

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 343577-6 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.157.272-02, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ondite de Lima Pereira, nº 114, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-538, Tel. (95) 99117-5635/99124-3757

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **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.

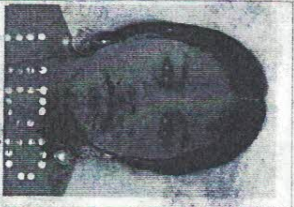
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicia”, 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, 27 de fevereiro de 2019.

Larissa Ketelen Oliveira Menezes.
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Larissa Kethelen Oliveira Menezes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Canilão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 385608-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2008

NOME LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

FILIAÇÃO LAURO RICARDO BARBOSA DE MENEZES
ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 18/11/1992

DOC. ORIGEM CERTD NASC 70640 FLS 190V LIV A-101
BOA VISTA - RR

CPF

1 VIA Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 024.157.272-02

Nome LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

Nascimento 18/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CAERR
CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.308-610

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **888257** **Dezembro/2018**

Dados do Cliente: ANTONIO CLEYTON C OLIVEIRA
Endereço para entrega: RUA ONDITE DE LIMA PEREIRA, NUM. 114 - C
IDADE SATELITE B A VISTA RR 69317-538

Inscrição: 331.094.0240-000 Rota: 19 Seq.Rota: 1000 Quantidade de Economias: RESIDENCIAL

Hidrômetro: MEDIDO Data de Instalação: Sítioção Água: LIGADO Situação Esgoto: LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 10 0
LEITURA INF.
DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 1440 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	178	178	178	178	178
CONFORMES	163	178	178	178	178

MEDIA 10

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA 10 M3 23,83

ESGOTO 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2018 0,95

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO: **15/01/2019** **43,84**

AVISO: EM 31/10/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cordeiro João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 343577-6 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.157.272-02, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ondite de Lima Pereira, nº 114, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-538.

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, 27 de fevereiro de 2019.

Larissa Ketelen Oliveira Menezes.
LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

	GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI 4ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA DE FRONTEIRA - 4ª CIPMFron - SERRA GRANDE 6º PELOTÃO - ALTO ALEGRE "Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"	
---	---	---

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 156/2018**DADOS GERAIS DE ATENDIMENTO**

Viatura	Unidade	Data	H/Transmissão	H/Inicial	H/Final
104	6ºPEL	28/09/2018	16:00	16:00	17:25
Cód./Tipo de Ocorrência	Cód. Providência	Cód. Serv. Prestado	Km/Inicial	Km/Final	
1001	14026	14026	53748	53760	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

RR 343 km-06 / Alto Alegre	Nº: s/nº	Zona rural	Referência: km 06
----------------------------	----------	------------	-------------------

PESSOAS RELACIONADAS

1	(x) solicitante () Vítima () Testemunha	Nome: Valdo Rodrigues	Idade: 52	E. Civil: ---
	Endereço: Vicinal 9, lote 288 vila Nova	Nº: s/nº	Bairro: Zona rural	
	() RG / () CPF / () CNH: não porta nenhum documento	Profissão: agricultor		
2	() Infrator (x) Vítima () Testemunha	Nome: Larissa Ketlen de Oliveira Meneses	Idade: 25	E. Civil: Um. Estável
	Endereço: Rua: Ondit Lima Pereira	Nº: 114	Bairro: Cidade Satélite (Boa Vista)	
	() RG / () CPF / () CNH: não portava	Profissão: Dona do lar		
3	() Infrator () Vítima (X) Envolvido	Nome: Antonio Cleyton Carneiro Oliveira	Idade: 33	E. Civil: Um. Estável
	Endereço: Rua Ondit Lima Pereira	Nº: 114	Bairro: Cidade Satélite (Boa Vista)	
	() RG / () CPF / (x) CNH: 06740165989	Profissão: Pedreiro		

ARMAS / OBJETOS / VALORES / MATERIAIS APREENDIDOS**HISTÓRICO**

Senhor Delegado de Polícia Civil de Alto Alegre, informo que fomos comunicado pelo cidadão do item 1, que havia acontecido um acidente de moto na RR 343 quilômetro 6 (seis), deslocamos até o local para a verificação, chegando no local constatamos que o fato tinha acontecido com o item 3 e sua esposa (item 2), que senhor Antônio (item 3), nos relatou que ao trafegar no sentido Alto Alegre a Vila Samaúma, o pneu trazeiro da moto em que o mesmo conduzia furou (moto placa NAQ 8735, chassi nº 9c2kc1680dr010808) chegando a cair e sua esposa chegou a machucar a perna esquerda, segundo o mesmo a sua esposa pegou carona até o Hospital de Alto Alegre, ao verificarmos se a mesma estava no hospital fomos informados que não tinha dado entrada nenhuma vítima de acidente de trânsito.

Era o que tinha a relatar

PAULO ROBERTO FAUSTINO DA SIL VIANA	47000545	SGT QEPPM	
NOME COMPLETO	MATRÍCULA	POSTO/GRAD.	ASSINATURA
RECEBIMENTO			
Henrique do Socio do Roraima	387	SGT Adm	28/09
NOME COMPLETO	MATRÍCULA	CARGO	DATA
			ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE Ocorrência Nº 037/2019/ DELGACIA DE ALTO ALEGRE**

O Sr.º

NOME: **LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES**

RG : **385608-9 SSP/RR**

SEXO: **FEMININO**

DATA DE NASCIMENTO: **18/11/1992**

TELEFONE: **98404-2376**

ENDEREÇO: **RUA – ONDITE DE LIMA PEREIRA, 114**

BAIRRO: **CIDADE SATÉLITE**

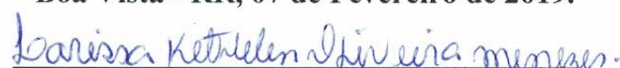


O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário

- **PLACA – NAQ 8735;**
- **CHASSI 9C2KC1680DR010808;**
- **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI**
- **FRANCISCO DAS CHAGAS C. OLIVEIRA (PROPRIETÁRIO);**




Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 07 de Fevereiro de 2019.

LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES
Comunicante

DAT
Confere com original
Data: 07/01/2019

Assinatura





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº 037/2019		Hora: 14H:50MIN.	Data: 18 de Janeiro de 2019
DADOS DO (A) COMUNICANTE:			
Nome: ANTONIO CLEYTON CARNEIRO OLIVEIRA			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	PROFISSÃO: AGRICULTOR	
Nome do Pai: ANTONIO MANOEL DE OLIVEIRA			
Nome da Mãe: MARIA DO LIVRAMENTO MENEZES CARNEIRO			
Identidade: 27594972004-7-MA			
Escolaridade: MEDIO	Sexo: MASCULINO	CPF: 950.607.902-15	
Naturalidade: ARAME-MA	Data de Nascimento: 06\10\1984	Idade: 34 ANOS	
Endereço: RUA ONDITE DE LIMA PEREIRA, 114			
Bairro: CIDADE SATELITE	Cidade/UF: BOA VISTA	Telefone: 99117-5635	
DADOS DA OCORRÊNCIA:			
Local do Fato: RR 343, ALTO ALEGRE\VILA SAMAUMA		BAIRRO: ZONA RURAL	
Cidade: ALTO ALEGRE	Hora: 16 HORAS	DATA: 28\09\2018	
Objeto:			
DADOS DO AUTOR / SUSPEITO ou VÍTIMA			
Nome:			
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: A TIPIFICAR			
RELATO DO FATO:			
SENHOR DELEGADO, COMPARECEU NESTE DEPOL O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO PARA INFORMAR QUE TRAFEGAVA NA RR 343, (ALTO ALEGRE\ VILA SAMAUMA), COM SUA ESPOSA LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES , EM SUA MOTOCICLETA HONDA TITAN, PLACA NAQ-8735, PRETA, CHASSI 9C2KC1680DR010808 , QUANDO O PNEU TRAZEIRO EXTOROU VINDO PERDER O CONTROLE E CAÍ, NO ACIDENTE SUA ESPOSA FLATUROU A PERNA ESQUERDA (CONFORME LAUDO MEDICO)			
 JOÃO LIVAMAR R. PINHO AGENTE DE POLICIA		 ANTONIO CLEYTON CARNEIRO OLIVEIRA COMUNICANTE	

DESPACHO DO DELEGADO:

- ☐ Aguarde novos fatos em cartório;
☐ Fato Atípico. Arquive-se;
☐ Encaminhe-se a (o) _____;
☐ Intime-se _____; ☐ Junte-se _____;
☐ Intime-se ☐ Representação da vítima; ☐ OM para SO investigar e relatar em _____ dias; ☐ Aguardar Representação da vítima; ☐ Outros:

Alto Alegre / RR, 18 de Janeiro de 2019.

WESLEY COSTA DE OLIVEIRA
DELEGADO TITULAR/DPAA



118-4
vinte e seis
Rafael
01/10/18

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



1801015265		28/09/2018 17:12:27		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIÁRIO 07/10/18	
Paciente LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES				Data Nascimento 18/11/1992		Idade 25 A 10 M 10 D	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo Estado Civil		Raça/Cor Naturalidade	
IDENTIDADE 3856089		SSP/RR 20/11/2008		F		PARDA BOA VISTA - RR	
Mãe ROSIMAR OLIVEIRA DA SILVA				Pai LAURO RICARDO BARBOSA DE MENEZES			
Endereço RUA - ONDITE DE LIMA PEREIRA - 114 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR				CEP 57175-003			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência Temp.	
Sector GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		15 FEV 2019	
Queixa Principal Poli-trauma, ac. moto;				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem A=UAP + Colar, B=mu+, D/RA, curado.				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) pusculo, Coo/muco de sfo admo;							
Exame Físico DPECG SS; RAm+. Ext: dor e edema em tornozelo							
Hipótese Diagnóstica Politrauma, ac. moto;							
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG							
PRESCRIÇÃO ALERGIA A DIPIRONA Paracetamol 40 - 500mg Rx - fratura fêmur A ortopedia				APRAZAR 17/10			
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação 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: antonia.soares
Data Hora: 28/09/2018 17:14:51

6.2018
SISTEMA - Relações em Tempo
SIS - Hospital em Saúde
V. 1.2.07 - 01/08/18



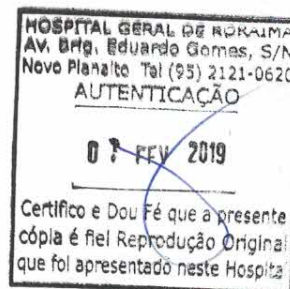
ORTOVENIA

Trat de Tomazina @.

WOBON @ com Pedra e Bonito
do Rio Moinho.

id invernado P/ TO
Cinco

Dr. Alberto
Médico Otorrinolaringologista
CRM-RR 15.157
Título Especialista
12003



BLOCO A 04 104



SUS
Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____

2 - CNES _____

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE LAISSA KETHELON MONTEIRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 710121410141511515116101210

8 - DATA DE NASCIMENTO 18/11/1992

9 - SEXO F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Rosemar Oliveira da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Ondine de Lima Pereira 114 - cidade satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bom Jesus RR

14 - CÓD. IBGE MUNICIPAL _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 368323

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Tumor no Tórax

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TPO Linfático

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO TNT

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 FEV 2019

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. B.H.G. Eduardo Gomes, 57N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO
07 FEV 2019

Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO AS 20251-2025

26 - CLÍNICA _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO _____

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28/01/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO _____

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - Nº DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CNAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO _____

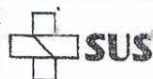
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28/01/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019
5826
T068
V299

até 8.10



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

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Lawana K. Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ans + depressão + fúria

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HO cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. clínicos + radiológicos

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura torácica

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese torácica

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO P/LHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

0408050578
5826
V299

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/10/18

8.10.



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 8 / 10 / 18 O.S. _____

Laure K. Oliveira

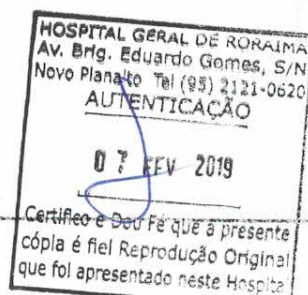
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura torçã
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese torçã (B)
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Kefli 2g IV
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: J. M. M. M. 1º AUXILIAR: Dr. M. M.
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Fabian ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente sem dor
- 2) Insucesso, su. R. su. R.
- 3) Colocação de pontos externos
- 4) Incisão lateral no torçã
- 5) Dissecção plano cirúrgico
- 6) RFI e parafusos de compressão interfragmentar e placa 1/3 curva + 5 parafusos (centrotrazal)
- 7) Contato resistivo
- 8) Sutura hemostática
- 9) Sutura feixa C/SF 3, 3/1
- 10) Sutura subcutânea e pele
- 11) Curativo + Lauze torçã

Dr. Vitor M. M. M.
Trauma





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

* ALERGIA A
RAIMA DIDIRGMA

FICHA DE ANESTESIA

LARISSA Kethelzon Oliveira Moraes, 25a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº									
MZ 2,5mg/ml 17:05h FV 50mg/ml 17:05h										08.10.18									
17 15 30 45 18 15 30 45 19 15 30 45 20 15 30 45 21 15 30 45																			
AGENTES 02																			
LÍQUIDOS VENOSOS 150 150 150 150																			
DA X 38 220 ULSO 36 200 ANES 34 180 OP 32 160 O 30 140 TEMP 120 100 80 60 40 20																			
ASPIR. A RESP O																			
Export Assist Contro																			
SIMBOLOS A X B A O B																			
AGENTES A B C D E F G										ANOTAÇÕES X ASSERÇÃO ANESTÉSICA REGIME LARANGA ALCOOL E HÁBITOS - ENFILTRAÇÃO PNEUMOS SUBCUTÂNEA LARANGA 20 (100 ml) - DURA ESPALDA SUBCUTÂNEA L3-L4 MÚSCULO 26g. - ENFILTRAÇÃO BOMBADEIRA 0,5% (12,5 ml) 2 P/ SARA									
GLICOSE NDCD SANGUE TOTAL OPERAÇÃO										TÉCNICA BOMBADEIRA LARANGA XIFER BOMBADEIRA VIA MEDIANA VENTILADOR ESPONTÂNEO CÂNULA - NASO / ORO FARINGEA NASO / OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA TEMPO DE ANESTESIA 01.05 h									
ANESTESIA DE FASIAN / R NED (R)										PERDA SANGÜEA COMPANA									

applied 17





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUARIO	DATA
Lorena Kethelin Oliveira Moura, 25ª		118-H		08/10/18
TIPO		CIRURGIA		
Osteossintese Frato Tornozelo (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		18:01	18:29	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Dr. Victor Montenegro	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano	
2º AUXILIAR	Dr. Leonardo	RES. ANESTESIA:	Dr. Nito	
	Dr. Manoel Marques	INSTRUMENTADOR	Dr. Marcos	
		CIRCULANTE	Socorro e Lourdes	
TIPO DE ANESTESIA: Rápid		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml
1	PACOTES GAZE		1	cateter de O2
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYLNº
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 3.0
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	m		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURIN Nº 11			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	DRENO DE SUÇÃO Nº 1 litro			FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº 1/2 coroa 1/2 centímetro
1	SERINGA 01ML - agulha de vaca		1	FIO SEDAN Nº
1	SERINGA 03ML - Procaina 1%		1	SURGICEL - propa
1	SERINGA 05 ML		1	GRATIFICASSO - gorros
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATAPATADE - máscaras
1	SERINGA 20ML			GEOFOAM
				FIO GARDIA - álcool de limpeza
				OUTROS - álcool etílico
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Lourdes / Rebeca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Socorro e Lourdes	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de fratura do tornozelo
esquerdo

Data: 08/10/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Larissa Kethelen Oliveira Meneses Idade 25

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: Pequenos Fragmentos Nº _____

Circulante: locoide + soro Sala 01

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

	placa com os furos	
	parafuso cortical	Nº 28 1
11	Esfonjoso	Nº 14 1
11	Esfonjoso	Nº 20 1
11	Esfonjoso	Nº 16 1

Médico Responsável

[Assinatura]
Prontuário Médico
Hospital HGR
Roraima, 03/06/2019

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



ÁREA DE REGISTRO DEPARTAMENTO DE REGISTRO
15 FEB 2019

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dacosta, 404 - Boa Vista - RR

PACIENTE Silveira R. V. Mendes, 21 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 28/1/13, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 8/10/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese SENDO

OPERADO PELO DR. Adelmo Montenegro E DR. Guilherme F.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/10/13, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/10/13, ÀS 7h, COM O
DR. Adelmo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

BOA VISTA, 16/10/13

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

07 FEB 2019

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINISTRO 3190139049 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LARISSA KETHELEN OLIVEIRA MENEZES

CPF/CNPJ: 02415727202

Posição em 27-02-2019 09:35:08

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
28/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50