60 |
| DIC                                        | 8,85          | 0,00      | 17,70      | 35,40      | 06/2019          | 0  | 01/07/2019 | 326,79 |         |    |            |        |
| FIC                                        | 8,46          | 0,00      | 16,92      | 33,84      |                  |    |            |        |         |    |            |        |
| DMIC                                       | 4,82          | 0,00      | 4,82       | 4,82       |                  |    |            |        |         |    |            |        |
| Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 1.077,80 |               |           |            |            |                  |    |            |        |         |    |            |        |

## NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensao Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 338,61 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 57,56

Reservado ao Fisco  
0269.76AA.5FC7.0583.F87C.B3D5.9E51.B9A3

Vencimento

Valor a Pagar

01/10/2019

R\$ 398,00



Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.  
Código para débito automático: 0064716-0

RORAIMA ENERGIA S.A

UC 00647160 Mês Faturado 09/2019 No. FD 00 TC 6

Vencimento 01/10/2019

Valor a Pagar R\$ 398,00

26 SET. 2019

83680000003 3 98000075000 3 00000000064 6 71600919006 8



| FAPAL/DOF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Este é sua Carteira de Trabalho e Previdência Social, emitida pelo Presidente da República, de acordo com a Lei nº 2.246 de 1954, alterada pela Lei nº 22.035 de 1974, e pela Lei nº 12.135 de 2009, regulamentada pelo Decreto nº 5452 de 01/05/2005, que instituiu a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>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.</p> <p>O conjunto de informações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qual você e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>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.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO<br/>FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: <a href="http://WWW.MTE.GOV.BR">WWW.MTE.GOV.BR</a></p> |                                                                                     |
| <p>162.67868.14-2</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
| 9769828                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0040 RR                                                                             |
| <p>Glória Cristina Martins Nogueira.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <p>ASSINATURA DO TITULAR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |



### 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. n° 879, de 12 de julho de 1993)<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |                                                                         |                                                                           |

### CARTEIRAS ANTERIORES

|                                                     |       |    |                 |
|-----------------------------------------------------|-------|----|-----------------|
| NUMERO                                              | SERIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
| 9349566                                             | 0030  | BA | 30/08/2012      |
| DATA DA ANOTAÇÃO                                    |       |    |                 |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR          |       |    |                 |
| Antônia Lima dos Santos<br>Agente Administrativo 50 |       |    |                 |
| NUMERO                                              | SERIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|                                                     |       |    |                 |
| DATA DA ANOTAÇÃO                                    |       |    |                 |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR          |       |    |                 |
| NUMERO                                              | SERIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|                                                     |       |    |                 |
| DATA DA ANOTAÇÃO                                    |       |    |                 |
| ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR          |       |    |                 |

06

### CONTRATO DE TRABALHO

|                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| EMPREGADOR                                    | Insc. Est.<br><b>24.025500-1</b>                          |
| CGC/CPF/CNPJ                                  | <b>Francisco Monteiro Barbosa - EPP</b>                   |
| ENDEREÇO                                      | Rua: José Atebo, 2657 - Asa Branca                        |
| MUNICÍPIO                                     | CEP: 69.312-272 BOA VISTA/RR                              |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO                       | <b>CNPJ: 84.025.279/0002-39</b>                           |
| CARGO                                         | Atendente de Padaria                                      |
| CBO N°                                        |                                                           |
| DATA DE ADMISSÃO                              | 11 DE Janeiro DE 2017                                     |
| REGISTRO N°                                   | 622                                                       |
| FLS. / FICHA                                  | 622                                                       |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA                      | R\$ 957,00 (Novecentos e Cinquenta e Sete Reais) por mês. |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA | Francisco Monteiro Barbosa<br>Titular                     |
| DATA DE SAÍDA                                 | 09 DE Junho DE 2017                                       |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA | Francisco Monteiro Barbosa<br>Titular                     |
| COM. DISPENSA CD N°                           |                                                           |
| FGTS N° DA CONTA:                             |                                                           |

07

**75.315.333/0179-31**

|                                               |                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| EMPREGADOR                                    | <b>Atacadão S.A</b>                              |
| CGC/CPF/CEI                                   | Av. Brasil n° 2516                               |
| ENDEREÇO                                      | Bairro: Centenário                               |
| MUNICÍPIO                                     | CEP: 69.312-600                                  |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO                       | Boa Vista Roraima                                |
| CARGO                                         | Operador de Caixa                                |
| CBO N°                                        |                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                              | 03 DE Outubro DE 2017                            |
| REGISTRO N°                                   | FLS. / FICHA                                     |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA                      | R\$ 957,00 (Novecentos e Cinquenta e Sete Reais) |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA | ATACADÃO SIA                                     |
| DATA DE SAÍDA                                 | 09 DE março DE 2018                              |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA | ATACADÃO SIA                                     |
| COM. DISPENSA CD N°                           |                                                  |
| FGTS N° DA CONTA:                             |                                                  |

08

### CONTRATO DE TRABALHO

|                                               |              |
|-----------------------------------------------|--------------|
| EMPREGADOR                                    |              |
| CGC/CPF/CEI                                   |              |
| ENDEREÇO                                      |              |
| MUNICÍPIO                                     | UF           |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO                       |              |
| CARGO                                         |              |
| CBO N°                                        |              |
| DATA DE ADMISSÃO                              | DE DE        |
| REGISTRO N°                                   | FLS. / FICHA |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA                      |              |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA |              |
| DATA DE SAÍDA                                 | DE DE        |
| ASS. DO EMPREGADOR OU A REGISTRO E TESTEMUNHA |              |
| COM. DISPENSA CD N°                           |              |
| FGTS N° DA CONTA:                             |              |

09

|                                    |                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIEPA ENTPE<br>CE<br>DO<br>NT<br>E | Descrição:                                                                                                                                                                |
|                                    | Nome do Receptor:                                                                                                                                                         |
|                                    | Função do Receptor:                                                                                                                                                       |
|                                    | Assinatura do Receptor:                                                                                                                                                   |
| TERMO DE<br>RECUSA                 | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:<br>Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ |

GESTANTE

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

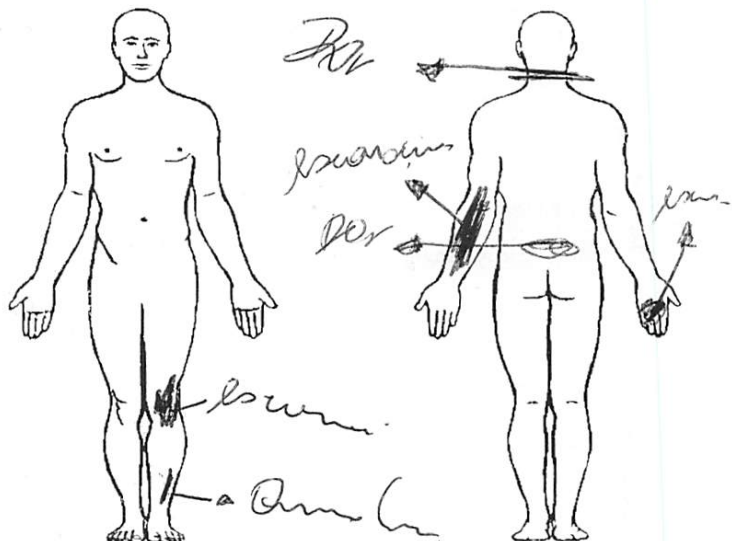
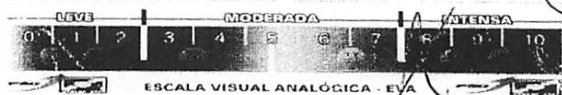
MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 gelado 22. 1 agulha.  
1 SFO, 91. 50w  
1 de punção  
1 de 10 ml

|    |                            |                               |          |
|----|----------------------------|-------------------------------|----------|
| 1. | Abertura Ocular (O)        | Espontânea                    | 4 pontos |
|    |                            | Estímulo verbal               | 3 pontos |
|    |                            | Estímulo doloroso             | 2 pontos |
|    |                            | Sem resposta                  | 1 ponto  |
| 2. | Melhor Resposta Motora (M) | Obedece a comandos            | 6 pontos |
|    |                            | Localiza dor                  | 5 pontos |
|    |                            | Flexão normal (retirada)      | 4 pontos |
|    |                            | Flexão anormal (decorticação) | 3 pontos |
|    |                            | Extensão (descerebração)      | 2 pontos |
|    |                            | Sem resposta (flacidez)       | 1 ponto  |
| 3. | Resposta Verbal (V)        | Orientado                     | 5 pontos |
|    |                            | Confuso                       | 4 pontos |
|    |                            | Palavras inapropriadas        | 3 pontos |
|    |                            | Sons incompreensíveis         | 2 pontos |
|    |                            | Sem resposta                  | 1 ponto  |

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente motoro X Animal (Gato)  
Incaracterizada ao lado, Leste, decubito Dorsal  
com capote, realizando massagem SAMU e  
analgesia e acionamento de ambulância ao GTU

26 SET. 2019

Mara Carvalho Maia  
Diretora Geral da Central de  
Regulação das Urgências Médicas  
CRUM/CGU/SESau



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE:

Paciente: Gloria Cristine Martins Idade: 23 Sexo: ☐ M ☒ F  
Nacionalidade: Brazileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia:  
Endereço: Rua Amanã - Jacatim  
Ponto de referência:

| CHAMADA                                                                                                                                                                                                                                                                | Nº da Ocorrência: <u>16.970</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DATA: <u>10.09.18</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACIONAMENTO: <u>11:02</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|-------|--------|---|----------|-----------|-----------|------------|----------|---|---|-----|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | Médico (a) Regulador (a): <u>Alison</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)                                                                                                                                                                                                              | MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Colisão X<br><input type="checkbox"/> Motorista<br><input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro<br><input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> Vitima projetada<br><input type="checkbox"/> Vitima encarcerada<br><input type="checkbox"/> Air Bag<br><b>MOTO/BICICLETA</b><br><input type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>Ampl</u><br><input type="checkbox"/> Queda de moto <u>Com capacete</u><br><input type="checkbox"/> Bicicleta <u>condutor</u><br><input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <u>passageiro</u> | <b>VIOLÊNCIA</b><br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Espancamento<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>OUTROS</b><br><input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho<br><input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto<br><input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.:<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstica<br><input type="checkbox"/> Queimadura Agente<br><input type="checkbox"/> Agressão p/ anim<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | AVALIAÇÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)                                                                                                                                                                                                                          | <b>Vias Aéreas</b><br><input type="checkbox"/> Apnéia<br><input type="checkbox"/> Bradpneia<br><input type="checkbox"/> Dispneia<br><input type="checkbox"/> Eupneico<br><input type="checkbox"/> Obstruída<br><input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa<br><input type="checkbox"/> Taquipnéia                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Ventilação</b><br><input type="checkbox"/> Abolida<br><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa<br><input type="checkbox"/> Hipertimpanismo<br><input type="checkbox"/> M.V. Ausente<br><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído<br><input type="checkbox"/> Maciez                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Circulação</b><br><input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s<br><input type="checkbox"/> Taquicardia                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Aval. Neurológica</b><br><input type="checkbox"/> AVDN<br><input type="checkbox"/> DNV<br><input type="checkbox"/> Miose<br><input type="checkbox"/> Midriase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria<br><input type="checkbox"/> Alcoolizado                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O<sub>2</sub> %</th> <th>Temp. °C</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td><u>37</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>9</u></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | P.A mm/hg                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | F.C bpm              | F.R Mpm    | Sat O <sub>2</sub> %        | Temp. °C | Esc. visual anal. EVA "DOR" | Glicemia | APGAR | Início | : | <u>1</u> | <u>37</u> | <u>18</u> | <u>100</u> | <u>9</u> | - | - | Fim | : | <u>1</u> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                   | P.A mm/hg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | F.C bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | F.R Mpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sat O <sub>2</sub> % | Temp. °C   | Esc. visual anal. EVA "DOR" | Glicemia | APGAR                       |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Início                                                                                                                                                                                                                                                                 | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <u>1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>37</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <u>18</u>            | <u>100</u> | <u>9</u>                    | -        | -                           |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fim                                                                                                                                                                                                                                                                    | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <u>1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pele</b><br><input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Corada<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca | <b>Cabeça</b><br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Fer. Penetrante<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Laceração                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Face</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Ferimento<br><input type="checkbox"/> Hematoma ocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Pescoço</b><br><input type="checkbox"/> Desvio da traquéia<br><input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input checked="" type="checkbox"/> Dor                                        |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tórax</b><br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Resp. paradoxal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> Tórax Instável                                            | <b>Abdome</b><br><input type="checkbox"/> Distendido<br><input type="checkbox"/> Doloroso<br><input type="checkbox"/> Em tabua<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Evisceração<br><input type="checkbox"/> Lacerações                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pelve</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input checked="" type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Instabilidade                                                                              | <b>Coluna Dorsal</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa<br><input type="checkbox"/> Deformidade                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Membros</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Luxações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Esmagamento<br><input type="checkbox"/> Avulsão                                                                                                                                                                   |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO CARDÍACA                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AFECÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Filuter                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial<br><input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular<br><input type="checkbox"/> Assistolia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Cardiovascular<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Respiratória                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Aborto<br><input type="checkbox"/> Digestiva<br><input type="checkbox"/> Infeciosa<br><input type="checkbox"/> Obstétrica<br><input type="checkbox"/> Pediátrica                                                                                                                            |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HISTÓRIA PEGRESSA                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Medicações em uso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Alergias<br><input type="checkbox"/> Cardiopatia<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input type="checkbox"/> Sequela AVC                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                              | MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local<br><input type="checkbox"/> Trote                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento<br><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização<br><input type="checkbox"/> Bombeiro no local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Polícia Militar<br><input type="checkbox"/> SMTRAN<br><input type="checkbox"/> PRF                                                                                                                                                                                                          |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RCP                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Iniciada as: : <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado<br><input type="checkbox"/> Término as: : <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESTINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Atendido no local<br><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT<br><input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PRCS<br><input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSCA<br><input type="checkbox"/> HMINSN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br><input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                           |                      |            |                             |          |                             |          |       |        |   |          |           |           |            |          |   |   |     |   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |

26 SET. 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro  
(Unidade de Destino)

Marcio Freire  
Médico  
SAMU 192

CONFERE COM O ORIGINAL  
Mara Carvalho Maia  
Diretora Geral da Central de  
Regulação das Urgências Médicas  
CRU/MG/SES/SAU

...: Guia de Atendimento 02 ...

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



Wp  
Lixo  
Dra

|                                                   |  |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 1801006882                                        |  | 10/09/2018 11:43:16                                                                     |  | FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                        |  | TRAUMATOLOGIA                                     |  | DIURNO 07-19                                                                                                                                                              |  | 17                                 |  |
| Paciente<br><b>GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA</b> |  |                                                                                         |  | Data Nascimento<br><b>17/06/1995</b>                                                                                                                                                                                        |  | Idade<br><b>23 A 2 M 23 D</b>                     |  | CNS<br><b>898002774120812</b>                                                                                                                                             |  | CPF<br><b>02075123292</b>          |  |
| Tipo Doc<br><b>IDENTIDADE</b>                     |  | Documento<br><b>4065611</b>                                                             |  | Órgão Emissor<br><b>SSP/RR</b>                                                                                                                                                                                              |  | Data Emissão<br><b>04/03/2010</b>                 |  | Sexo<br><b>F</b>                                                                                                                                                          |  | Estado Civil<br><b>SOLTEIRO(A)</b> |  |
| Mãe<br><b>VANUZA CRISTINA MARTINS</b>             |  | Endereço<br><b>RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1881 - ALVORADA - BOA VISTA - RR</b> |  | Pai<br><b>ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA</b>                                                                                                                                                                                 |  | Naturalidade<br><b>BOA VISTA - RR</b>             |  | Contato<br><b>(95) 99121-2920</b>                                                                                                                                         |  | Nacionalidade<br><b>BRASILEIRA</b> |  |
| Class. de Risco                                   |  |                                                                                         |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                       |  | N° da Carteira                                    |  | Validade                                                                                                                                                                  |  | Autorização                        |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>  |  |                                                                                         |  | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                   |  | Profissional do Atend.                            |  | Procedência                                                                                                                                                               |  | Temp.                              |  |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                     |  |                                                                                         |  | Tipo de Chegada<br><b>SAMU CAPITAL</b>                                                                                                                                                                                      |  | Procedimento Sol.                                 |  | Peso                                                                                                                                                                      |  | Pressão                            |  |
| Queixa Principal                                  |  |                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório |  | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                                                                                               |  | Sis Prenatal                       |  |
| Anamnese de Enfermagem                            |  |                                                                                         |  | GSC                                                                                                                                                                                                                         |  | TOTAL                                             |  | AO: 1 2 3 4                                                                                                                                                               |  | RV: 1 2 3 4 5                      |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)        |  |                                                                                         |  | MRV: 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                                                                                            |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
| Exame Físico                                      |  |                                                                                         |  | Vítima de acidente de moto<br>cl. dor no queixo e punho (P)                                                                                                                                                                 |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
| Hipótese Diagnóstica                              |  |                                                                                         |  | x infect                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
| SADT - Exames Complementares                      |  |                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> RAIO-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                                                                                                                                                                |  |                                    |  |
| 1) Dipirone 1g (6) 12/00                          |  |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
| 2) Paracetamol 400mg (6)                          |  |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   |  |                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |
| Conduta                                           |  |                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input type="checkbox"/> Transferência para:                                       |  |                                                   |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ |  |                                    |  |
| 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: daniel.viana  
Data Hora: 10/09/2018 11:44:34

26 SET. 2019

Márcio Freire  
Médico  
CRM/RR 1613



1801006882

Osteopatia Dr. Marcio

paciente portadora de lesão  
de nível de mobilização de  
torção em coluna + T12 (C).

po torção 1200 mm.

24 d T12 (C) em unidos lateral  
pressão no T12 constricção.

cm: mobilização + dor de costas  
+ osteopatia + Acup. punção.

Retorno ao T12 para  
análise.

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



26 SET. 2019

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 531/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 28/09/2018.**

**COMUNICANTE: GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA**

**RG: 406561-1 EXP.: SSP/RR CPF: 020.751.232-92**

**ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ANACLETO DASILVA, Nº. 1881 - BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA - RR**

**SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AUTÔNOMA**

**NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR**

**DATA DE NASCIMENTO: 17/06/1995**

**IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENS. SUPERIOR INCOMP.**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99121- 2920 Nº REG. CNH:**

**NOME DO PAI: ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA**

**NOME DA MÃE: VANUSA CRISTINA MARTINS**

O comunicante que não é habilitada, informa que dirigia MOTOCICLETA HONDA BIS 110I, placa NAS 0903, RENAVAN 01148311790, CHASSI 9C2JC7000JR007549 de propriedade de VANUSA CRISTINA MARTINS, pela Rua aruanã, Bairro Psicultura, no dia 10.09.2018, por volta das 10:40 hs, quando veio a colidir em um GATO que se encontrava no meio da via, fazendo com que perdesse o controle do veículo vindo a mesma a cair, sofrendo escoriações pelo corpo, inclusive com fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi conduzida ao trauma do HGR pelo SAMU para atendimento médico. Segundo a comunicante este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.**

**CARLOS REGES CUNHA  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL**

Mat. Nº 042000372

*Glória Cristina Martins Nojosa.*  
**GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA  
COMUNICANTE**

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

**CONFERIDOR**

**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO**  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista – Roraima – Brasil

**26 SET. 2019**



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

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190554430

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/09/2018, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14845945