



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

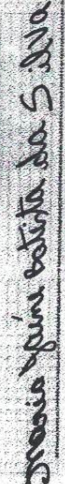
Outorgante:: MARIA JAINE BATISTA DA SILVA, ID Nº 391203-5 SSP/RR , CPF Nº 017.088.882-76, brasileira, casada, do lar, residente na Rua: Rio Quino nº 124 , Bairro: Prof: Aracelis Souto Maior, CEP: 69.315-022, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 98105-0546/ 99145-6728, smariajaine@gmail.com. Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 14 de maio de 2019.



MARIA JAINE BATISTA DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
		REGISTRO GERAL	391203-5
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		DATA DE EXPEDIÇÃO	24/01/2019
		NOME	MARIA JAÍNE BATISTA DA SILVA
		FILIAÇÃO	JEOVANILDO FLORENTINO DE OLIVEIRA
Polegar Direito		NATURALIDADE	MARIA DO AMPARO VIEIRA BATISTA
		MUCUMAL - RR	
ASSINATURA DO TITULAR		DOC. ORI/REM	CERTO CAS 13077 FLS 272 LV B-43
CARTEIRA DE IDENTIDADE		1º OF BOA VISTA - RR	
		017.088.882-76	
		2ª VIA	
		DATA DE NASCIMENTO	11/11/1994
		AMADILU ROCHA TRIANI	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

PROIBIDO PLASTIFICAR



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centr. - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato conosco informe este número

SEU CODIGO
 0077033-7

Nº da Nota Fiscal 002714457

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	06/05/2019	249	226,75

MARIA DO AMPARO VIEIRA BATISTA
 R. RIO QUINO 124 PROF ARACELI S MAIOR
 CPF: 00016083437822
 CEP: 69.315-022 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.10.054080

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	33877	Atual:	16/04/2019
Anterior:	33628	Anterior:	16/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	17/05/2019
Consumo Medido:	249	Emissão:	15/04/2019
Consumo Faturado:	249	Apresentação:	16/04/2019
NORMA FCAH			

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	2107056	1502344	1.1.1.1	240

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAR/19 195	249 A R\$ 0,790945 =	196,94
FEV/19 175		29,81
JAN/19 181		
DEZ/18 176		
NOV/18 216		
OUT/18 294		
SET/18 243		
AGO/18 246		
JUL/18 268		
JUN/18 263		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 249 - R\$ 6,34620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
 LIGUE 0800919120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Parabéns! Até o dia 15/04/2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa unidade consumidora.

RESERVADO AO FISCO C320.440F.D700.BB12.2C11.FF70.144A.47E7

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	48,92	Base de Cálculo:	196,94
Energia:	103,73	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	33,47
Encargos:	5,38	Valor do PIS:	0,95
Tributos:	38,91	Valor do COFINS:	4,49

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,65			12,00			0,37



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

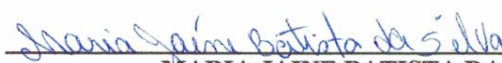
3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **MARIA JAINE BATISTA DA SILVA**, ID Nº 391203-5 SSP/RR , CPF Nº 017.088.882-76, brasileira, casada, do lar, residente na Rua: Rio Quino nº 124 , Bairro: Prof: Aracelis Souto Maior, CEP: 69.315-022, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 98105-0546/ 99145-6728, smariajaine@gmail.com. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 14 de maio de 2019.



MARIA JAINE BATISTA DA SILVA

**PMRR – CIPTUR**

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809219

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIP-01	CIPTUR	25/07/18	LESTE	08:05	09:04	09:04	10:45
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/ 1003	13023/13999	XXXXXX	16207	16225			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av./ CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR Nº XXXX Bairro: CARANÃ Ref: CRUZAMENTO
MACEDO/RUA HITLER DE LUCENA

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: KAREM SUSAN DIAS GUERREIRO	Idade: 31	E. Civil: CASADO
Endereço:	RUA FACULDADE CATEDRAL	Nº 582	Bairro: CIDADE SATÉLITE
RG:	4242564-SSP/RR	CNH: 05741149094	Profissão: SECRETÁRIA
CPF:	347.991.268.-06	Telefone: 981287804	
2 ENVOLVIDO	Nome: WENDER RODRIGUES DA SILVA OLIVEIRA	Idade: 22	E. Civil: XXXX
Endereço:	RUA RIO QUINO	Nº 124	Bairro: PROF. ARACELIS S. MAIOR
RG:	414916-5-SSP/RR	CNH: NÃO POSSUI	Profissão: SERVIÇOS GERAIS
CPF:	021.297.052-60	Telefone: 981038019	
3 PASSAGEIRA	Nome: MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA	Idade: 23	E. Civil: XXXXXX
Endereço:	RUA RIO QUINO	Nº 124	Bairro: PROF. ARACELIS S. MAIOR
RG:	NÃO PORTAVA	CNH: XXXXXXXXXX	Profissão: NÃO INFIRMADO
CPF:	NÃO INFORMADO	Telefone: XXXXXXXXXX	

VEICULOS ENVOLVIDOS.

V-01>FIAT/STRADA DE COR PRATA E PLACA NAR-7808, (DANOS APARENTE: PORTA ESQUERDA, RETROVISOR ESQUERDO, LATARIA LADO ESQUERDO COM AVARIAS)

V-02> HONDA/ BIZ DE COR VERMELHA E PLACA NAI-4518.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: NÃO HOLVE CONDUZIDOS OU MATERIAIS APREENDIDOS.

ASSINATURA

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

CARGO

HISTÓRICO

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 21/03/19

LOCAL

DAT as
15:00.

SENHOR DELEGADO (a)

INFORMO QUE ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL FOI INFORMADO PELOS ENVOLVIDOS QUE O VEICULO FIAT/STRADA DE COR PRATA E PLACA NAR-7808, SEGUIA NA AVENIDA CABO PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR MACÊDO SENTIDO>RUA SD PM DJANGO DA SILVA CONDUZIDO PELA RELACIONADA NO ITEM 01 DESTA ROP, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA HITLER DE LUCENA, ENVOLVEU-SE EM COLISÃO COM A MOTONETA HONDA/ BIZ DE COR VERMELHA E PLACA NAI-4518 QUE SEGUIA NA REFERIDA RUA SENTIDO RUA SD PM WILSON PAULINO DA SILVA CONDUZIDA PELO ITEM 02, QUE TRANSPORTAVA A ITEM 03 COMO PASSAGEIRO.

INFORMO AINDA QUE O CONDUTOR DA MOTONETA (ITEM02) NÃO POSSUI CNH, PPD OU ACC, QUE O MESMO FOI REMOVIDO AO PSE JUNTAMENTE COM A ITEM 03 PELA EQUIPE DO SAMU, MOTIVO PELO QUAL O MESMO NÃO FOI CONDUZIDO À DPC. A PERICIA NÃO FOI ACIONADO DEVIDO O LOCAL NÃO TER SIDO PRESERVADO. QUE FORAM REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS REFERENTES A INFRAÇÕES DA TRANSITO. O VEICULO-01 FOI LIBERADO NO LOCAL A CONDUTORA ITEM 01, A MOTONETA FICOU SOB OS CUIDADOS DO SENHOR JOSIAS FONSECA LICATA DE RG Nº 88469-SSP/RR.

INFORMO TAMBEM QUE NA RUA HITLER DE LUCENA EXISTE SINALIZAÇÃO VERTICAL (PLACA DE PARE) E TAMBEM SINALIZAÇÃO HORIZONTAL NA VIA EXATAMENTE NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA CABO PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR MACEDO.

DIANTE DO OCORRIDO FOI CONFECCIONADO ESTE RELATÓRIO PARA CONHECIMENTO.
ERA O QUE TINHA A RELATAR.

ANTÔNIO R. VICENTE DA SILVA

40721-6

40721-6

CIPTUR

Nome

Matrícula

Posto/Grad

Und

Assinatura

SAMU 102-3V
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 15/03/19
Stephanie
F. 1

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

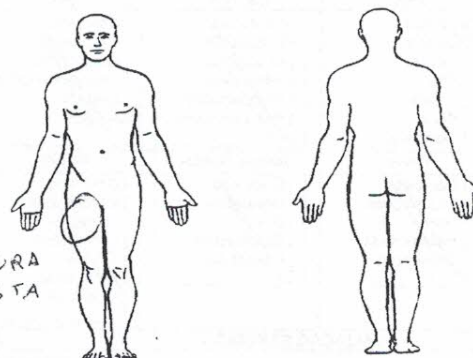
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
1. Cílios abertos previamente a estimulação	Espontânea	4
2. Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
3. Abertura ocular após estimulação da extremidade dos pés	A Pressão	2
4. Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
5. Cílios fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
1. Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
2. Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
3. Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
4. Apenas gemidos	Sons	2
5. Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
6. Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
1. Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
2. Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
3. Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
4. Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
5. Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
6. Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
7. Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT

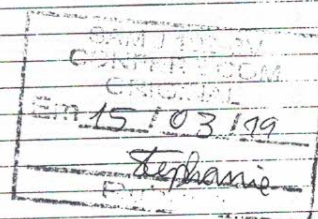


Encontro duas vítimas no local. Vítima 01: fratura exposta de fêmur direito, sem outras lesões. Vítima 02: dor em FID de abdômen e pulso (patina?), sem outras lesões. Realizada imobilização da coluna vertebral da vítima 01, com colar cervical Headlock e prancha rígida e imobilização de fêmur. Administrada Dipirona 2g + Talatol 40g via AVF. Conduzida ao AT/HGR, sem encaminhamento. Vítima 02 removida pela Brava 02.

ROGER CALGEE
CAM RR 1483

Realizado Protocolo de Trauma. Imobilização de fêmur. Acuso verificação, administração de 2g de Dipirona e 40mg de Talatol. Agende saída vital, encaminhado ao AT.

Maximiliano Barros
COREN RR 3896
Enfermeiro



ASSINATURA E CARIMBO

168.6

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



1800986251	25/07/2018 09:55:33	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA		11/11/1994	23 A 8 M 14 D	709503659743570	01708888276
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	3912035	SSPRR	03/04/2009	F	CASADO(A)
Mãe	MARIA DO AMPARO VIEIRA BATISTA		Raça/Cor		Naturalidade
Endereço		Pai		Contato	
RUA - RIO QUINQ - 1061 - ARACELES - BOA VISTA - RR		JEOVANDO FLORENTINO DE OLIVEIR		(95) 98103-8019	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento		Procedência	Temp.
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Procedimento Sol.	Peso
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		Pressão	
Queixa Principal		Sintoma			
Queixa de acidente de moto.		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
História de Enfermagem		GSC		TOTAL	
Recorte trazido pelo SAMU.		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)					
pós acidente de moto.					
dor de e osteo de, estável hemodinâmica					
Exame Físico					
AR. MURSIRA AB. c/hipo. se queixo cervical					
MMII desvio MID - tr femur					
Hipótese Diagnóstica					
Fratura femur?		Fratura feir de			
SADT - Exames Complementares					
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1 - IPP, 9x 1000mg (V).					
2 - Rx femur + torax					
Conduta					
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório			
☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)			
☐ Alta a Revelia		☐ Internação			
☒ Transferência para: Ontopédia		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito					
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: daniel.viana					
Data Hora: 25/07/2018 09:57:20					
1800986251					

Data: 10/08

A



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: H 5h

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: N/

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: MARIA TAIKE BATISTA R. OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 101950365947435710

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/01/94

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria do Amparo Vieira Batista

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): Rua Rio Quiera 124, Itaculim

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boca Vista

6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 165910

9 - SEXO:

11 - TELEFONE DE CONTATO (N.º DO TELEFONE):

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Su he acidente, queda de e debilidade com diurese + vômito antilom.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Clinica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): R. Lom d.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Enxema Penon nionu

21 - CID 10 PRINCIPAL: 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TUACAO VIOLETA NCI

26 - CLÍNICA: Clinica

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Unconv

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Teia A Lora Agem

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF: 5115513612711

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/07/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM-RR-556

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - N.º DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF:

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 25/07/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019 - T068

5723

5771

5728

ata 2.8 Arquivo 0308050098



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25.07.18 O.S. _____

MARIA JAIRES
BATISTA L. OLIVEIRA



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA FÊMUR II

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Traco externo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O Lado

CIRURGIÃO: Dr. Sen 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Local

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Paciente no leito
- Anestesia contralateral
- Anestesia local 1/2 cup. per.
- Colocou o pino 17cm e 3.0 -
- Fechou KIC
- Curativo

Dr. Jesus de Lopez Aguirre
CRM RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

25^a

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maria Jaine Batista de Oliveira			25/10/17

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Tracção Transesqueletica de		
femur "D"	INICIO	FIM
	16:20	16:45
		TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	

TIPO DE ANESTESIA:	CIRCULANTE
bocal	Hilma
	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
2	SERINGA 10ML				
	SERINGA 20ML				
10	Atadura de crepom		1	hidrocortona 27.20 ml	

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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Sole acidente, apertada de e manter por causa do caso de acidente							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Clínica							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Pr. Leitura de							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
Exatidão PLATIFRÂNICA - Ressonância							
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
OPTO PATENTE Ressonância							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					

0408050549
5723
✓299

2.8 a 9.8



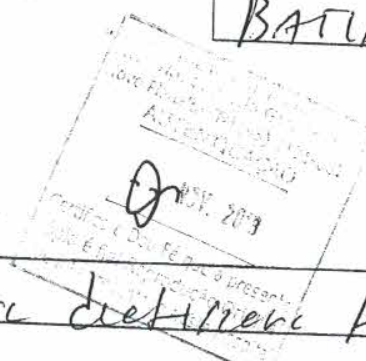
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 02.06.18 O.S. _____

MANA BATISTA
BATISTA M OLIVEIRA



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal do fêmur L

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

MO DE INTERVENÇÃO: osteossíntese fêmur L

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 hernia

CIRURGIÃO: Dr. Ileana 1º AUXILIAR: Dr. C. E. Araújo

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: RAPID

ANESTESISTAS: Dr. Fabiano ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado
- Abordagem anteroposterior
- Campos estendidos
- Incisão lateral de 10cm com 1cm de profundidade
- Redução e fixação com placa de 10cm e 2 parafusos
- Fixação
- Medicação

Dr. Jesus A. Lopes
CRM RR 463

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Mônica Jane Batista de Oliveira

02/08/13

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Veronal 100mg Sot. S. fot. 1000
hidrogel 5mg

Nº

Boa Vista - RR

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
02															

LIQUÍDOS VENOSOS	DA	X	ULSO	ANES	OP	TEMP	ASPIR.	A	RESP	Expon	Asesi	Contro
	240											
	220											
	200											
	180											
	160											
	140											
	120											
	100											
	80											
	60											
	40											
	20											

GENES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
<i>Veronal 100mg</i>	<i>100mg</i>	<i>Sot. S. fot. 1000</i>	<i>mon. de diáfragma</i>
<i>hidrogel 5mg</i>	<i>5mg</i>	<i>2 mon. de diáfragma</i>	<i>3. Flange de Veronal com 100mg de USG + Jela 20 + 15ml Bupivacaína 0.5%.</i>
GLICOSE	LIQUÍDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	<i>Ant. ss. de região lomb. com alceator + compen + infiltração + punção lombar (multiplac. nome diário) 156 de Quinter</i>
NDCO		Naso / Orotraqueal - Caga	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
<i>Dr. Alberto F. M. Herrera</i>		<i>Dr. Jesus / Dr. Carlos H</i>	

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

liqu. cloro verde tenso
3. Injeção de Bupivacaína 10
Flange de Sot. S. fot. 1000
3. Flange de Sot. S. fot. 1000

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Sala 04

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		23a.	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maria Jaine Batista de Oliveira		116-3			02/108/1
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese Fratura de Fêmur "D."		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		11:40	12:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Carlos Henrique		ANESTESISTA:	Dr. Fabiano	
1ª AUXILIAR	Dr. Jesus		RES. ANESTESIA:	Ri Emanuel	
2ª AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Yank	
			CIRCULANTE	Kelly / Adenilton	
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de Plexo Femoral + Raqui			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VA
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYL Nº 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº Ataduna			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº		☐	FIO SEDAN Nº Coarinhapl antepsia	
☐	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Cotin. Az	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATAFATA Nº	
☐	SERINGA 10ML Equipe mano		150ml	GEOFOAM Alcool 40%	
☐	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☒	Elitredes		100ml	OUTROS: Tópicos	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
Yank.		Suelen Silene Breno	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Kelly / Adenilton	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopédia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese Fratura de Fêmur "D"

Data: 02/08/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Maria Jaine Batista de Oliveira

Idade 23 a

Bloco: A Enfermaria 116 Leito: 03

Caixa: Grandes Fragmentos

Nº _____

Circulante: Kelly, Adenilton

Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

- 1 Placa. longa 09 furos
- 1 Parafuso cortical 26 mm
- 1 Parafuso Cortical 56 mm
- 1 Parafuso Cortical 55 mm


Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: MARIA JAIRNE BATISTA R OLIVEIRA

LAUDO MEDICO

Paciente que sofreu acidente
o dia 25/07/18, apresentando fratura
distal do úmero, colo e condilo do

fêmur direito. operado no

UON. CIP. S72.0

Tempo aproximado de
evolução da lesão atualizada
é de 8(oito) meses!

DATA 03/08/18

Dr. Jesus da Lopez Aguiar
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO



Declaração Fisioterapêutica.

Declaro para os devidos fins, que a paciente Maria Jane Batista de Oliveira CPF 017.088.882-76 com diagnóstico médico fratura diafise, colo e condilo do fêmur e fratura de Joelho, encontra-se em tratamento fisioterapêutico desde 28/07/2018 sendo realizada todas as dias "segunda à sexta", sem previsão de alta.

Solicito que a paciente não realize esforço físico durante o tratamento.

Sem mais, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Suellen N. Costa
Fisioterapeuta
CREFITO 163323-F



MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

10/8/2018 13:57:07

99,4 %



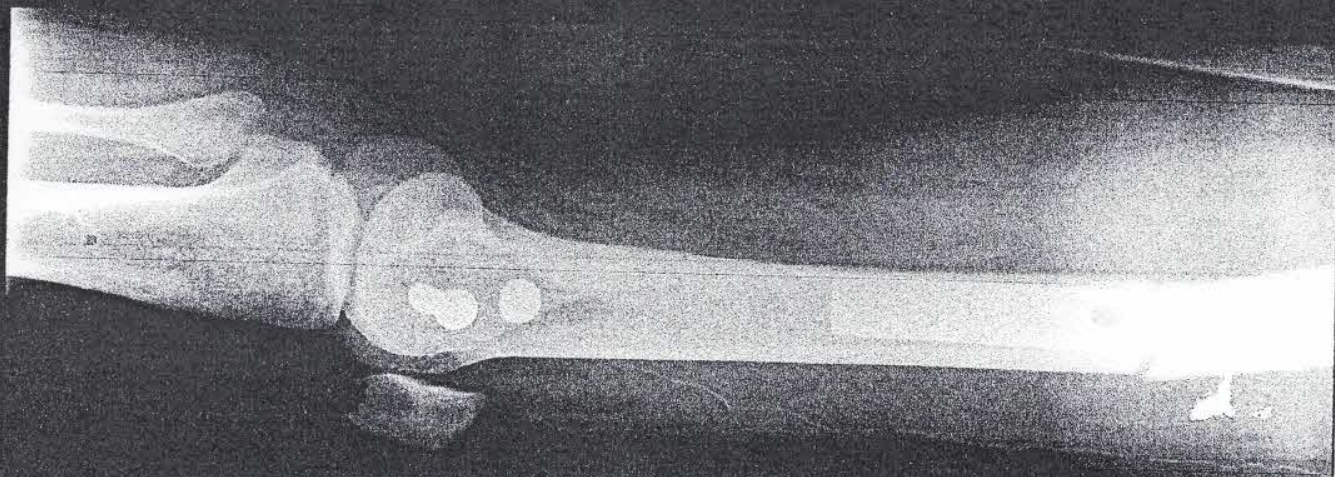
ARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

SPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

10/8/2018 13:57:07

58.0 %



42.6 %

10/8/2018 13:57:07

MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

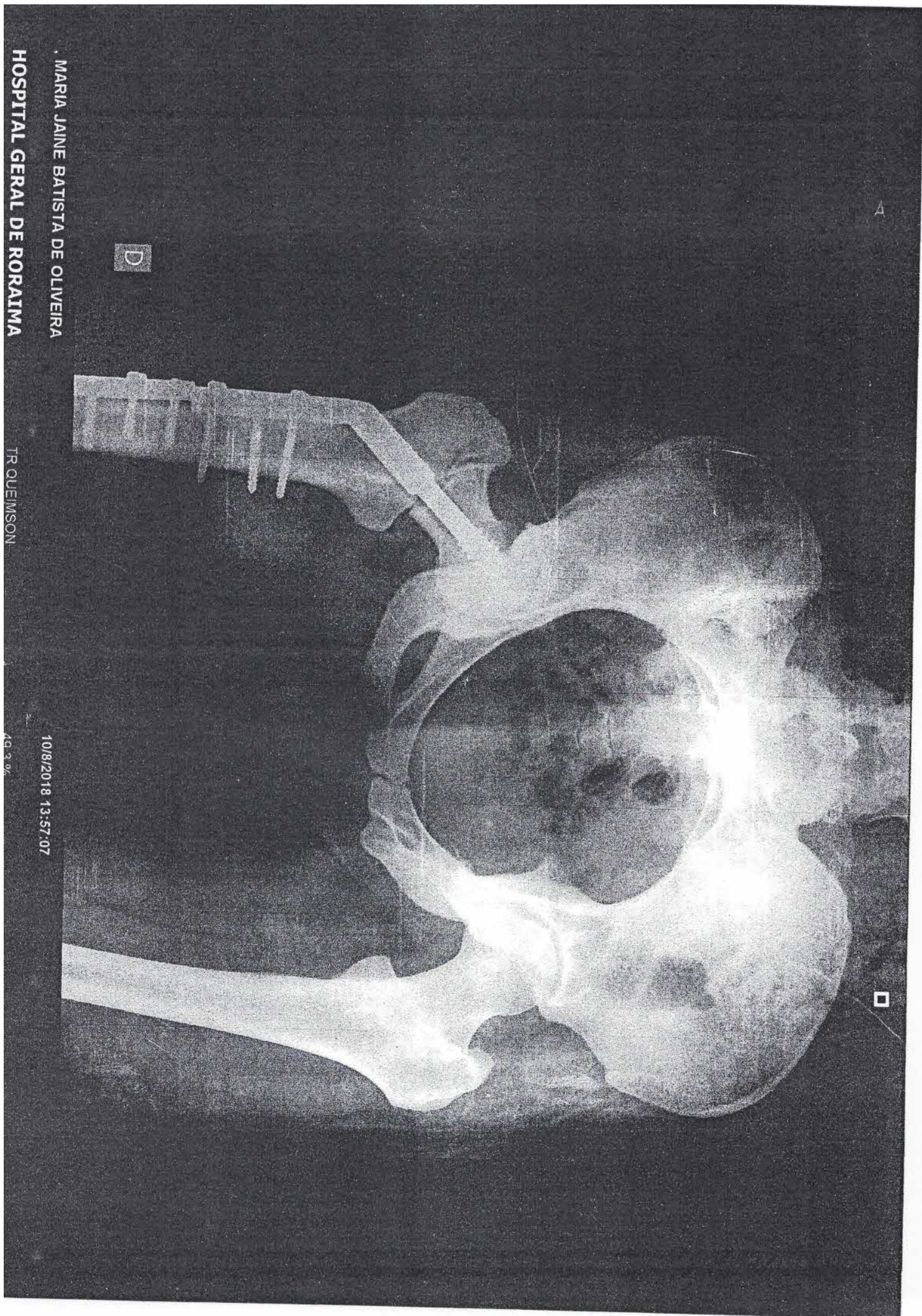
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

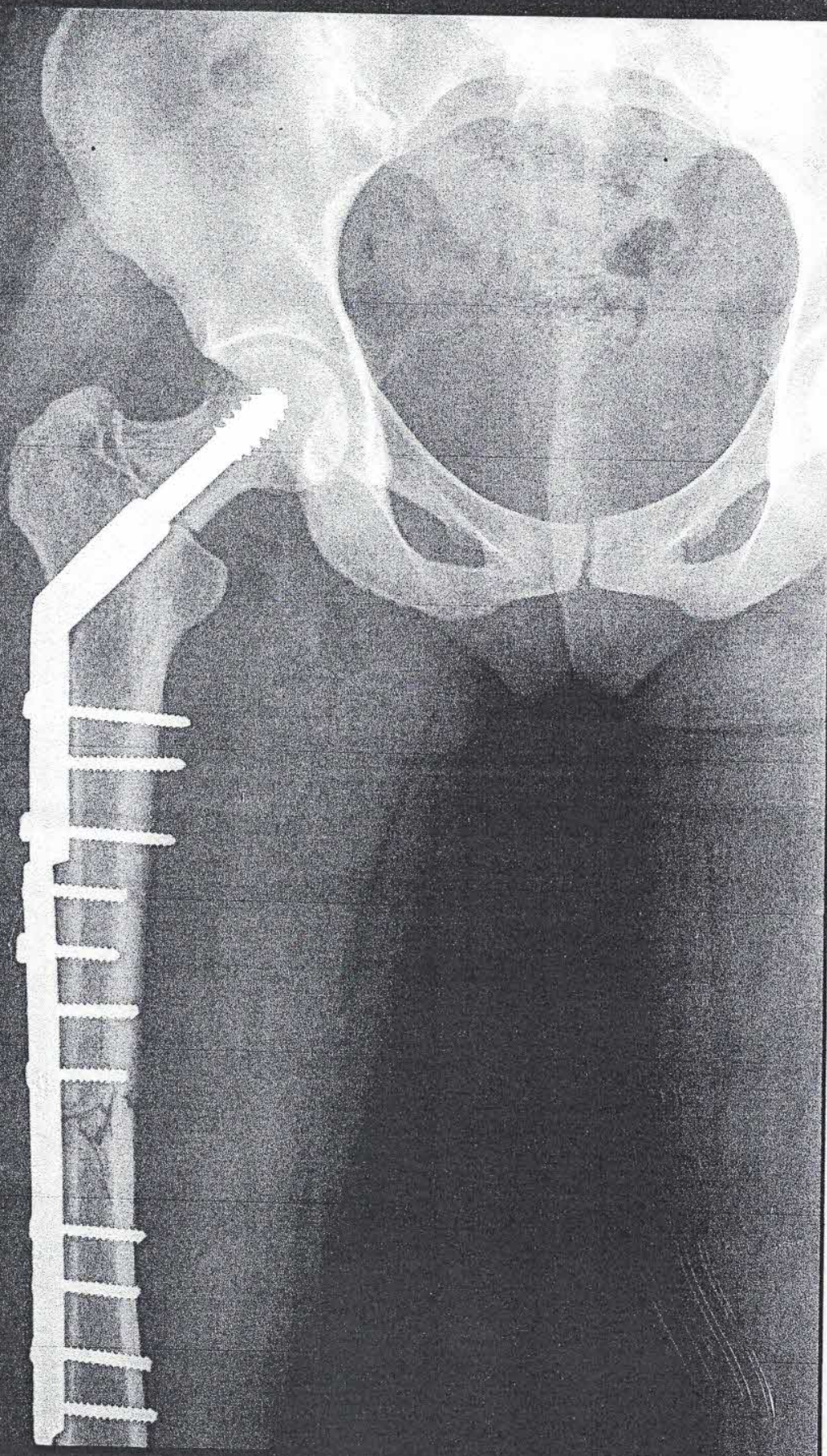


67.7 %

10/8/2018 13:57:07



D

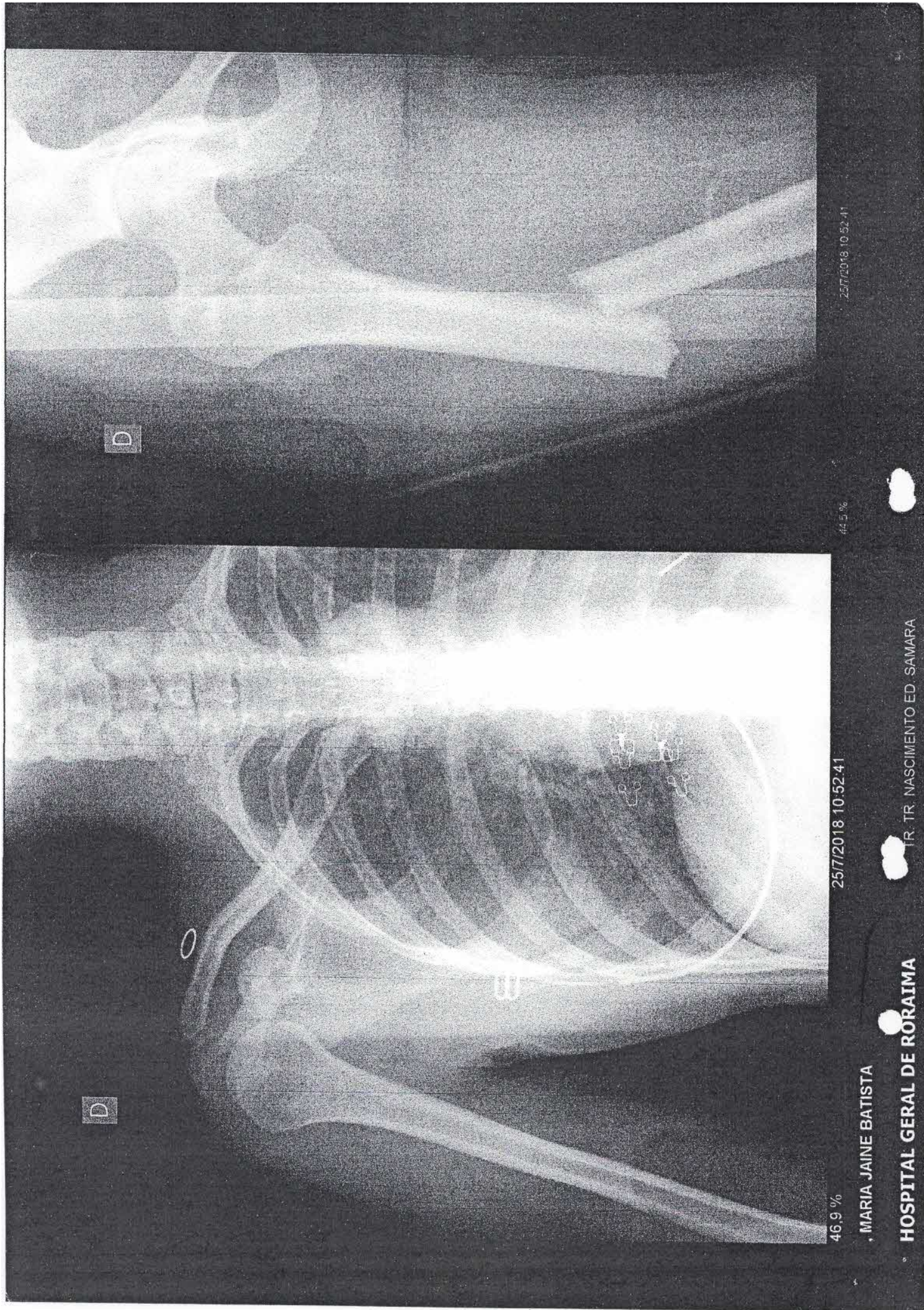


MARIA JAPIM

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

3/9/2018 20:36:52

53.7 %

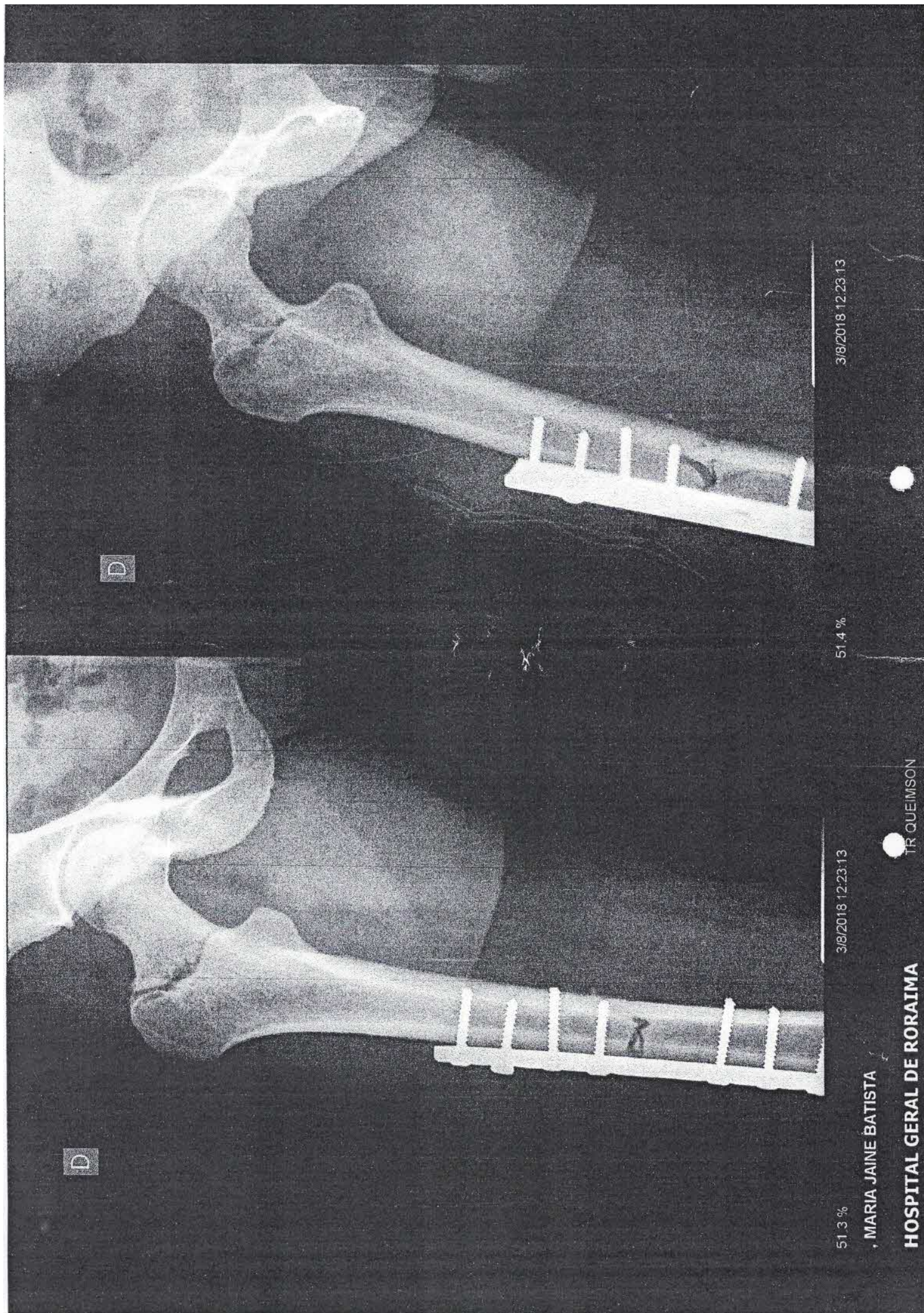


MARIA JAINE BATISTA

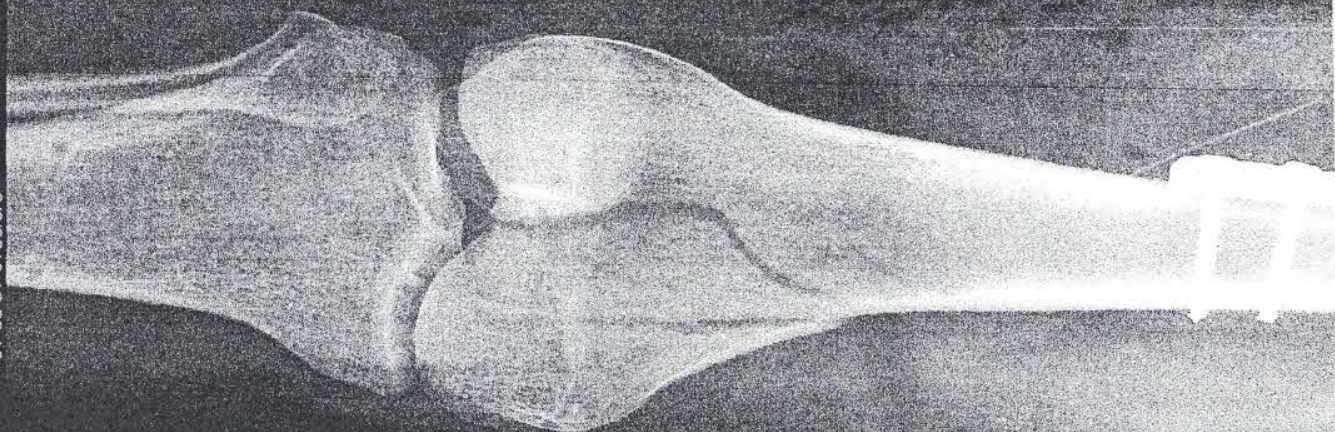
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. TR. NASCIMENTO ED. SAMARA





D



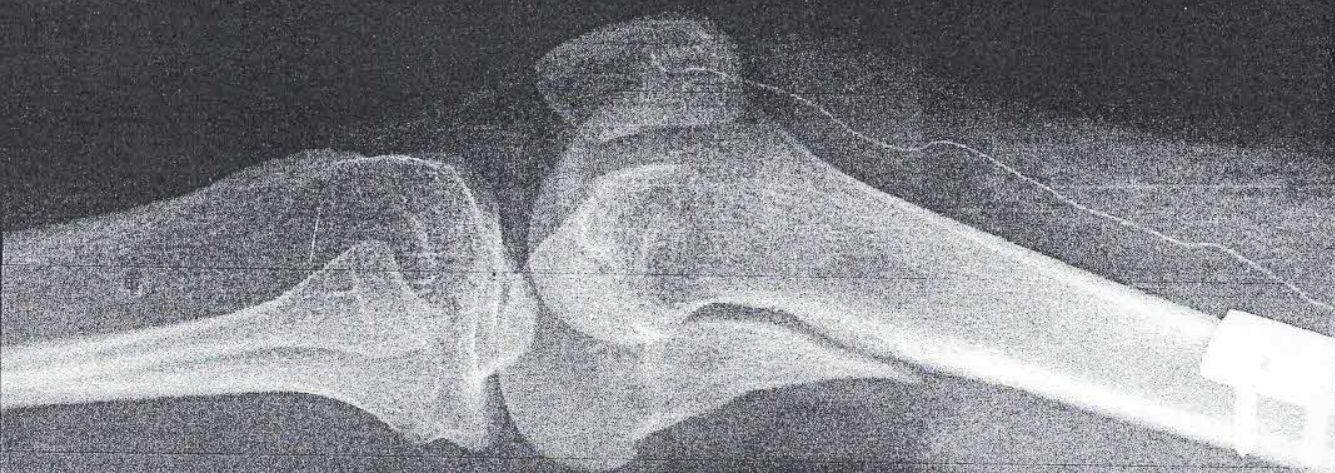
55.4 %

3/8/2018 12:23:13

MARIA JAINE BATISTA

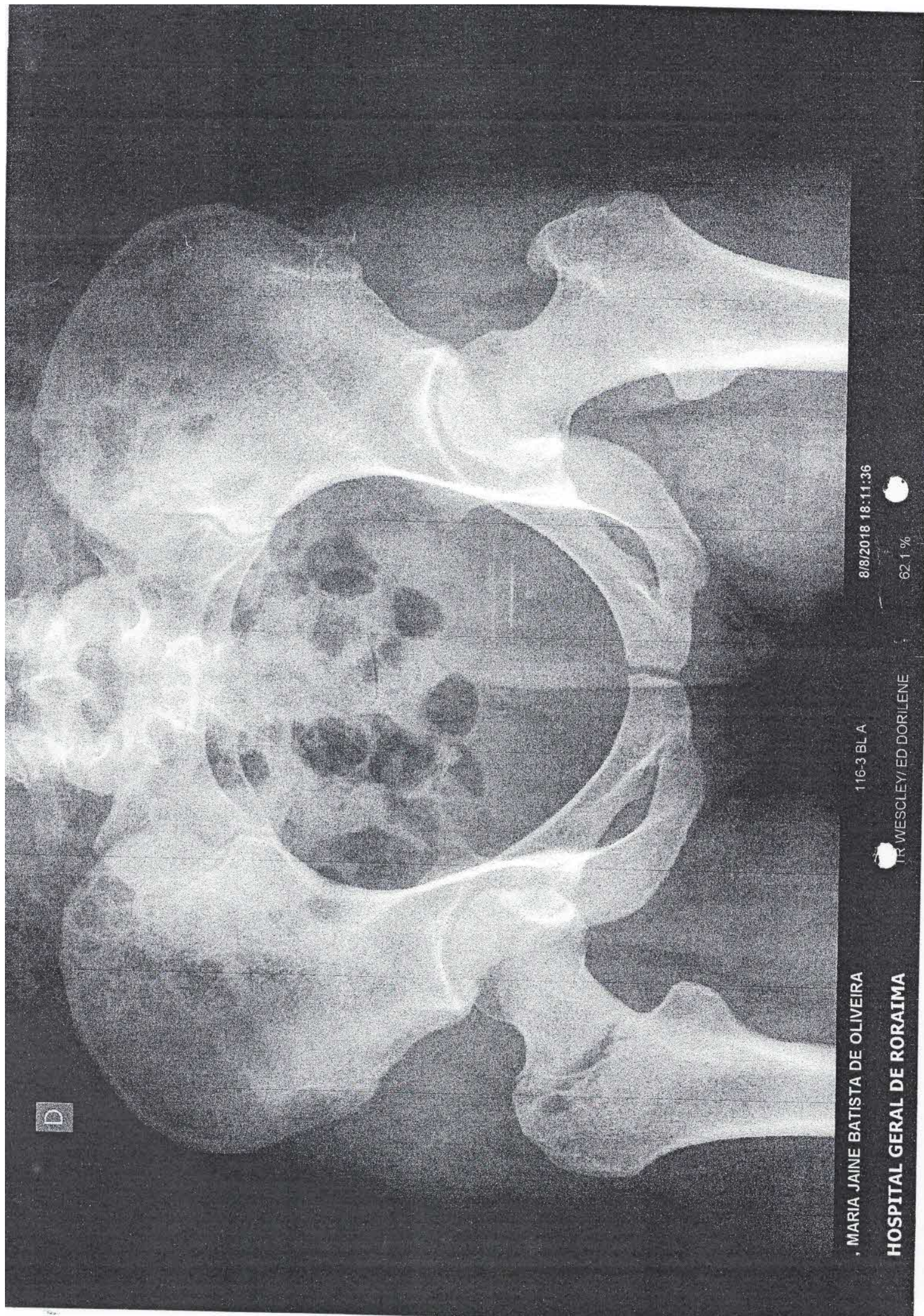
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON



55.5 %

3/8/2018 12:23:13



, MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

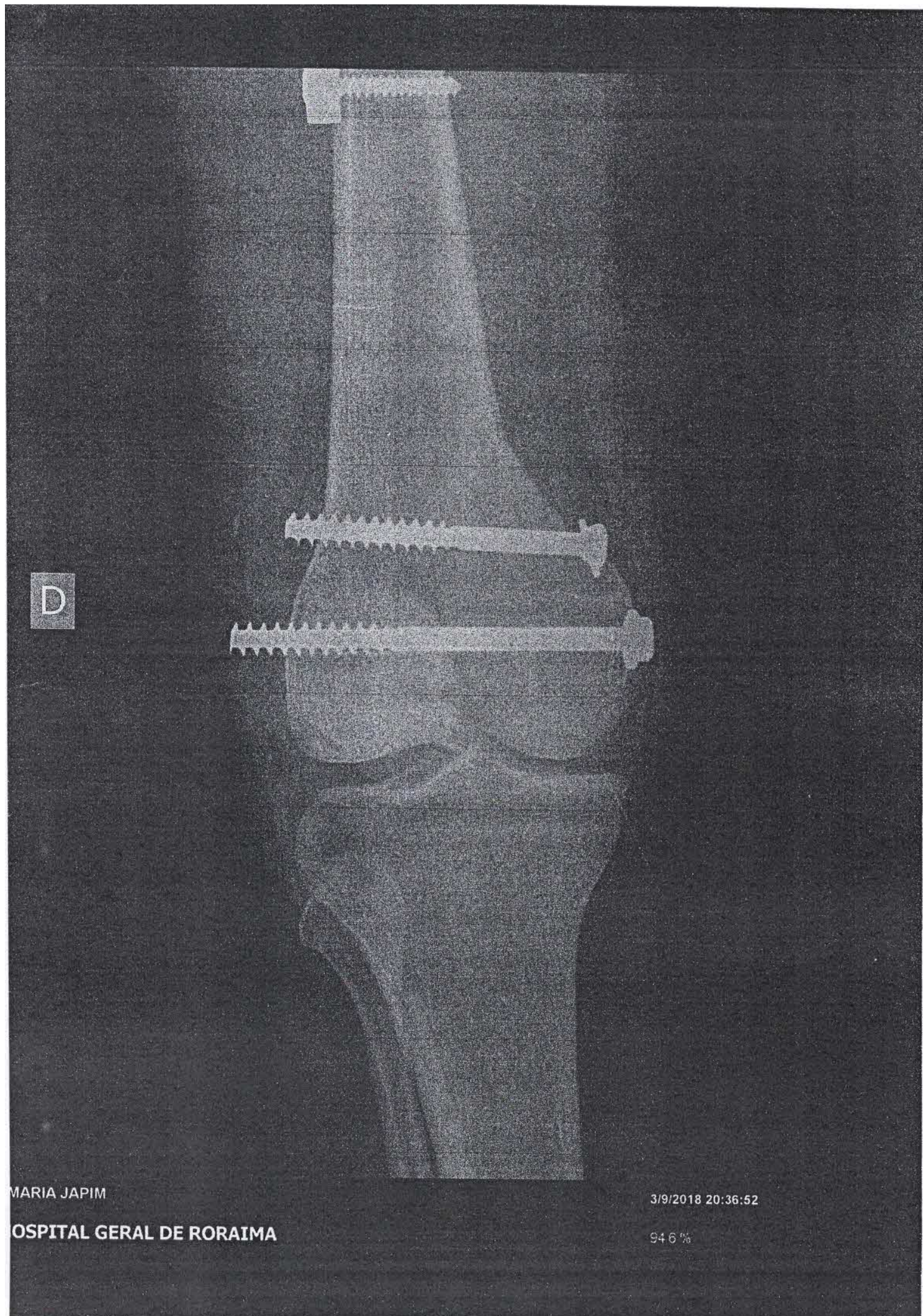
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

116-3 BL A

TR WESCLEY ED DORILENE

8/8/2018 18:11:36

62.1 %

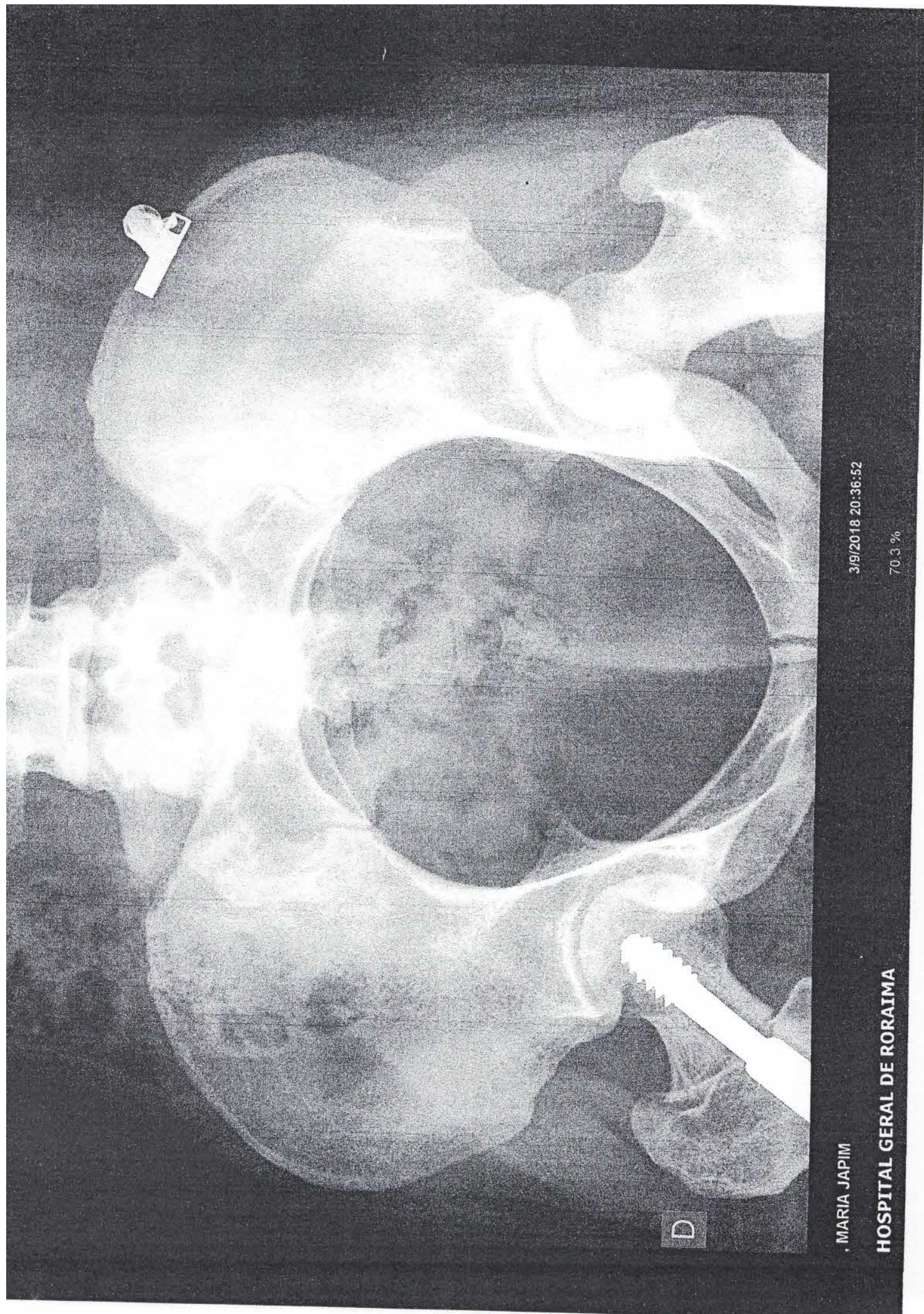


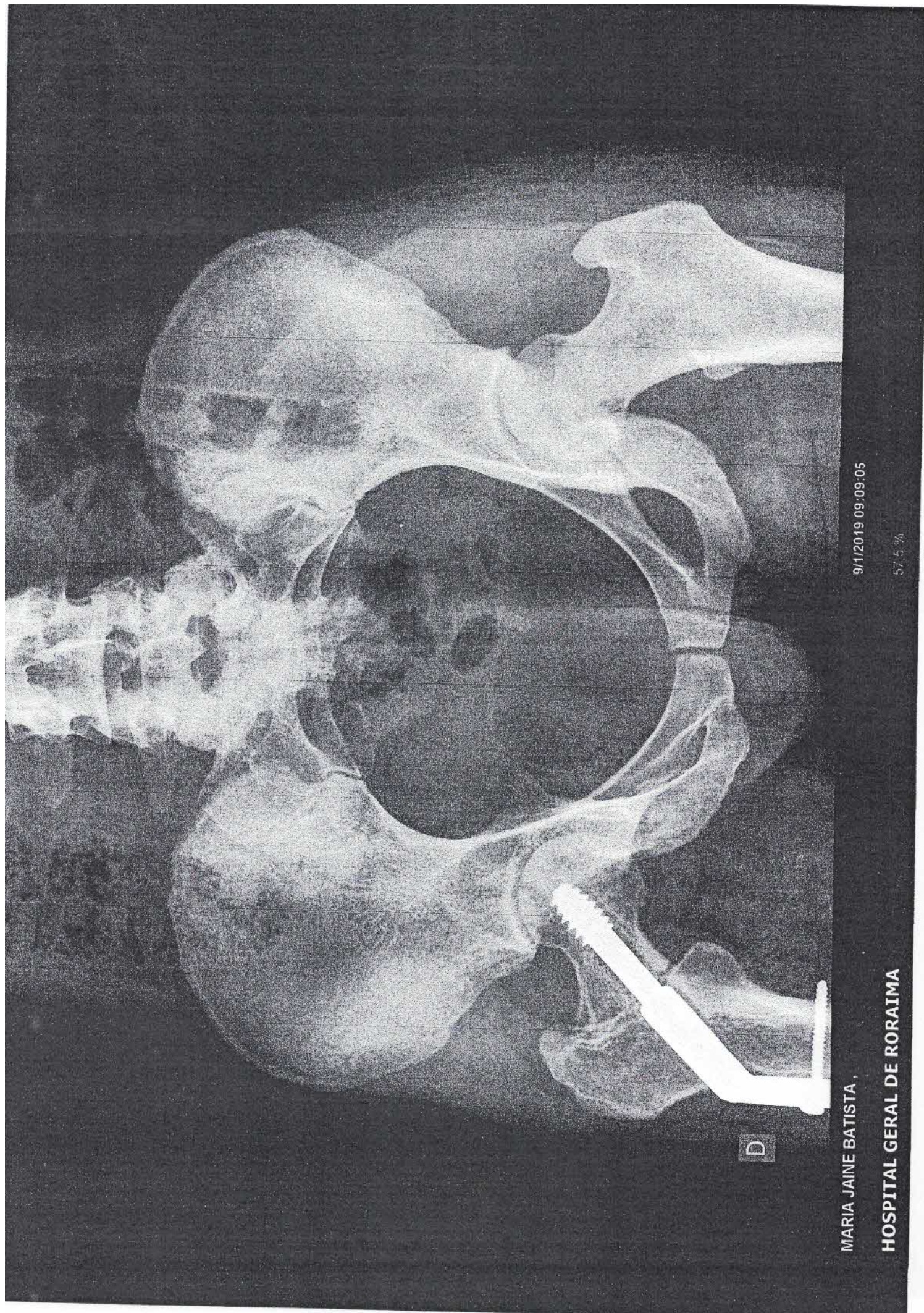
MARIA JAPIM

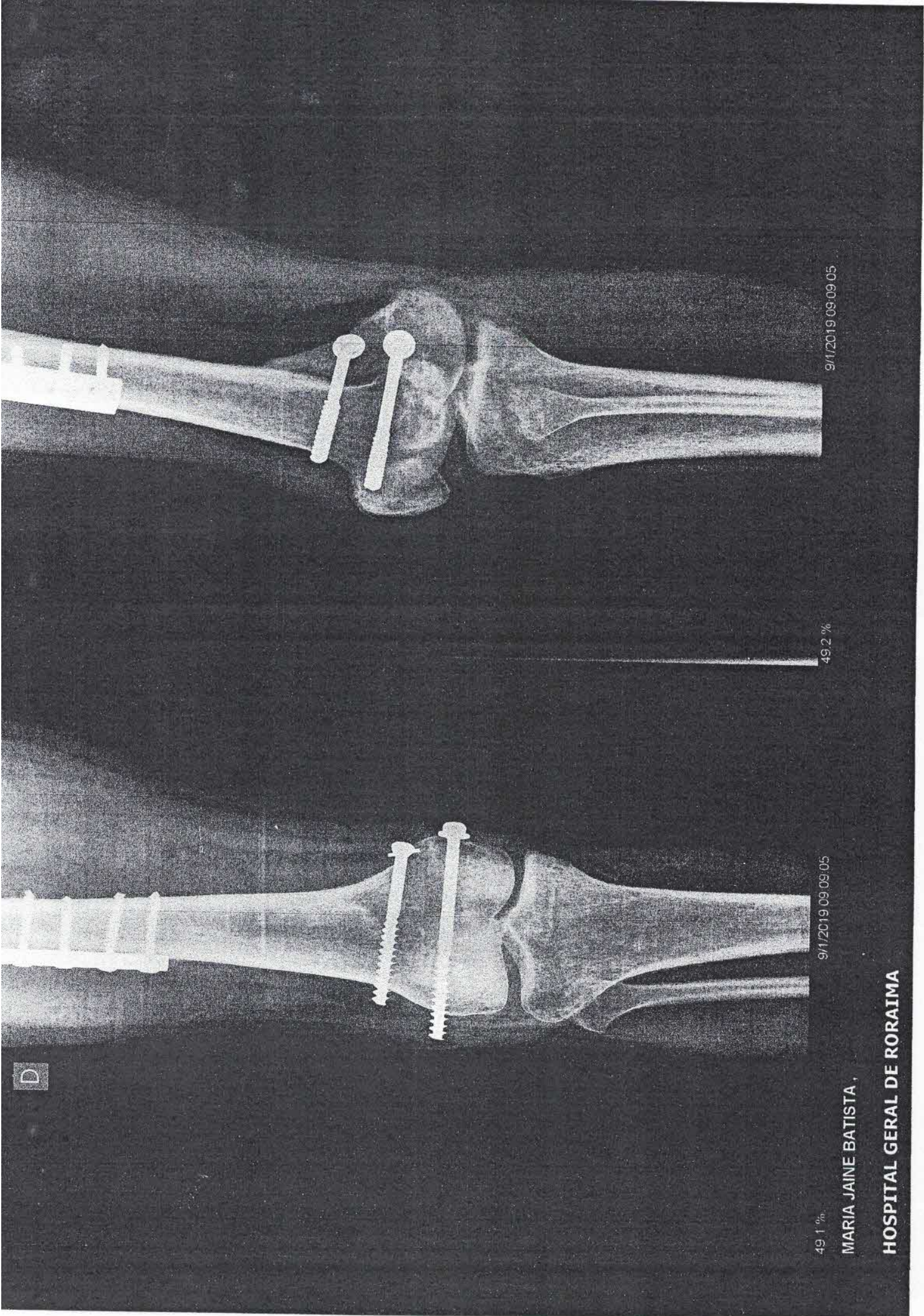
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

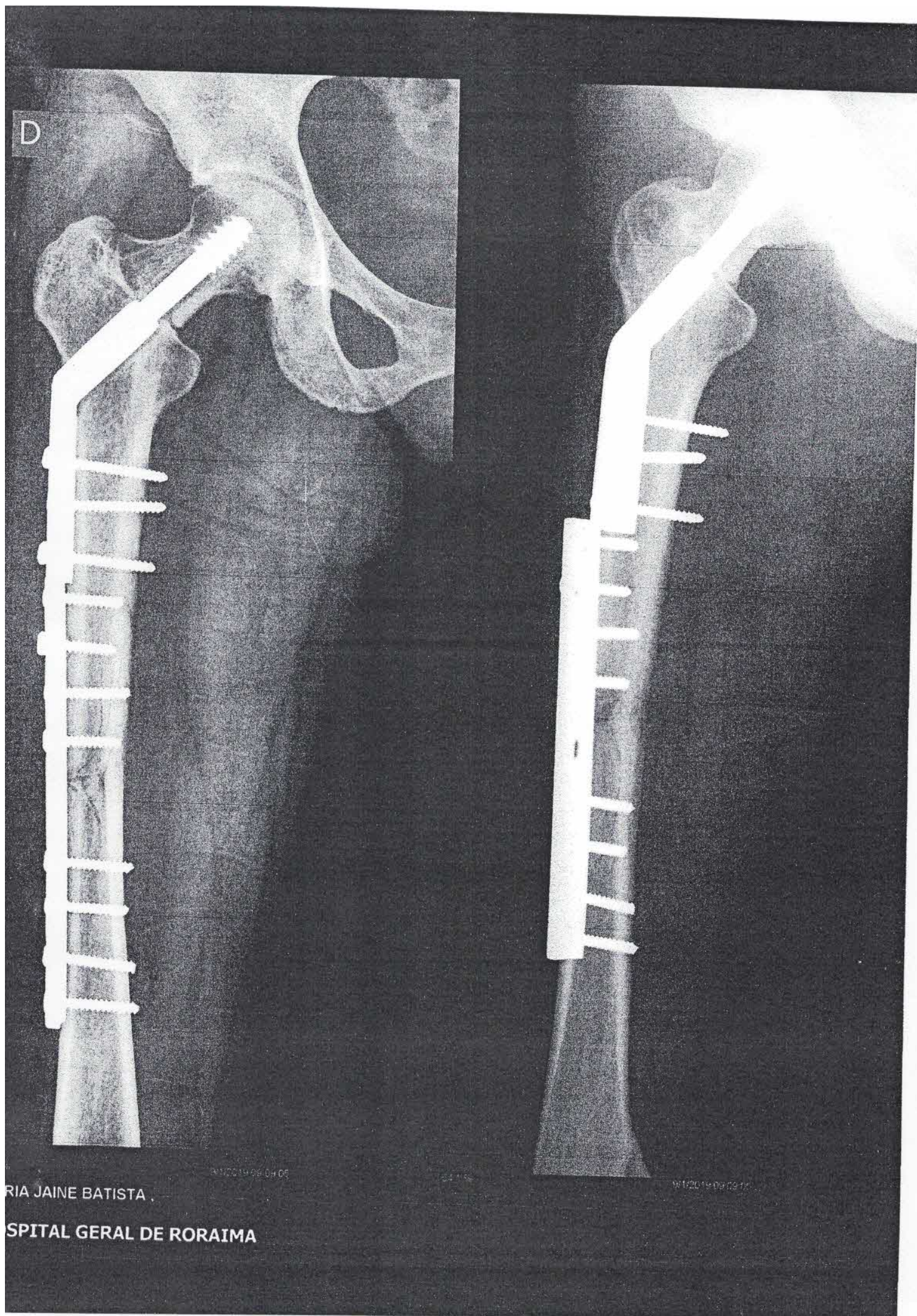
3/9/2018 20:36:52

94.6 %









SINISTRO 3190296464 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARIA JAINE BATISTA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 01708888276

Posição em 13-05-2019 11:50:07

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50