



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12659177661

Número do Benefício: 6250894849

Espécie: 91

Número do Requerimento: 192068532

Ao Sr. (a) : RAIZA LOPES DA COSTA

Endereço: R JOSE BONIFACIO 168

CEP: 69306275 Município: BOA VISTA

UF: RR

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 15/03/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 18/09/2019.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 18 de Março de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: BOA VISTA RR

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO, CENTRO

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

UF: RR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal

SINISTRO 3180164401 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIZA LOPES DA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO RAIZA LOPES DA COSTA

CPF/CNPJ: 00685245284

Posição em 08-01-2019 12:00:36

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/06/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
19/04/2018	Aviso de Sinistro	
19/04/2018	Exigência Documental	

na memória por whet,
ou algo

99144-5248

	GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA COMANDO DE POLICIAMENTO DA CAPITAL - CPC 2º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR "Para Proteger e Servir a Comunidade" "Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"	
---	---	---

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 028713

VTR	SU/Operac.	Data	Sub Setor	HS/Transmissão	HS/Inicial	HS/Chegada	HS/Final
629	2º BPC	04/12/2017	Oeste	12:20	12:20	12:25	14:30
Cód. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prestado		KmI	KmF
1001/1003		13023/13999				56.598	56.605

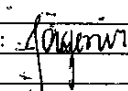
LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av.: Av. Ataíde Teive cruzamento com Rua C 29 N° Bairro: Canaã Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

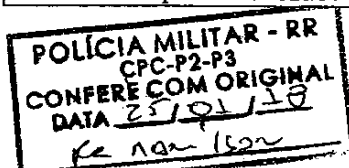
1	ENVOLVIDO	Nome: Ysrael Patrício Gomes	Idade: 26 Anos	E. Civil: Casado
Endereço: Rua Marieta de Melo Marques		Nº 513	Bairro: Sílvia Leite	
RG: 3221156 SSP/RR		CNH: 05117777190	Profissão: Professor	
2	ENVOLVIDA	Nome: Dayanna Krysa Teixeira da Costa	Idade: 28	E. Civil: Solteira
Endereço: Av. Benjamin Constant		Nº 338	Bairro: São Pedro	
RG: 3256367		CNH:	Profissão: Atendente	
3	ENVOLVIDA	Nome: Raiza Lopes da Costa	Idade: 27	E. Civil: Solteira
Endereço: Rua José Bonifácio		Nº 168	Bairro: Aparecida	
RG: 3067378		CNH:	Profissão: Fatiadora	
4		Nome: Djacir Barbosa da Costa	Idade: 50	E. Civil: União Estável
Endereço: Av. Benjamin Constant		Nº 338	Bairro: São Pedro	
RG: 81162SSP/RR		CPF:	Profissão: Sondador	
5		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		CPF:	Profissão:	
6		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:		Nº	Bairro:	
RG:		CPF:	Profissão:	

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

ASSINATURA:  CARGO: **APL** LOCAL: **4º DP**

HISTÓRICO

Senhor Delegado (a) Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado. No local, Em contato com as partes, informaram que o envolvido (01) conduzindo um ford KA na cor prata de placas NOY 4938 pela avenida Ataíde Teive sentido bairro centro ao parar para fazer conversão a esquerda na rua C 29 foi colidido na parte traseira por uma titan na cor prata de placa NAR 2675 que era conduzida pela envolvida (02) que tinha como passageira a envolvida (03) e trafegavam na mesma direção. As envolvidas (02) e (03) tiveram lesões na perna esquerda e foram removidas ao PSE pela equipe do SAMU. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Lisandro Freitas. A motocicleta foi restituída ao item (04), que é pai da envolvida (02). O ford KA foi restituído ao proprietário. A envolvida (02) não possui CNH e em virtude do atendimento médico não foi conduzida. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.



CONFERE COM ORIGINAL
EM 28/01/18

RUDHE
NOME

40.933-2
CADASTRO

CB QPC PM
POSTO/GRAD

2ºBPM/CPC
SUOp

ASSINATURA



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº



UNIDADE:

EQUIPE: Tre. Lar, Cond. João Dienes

Paciente: Raza Lopes da Costa

Idade: 27a Sexo: FEM

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etíope []

Endereço: Av. Ataulfo de Faria S/N Via Pública Bairro Nova Canaã

Nº 18562

DATA 04/12/17

HORA J/9: 12-16

BASE: VIA []

[] RÁDIO

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Dr. Paulo Jefferson

HORA J/10: 12-21

[] CELULAR

[X] SOCORRO [] TRANSPORTE [X] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] 1 a 3 horas [] 4 a 24 horas [] Mais de 24 horas [] Não sabe []

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air-Bag Acionado MOTOCICLETA/ BICICLETA ☒ Colisão MOTO x Carro ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto	VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☒ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:
PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA	☐ Com capacete ☐ Sem capacete	☐ Garupa	☐ Outros:

VIAS AÉREAS ☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro:	VENTILAÇÃO ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA ☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria [X] D [X] E ☐ Aparentemente Alcoólicado ☐ DNV
---	---	---	--

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 12:30	120/80	124	24	98	—	—	—	—
Fim 12:45	120/80	120	22	99	—	—	—	—

Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema subcutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distensão ☐ Em tábua ☐ Doencioso ☐ Evisceração
---	--	--	---	---	---

Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações	MMSS ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	MMI ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th>CABEÇA</th><th>PESCOC</th><th>TORAX</th><th>ANTERIOR</th><th>TORAX</th><th>POSTERIOR</th><th>GENITALIA</th><th>MSD</th><th>MBE</th><th>MID</th><th>ME</th><th>TOTAL %</th></tr> <tr> <td>1°</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2°</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3°</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	CABEÇA	PESCOC	TORAX	ANTERIOR	TORAX	POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MBE	MID	ME	TOTAL %	1°												2°												3°											
CABEÇA	PESCOC	TORAX	ANTERIOR	TORAX	POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MBE	MID	ME	TOTAL %																																									
1°																																																				
2°																																																				
3°																																																				

☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	--	---	---	--	--

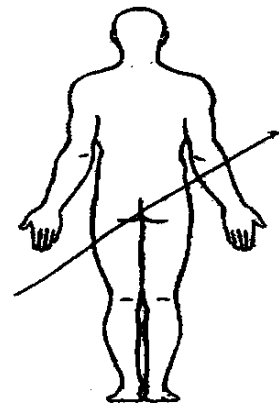
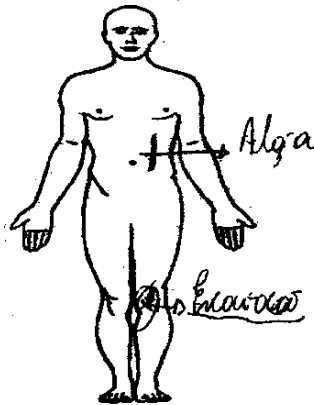
[X] ILESO [X] PEQUENA [X] MÉDIA [X] SEVERA [X] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trota ☐ Bombeiro no local:	CONFERE/O ORIGINAL EM 28/03/18	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros: DETRAN-PA	OBSERVAÇÕES CONFERE/O ORIGINAL EM 02/10/2017
☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:	☐ Término as:	☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros

RECUSA DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico 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: _____	01 atadura de 70cm	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	03 pares de luvas "n"	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão			

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 incomprensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

- Vinda do me @ 17 anos, lot, 55kg, parado, idoso, com muita dificuldade em se levantar, com lesões, apresentando uma lesão na tórax e uma lesão na perna esquerda, com fratura exposta de fêmur direito; informado ao médico regulador. O mesmo não realizou a cirurgia, mas trouxe o H.G.B. A vítima foi entregue com vida com intervenção durante o transporte, conforme requisição médica.

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
EM 02/02/18
João

CONFERE ORIGINAL
EM 28/03/18

Tp 91. Dom L. S. Amador Pereira 16/03/18



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045818/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2017 16:05 Data/Hora Fim: 04/12/2017 16:25
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP 028713 Data: 04/12/2017
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/12/2017 12:20

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Nova Canaã

Logradouro: Av. Ataíde Teive

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: RAYZA LOPESDA COSTA (ITEM 3) (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 27

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3067378

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua José Bonifácio

Bairro: Aparecida

Nº: 168

Nome: YSRAEL PATRICIO GOMES (ITEM 1) (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 26

Profissão: Professor

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Marieta de Melo Marques

Bairro: Dr. Sílvio Leite

Nº: 513

Nome: DAYANNA KRYRNA TEIXEIRA DA COSTA (ITEM 2) (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 28

Profissão: Atendente

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3256367

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 05/02/2018 10:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045818/2017

Logradouro: Av. Benjamin Constant
Bairro: São Pedro

Nº: 338

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, segundo o ROP 028713, fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, no endereço acima citado. No local, em contato com as partes, informaram que o item 1, conduzia um Ford Kad, prata, placa NOY- 4938, no endereço citado, que a fazer a conversão foi colidido na parte traseira, por um Titan prata, placa NAR - 2675, que era conduzido pela item 2, que tinha como passageira o item 3. Que as envolvidas 2 e 3 tiveram lesões na perda esquerda e foram removidas ao PSE. Que o SAMU e a perícia estiveram no local. Que a envolvida item 2 não possui CNH e em virtude do atendimento médico não foi conduzida. É o relato.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva
Responsável pelo Atendimento

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



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 05/02/2018 10:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

24/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

Not.
Ac. Tereza grave.

... Guia de Atendimento 02 ...

Visto
UVE

BLOCO B

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



1700875772 04/12/2017 13:00:45 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 24

Paciente RAIZA LOPES DA COSTA Data Nascimento 09/04/1990 Idade 27 A 7 M 25 D CNS 700600421684169 CPF 00685245284 Prontuário 162152

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

F UNIAO PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe MARIA FRANCISCA LOPES Contato (95) 99119-7274 Ocupação NÃO INFORMADA

Endereço RUA - JOSE BONIFACIO - 168 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validado Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por: KAIO.FIGUEIREDO

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Pt. trauma pelo S. Amv, vítima acidente de moto, c/ dor torácica e MIE

Exame Físico Pt. trauma c/ C.C + P.R

Hipótese Diagnóstica Trauma

SADT - Exames Complementares ☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Dexametasona 8mg

2) Paracetamol 1000mg

3) morfina 10mg + AD - 9u/10u

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

Condição de Saúde: Satisfatória

12h00 — 04/12/17 — Centro
Arquivo

— Ingresso potentes e felhos

(8) → não de 1 por 1000
Atualizado →

relação atualizada foi por punção
A Selinger, mas sendo 100%
e inferior de 1000: sem
1000

Agravo: <u>ATG</u>
Nº Not: <u>229543</u>
Data: <u>04/12/17</u>
<u>Raquel</u> Notificador



Ar

Dr. Sérgio Brito
Cirurgião Vascular
CRM-RR 706

Dr. Sérgio Brito Cirurgião Vascular CRM-RR 706
08 MAR 2018
Certifico e Doubo que a presente cópia é fiel e verdadeira original que foi apreendida neste Hospital

CONFECIONADO
EM 28/03/18

 SUS 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

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente, vítima de acidente motociclistico, com lesão de joelho esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirurgico ortopédico.

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

Exame físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão joelho esquerdo

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CONTRE ORIGINAL
EM 28/03/18

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050683-5831
11749



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Raiza Lopes da Costa

Data: 04/12/17

O.S. _____

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Luxação joelho esquerda

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Redução fechada + Colocação fixador externo transarticular

MIE

TIPO DE INTERVENÇÃO:

N.D.N

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

N.D.N

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Patrick

1º AUXILIAR:

Dra. Wanyla Raine (R3)

AUXILIAR:

Vitor Correia (Internista)

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Dr. Ubirajara + Dr. Lorenzo

ANESTÉSICO:

ÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob sedação.
- 2- Administração de Cloxistina 2.21 + Antivirpro 01 PVPI
- 3- Alveol 70%
- 4- Insuflação de Campos
- 5- Realizado manobra de redução interna, sob escópio - Hora
- 6- Realizada redução joelho (E)
- 7- Colocação da fixador transarticular membro inferior (E)
- 8- Colocação das suturas do membro inferior esquerda
- 9- Limpeza cirúrgica
- 10- Curativo
- 11- Alta

Dr. Patrick
CRM 13533 RQE 164
Cirurgia do joelho

Wanyla Raine
CRM 13533 RQE 164
Cirurgia do joelho

CONFERE O ORIGINAL
EM 04/03/18



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

04/12/17
FICHA DE ANESTESIA

Raulo Lopes do Rêto

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO
Atropina (100mcg / 5mg)

16.11.17 15 30 45 07:10 15 30 45 15 30 45 15 30 45

AGENTES

LÍQUIDOS VENOSOS

DA X

ULSO

ANES X

OP

ASPIR.

RESP

Export

Assist

Contro

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Bim 15.1.17</i>	<i>18ur</i>	<i>- Regeneração hmb</i>	<i>X - Fontes</i>
B. <i>Quim</i>	<i>10ur</i>	<i>13-14 na regeneração</i>	<i>Eximtis</i>
C. <i>Quim</i>	<i>2ur</i>	<i>(A) Quim 266</i>	<i>Crimes</i>
D. <i>Quim</i>	<i>1ur</i>	<i>- Venpist - monitor q</i>	
E. <i>Quim</i>	<i>2ur</i>	<i>or elpi</i>	
F. <i>Quim</i>	<i>10ur</i>		
G. <i>Quim</i>	<i>10ur</i>		
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Orofaríngea	
H2CO		Naso / Orofaríngea - Caga	
SANGUE		Bal - Temp - Cava do Tubo	
		Sob Mágica	
		Difusão Placenta	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	<i>20,9.1000</i>	<i>07 h 10m</i>	<i>(X) SARA</i>
OPERAÇÃO	<i>770 casos de lumb. de</i>		
	<i>parto e fúnc. expor (A)</i>		
ANESTESIA	CÓDIGO	ORÇAMENTO	PG-DA-SURG-005
<i>Quim</i>		<i>Dr Patrick</i>	<i>Courtesy</i>

BRUNO THIAGO C. PEREIRA
MÉDICO
CRM/R 1028

CONFERE C/ ORIGINAL
EM 28/03/18

08 MAR 2017
ANESTESIA

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

24/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

05.12.17

Nome: Raiza Lopes da Costa

Unidade: T7 Unificação de Sinuário de Joelho ② a finalização externa

J 16:20 T 17:30

Unificação: Dr. Patrick

Dr. Camy Dr. Raimundo (R3)

Unificação: Dr. Unificação + Dr. Lino (R3)

Unificação: Raquel

Unificação: R. G. Xavier

Unificação: radiografia m3 ②

J 17:35

T 14:45

Unificação: Raquel

material

Unificação: placa (B) ② - ☐

Unificação: placa (C) 720 ② - ☐

Unificação: ② - 1

Unificação: ② - ☐

Unificação: ② - ☐

Unificação: ② - 1

Unificação: ② - ☐

Unificação: ② - 1

Unificação: ② - ☐

Unificação: ② - 50mm

Unificação: ② - 1

 ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Av. Nelson Palma Travassos, 851 - CEP 02969-000 Tel: 55(11)39484000 - FAX 55(11)39484010 Brasil - Site: www.ortosintese.com.br		 STERILE R 7/6/2018 Proibido Reprocessar
Ref.: 4747/02	Lote: S13917	Quant.: 1 pc
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM FIXADOR EXTERNO LAYFIX FIXADOR EXTERNO Registro ANVISA N 10223710065		
MP 7/6/2018	ALUMINIO 7/6/2018	Uso Único 0434 European Authorized Representative Btl. Général Wans 53 1030 Brussels, BELGIUM Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 80 03 e-mail: marketing@btl.be Resp. Verificação: IPRB Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURACREAN 060182557

CONFERE O ORIGINAL
EM 28/03/18

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Raiza Lopes da Costa
Responsável Cirurgião R. L. Ribeiro

Anestesiista A. M. Aragão / D. L. Gomes

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 30 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☐ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Suellen da S. Ramos
Enfermeira
COREN-RR 849.935 - E

Assinatura e Carimbo

CONTROLE QUALIDADE

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora: _____

05/12-06h $\begin{cases} PA: 138 \times 83 \\ FC: 106 \end{cases}$

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAIZA LOPES DA COSTA					
DIAGNÓSTICO LUXAÇÃO DE JOELHO (E).					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	05/12/17.
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				12
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:00 / 18:00
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SIN - 245
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SIN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SIN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				NIR 14:02 PG
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SIN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SIN
14	CURATIVO DIARIO				REPARAR
15	Claxone 400mg 1X/dia				8/4
16	SV de curar				
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica



SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	37	100	115x62	
18 H	37.3	94	171/102	
24 H				

Diurese 23:00 = 500ml e 6:00 = 600ml

Não realizado SSVV por falta de material

Dr. Danilo A. de Melo
Téc. em Enfermagem
COR-RR 510.915125



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

21/12/17 | após da Q2A

05.12.2017 — 07/12 — GT vende

C. Janshin

1º PD. Atendimento interdisciplinar:

- sem sinais de infecção
- sem hemorragia — normal (retirar q curativo amarelo)
- todos presentes.

Atenção A C. Janshin e a glória
Atenção clínica do paciente Janshin.

Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 788

CONTERE C/ ORIGINAL
EM 28/03/18

ASSINATURA: _____

CRM: _____



201-1

(02)

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Roiza Lemos Costa			
DIAGNÓSTICO		Lúpus de pele			
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA 06/12/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3 N
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				4 N 25.06
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				4 N 25.06
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				3 N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				Rotina
8	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
9	Clarear unha se necessário				04
10	Ao banho				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA-REGULAR (SC); CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

Dr. Leonardo Rabelo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17.15

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRE C/ ORIGINAL
EM 28/03/18

	PA	FC	FR	TEMP	Diurese
SINAIS VITAIS					
6 H	138x85	92		36.5	800ml
12 H	140/91	87	20	36.7	700ml
18 H					
24 H	151/96	85	-	36.4	

PA 145x82
FC 83
T- 36.2

diurese = 700 ml

Deuany Ferreira Pinto
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 884.704

107

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		07/12/2017		DN
PACIENTE	RAIZA LOPES DA COSTA					
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS	nega	DM	nega	
IDADE	27 ANOS	LEITO	201-1	DATA	08/12/2017	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					S/N
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS					S/N
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSÁRIO DE 6/6 HORAS					S/N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					rotineiro
8	CURATIVO DIÁRIO					M
9	ONDANSETRONA 8MG EV. 8/8 HORAS S/N					S/N
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONFERIR ORIGINAL
EM 28/10/18

Dr. Marcelo Margina
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 191818R

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	140x80	88	—	36,0		
12 H	148x98	89	—	35,4	100ml	
18 H	127x75	57	—	35,8	100ml	
24 H						



201.1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
		DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
		PACIENTE <i>Roize Lopes</i>					
		DIAGNÓSTICO <i>luxação de joelho</i>					
ALERGIAS		HAS		DM		DATA	
IDADE		LEITO		DATA		07/12/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas					14h 22:06	
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS					14h 22:06	
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					SN	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					NORM	
8	CURATIVO DIÁRIO					realizar	
9	<i>Oxalone 40mg SC 1x/dia</i>					NIR	
10	<i>Do bloco</i>						
11							
12							
13							
14							
15							
16							
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.							

Dr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17.75

EVOLUÇÃO MÉDICA:

14h PA = 138/87
FC = 84

CONTRE O ORIGINAL
EM 28/12/18

NIR
Regulado para leito
123 201-10111
Regulação Interna

	PA	FC	FR	TEMP	Observações
SINAIS VITAIS					
6 H	118x75	79		36,5	27,50 ml
12 H	130x73	84		36,7	1100
18 H	142x88	81	20	37,8	
24 H	118x85	83		36,5	

07-12-12 18:05

Pcte proveniente PA.

17:35h. Paciente avaliado pelo enfermeiro e por médico, nenhuma alteração.

Maria Cecília G. Figueira
COREN-RR 397.446 TE

Maria Cecília G. Figueira
COREN-RR 397.446 TE

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

24/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		07/12/2017	
PACIENTE		RAIZA LOPES DA COSTA			
DIAGNÓSTICO		LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO			
ALERGIAS		HAS		nega	
IDADE		LEITO		DATA	
27 ANOS		201-1		09/12/2017	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS S/N				
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS				9h
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ONDANSETRONA 8MG EV. 8/8 HORAS S/N				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRE ORIGINAL
EM 28/03/18

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

Obs: Durar 4000 ml.

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	120x80	70		36		
18 H	120x80	84		36		
24 H	120x80	91	-	36,7°C		

Kls - trocado abscesso.
J22

Vânia Regina da Silva
COREN-RR 48843-AB

Vânia Regina

Obs: PA: 130x70
P: 83
T: 35,9°C

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
		DATA DE ADMISSÃO		DIH	07/12/2017			DN
		PACIENTE RAIZA LOPES DA COSTA						
		DIAGNÓSTICO LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO						
ALERGIAS								
IDADE	27 ANOS	HAS	nega	DM	nega			
		LEITO	201-1	DATA	10/12/2017			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						SND	
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						SND	
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS S/N						SND	
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS						SND	
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						Retina	
8	CURATIVO DIARIO						Retina	
9	ONDANSETRONA 8MG EV. 8/8 HORAS S/N						Retina	
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRE O ORIGINAL
EM 28/03/18

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1910/RN

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H	140x90	98		36,8°C			
18 H	130x80	94		36,5°C			
24 H							

Juliane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461 072

CP

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		07/12/2017		DN
PACIENTE	RAIZA LOPES DA COSTA					
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO					
ALERGIAS	HAS		nega		DM	nega
IDADE	27 ANOS		LEITO	201-1		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					17:22:00
5	DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS S/N					S/N
6	TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS					S/N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					16h
8	CURATIVO DIARIO					16h
9	ONDANSETRONA 8MG EV. 8/8 HORAS S/N					S/N
10	RETENAR SVD → Retirado às 06:30h					As 13h Retirado
11						de novo de SVD
12						de novo plantão
13						onseto, retirar
14						SVD às 06h
15						
16						
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
* Desmame.						
CONTRE O ORIGINAL EM 28/03/18						
Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 19161RR						
PA		FC	FR	TEMP	Diurese	
SINAIS VITAIS						
6 H	126/98	106	18	36,3	1.100ml	
12 H	130/99	118		36,2		
18 H	130/80	92		37,3		
24 H	127/87	121	38	36,6	800ml	

1ano paciente no leito, estável em al. ambiente, fixação externa em m. s. f. 11/10/2017 de 11h

Naemia de Paiva da
Ainda de Enfermagem

Tratado com sucesso
Onde o paciente ficou no leito
da mãe e - 11/10/2017

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		07/12/2017		DN	
PACIENTE		RAIZA LOPES DA COSTA					
DIAGNÓSTICO		LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO					
ALERGIAS		HAS		nega		DM	
IDADE		27 ANOS		LEITO		201-1	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				S/N	
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				16:34 08	
5		DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS S/N				S/N	
6		TRAMAL 100MG /ML DAR 20 GOTAS SE NECESSARIO DE 6/6 HORAS				S/N	
7		SSVV+CCGG 6/6 horas				ROTINA	
8		CURATIVO DIARIO				M	
9		ONDANSETRONA 8MG EV. 8/8 HORAS S/N				S/N	
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
		1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
		2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
CONTRE C/ ORIGINAL EM 28/07/18 Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 19181/RP							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP		
6 H							
12 H		115x78	132	-	36,6°C		
18 H							
24 H							

45 Paciente LOTE, verbalizando, deambulando. AVP em MSE, salivizado neste momento. Sem queixas algóricas. NÃO foi realizada troca de lençol, pois a lavanderia não disponibilizou. Aceita a dieta. Verificados

Cristina Sacramento de Souza
Téc. em Enfermagem

Raquel de Melo Cerveira:77717430215,

24/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOC

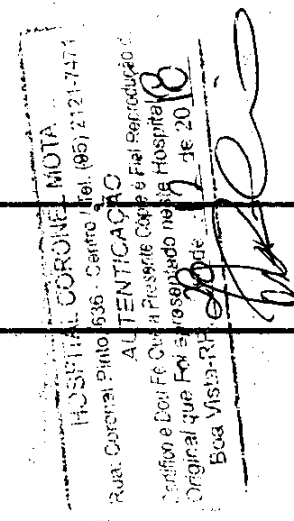
SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE				4 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
9 - NOME DA MÃE				10 - TELEFONE DE CONTATO		8 - RAÇA / COR	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)							
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
						17 - CEP	
PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO							
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				20 - QTDE	
		Anterograft do antebraço				01	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)							
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				23 - QTDE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				26 - QTDE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				29 - QTDE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				35 - QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)							
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				37 - CID 10 PRINCIPAL		38 - CID 10 SECUNDÁRIO	
39 - CID 10 CNUS/S ASSOCIADAS							
40 - OBSERVAÇÕES							
Descontar brax arterial no lugares posteriores do fêmur (C)				CONFERE O ORIGINAL EM 28/03/17			
				Dr. Sérgio Brito Cirurgião Vascular CRM-RR 706			
SOLICITAÇÃO							
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - DATA DE NASCIMENTO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - DOCUMENTO				44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
() CNS () CPF							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO				49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
() CNS () CPF							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				55 - CNES			

195309-08

Raiza Lopes da
PASTA PARA PRONTUÁRIO

Costa

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DNK = 9.4.90

[illegible]



GOVERNHO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

Ans 9.4. 50

EVOLUÇÃO

195309

DATA
HORA

1717	Raiza Lopes dos Cozma
------	-----------------------

hux. gelb 10

10

Alma

Patric Rabelo 2019
Ortopedia e Traumatologia
Chirurgia 138-2019-194

HOSPITAL CORONEL MOTA
Rua: Coronel Pinto, 535 - Centro / Tel. (85) 2121-7471
AUTENTICAÇÃO
Certifico e Dou Fé Que a Presente Cópia é Fiel Reprodução do
Original que Foi Apresentado neste Hospital,
Boa Vista-RR, _____ de _____ de 2010

AUTENTICAÇÃO
 a Presente Cópia é Fiel Reprodução d
 apresentado neste Hospital
 de 20/10
 [Signature]



TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP **126.59177.66-1**

NÚMERO **5752804** SÉRIE **0030** UF **RR**

Raquel Lopes da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CONFERENCIAL
EM 28/03/18

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

RAIZA LOPES DA COSTA

FILIAÇÃO: JOSÉ ALVES DA COSTA
MÁRIA FRANCISCA LOPES
SEXO: FEMININO
NASCIMENTO: 09/04/1990
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: R.G. 306737-8 SESP RR 01/09/2003
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1986
CPF: 008.852.452-84 CNH: 0513
TÍT. ELEITOR: 003758942874 SEÇÃO: 0513
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 28/10/2010

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE: ____/____/____ PARA: ____/____/____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013746258528

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	ENTR	EXERCÍCIO
01	00883261790		2017

DARLYSSON TEIXEIRA DA COSTA

935.593.212-04 **NAR2675**

9C2KC08206R824590

PAS/MOTOCICLETA/NOVA **GASOLINA**

HONDA/CG 150 TITAN ESD **2006** **2006**

2P/0149CC/ **PARTICU** **PRATA**

ISENTO ********* **1° *******

PAIXA I.P.V.A. **PARCELAMENTO/COTAS** **2° *******

ISENTO(+ DE 10 ANOS)** **3° ****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **IOF (R\$)** **PRÊMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**

R\$0.7 **R\$185.5** **26/07/2017**

SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE P.M. TRIBUTÁRIO
*** PROIBIDO ALOJAR EM LOTE DE DETRAN-RR 02/2**
016 LOTE 324 **Francisco Beserra Marques**
BOA VISTA-RR **DETRAN-RR** **DATA**
29/08/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013746258528 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	29/08/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	935.593.212-04	NAR2675

RENAVAM	MARCA / MODELO
00883261790	HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2006	9	9C2KC08206R824590

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81.29	R\$9.03	R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
R\$4.15	R\$0.7	R\$185.5

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO **DATA DE QUITAÇÃO**
26/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 **013746258528**
www.seguradoralider.com.br **08534184504**





Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Elektrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0006763-6

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - B. a Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

000165095

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	10/10/2017	508	280,94

MIRIAM MARTINS HANCO
R. JOSE BONIFACIO 68 APAR. CIDA
CPF: 0000747568324
CEP: 69.306-275 - 10A VISTA

ROT: 14.001.05.12.039500

10301		28/09/2017	
DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1,000		Atual:
Anterior:	508		Anterior:
Constante de Multiplicação:	508	FCAM	Próxima Leitura:
Consumo Medido:			Emissão:
Consumo Faturado:	NORMAL		Arrecadação:

[illegible]

ISTORICO	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
JUN/17	481	DIACAO LEV - 0800 0555099	8,50
MAI/17	582	CRRECAO MONETARIA IG 08/16-00	0,78
ABR/17	496	MILTA POR ATRASO DE I 07/17-00	0,40
MAR/17	539	JUROS DE MORA POR ATR 07/17-00	0,05
FEV/17	40	MILTA POR ATRASO 07/17-00	5,15
JAN/17	521	JUROS DE MORA DE IMPO 07/17-00	1,11
DEZ/16	453	ILUMINACAO PUBLICA	13,41
NOV/16	591		

TARIFF: SEN TRIBUTOS:
R\$ 500 - 0.32794

CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (TUV)
DEVERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO / ABGE CEN
TRÓFICO 07-2018 RECEBEREM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA
LIGUE 8000 2019129 - FALTE OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

F9E7 EEE 99E4 3513 9F2C 50C9 C1AC ABE4

RESERVADO AO FISCO		72,71	212,03
COMPOSIÇÃO DA CONTRA-PARTIDA			
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	36,04
Energia:	1,88	Alíquota ICMS:	0,81
Transmissão:	40,68	Valor do ICMS:	3,83
Encargos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,55	11,10	22,21	3,55	7,10	14,20	3,20	



DECLARAÇÃO

RAIZA LOPES DA COSTA, brasileira, união estável, repositora, portadora da Cédula de Identidade nº 306737-8 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 006.852.452-84, residente e domiciliada na Rua José Bonifácio, nº 68, Bairro: Aparecida, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista-RR, 22 de Janeiro de 2018.



DECLARANTE



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

RAIZA LOPES DA COSTA, brasileira, união estável, repositora, portadora da Cédula de Identidade nº 306737-8 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 006.852.452-84, residente e domiciliada na Rua José Bonifácio, nº 68, Bairro: Aparecida, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 22 de Janeiro de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Raiza Lopes da Costa

CPF da Vítima

006.852.452-84

Data do Acidente

04/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

CONTERE C/ ORIGINAL
EM 28/03/18

Boa Vista, 15 de março de 2018
Local e Data

Raiza Lopes da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

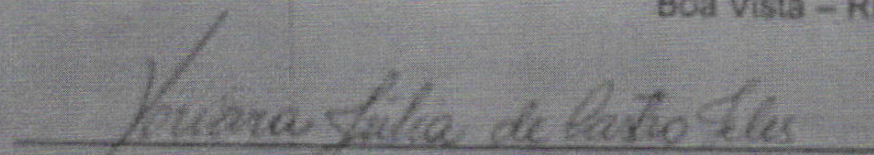
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

A paciente **RAIZA LOPES DA COSTA**, 27 anos, solteira, apresentou-se na Clínica da faculdade Cathedral no dia 10-05-2018 com diagnóstico clínico para **LUXAÇÃO DE JOELHO** queixa principal de dor enquanto estendia ou flexionava a perna, ou realizava caminhadas sem apoio e formigamento na parte posterior da tibia. Além de fazer uso de muletas. A paciente foi submetida a avaliação físico funcional em que a goniometria de membro direito e esquerdo apresentou 120° para flexão e 14° para extensão do joelho, em pé direito apresentou para flexão plantar 30°, 30° dorsiflexão, inversão 10° e eversão 10°, já para o pé esquerdo os valores são flexão plantar 45°, dorsiflexão 25°, inversão 20° e eversão 40°. No teste de força muscular para joelho apresentou parâmetro de 4 para flexão e extensão. O diagnóstico cinético funcional demonstrou **DIMINUIÇÃO DE ADM (AMPLITUDE DE MOVIMENTO) PARA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE JOELHO, FORMIGAMENTO E DORMÊNCIA NA PARTE POSTERIOR DA TÍBIA E EDEMAS NA PARTE ANTERIOR DA TÍBIA**. No dia 07-06-2018 após 20 (vinte) sessões de tratamento fisioterapêutico, foi realizado uma nova avaliação em que a paciente relatou melhora no edema e ganho de força muscular e ADM. Desta forma, a conduta aplicada nesta paciente na Clínica de fisioterapia da faculdade Cathedral vem se mostrando eficaz. Entretanto, a paciente ainda faz uso recorrente das muletas para deambular, além de sentir intensa dores na região posterior dos joelhos ao flexionar e por isso não recebeu alta, constatando assim a necessidade de continuação com as sessões de fisioterapia.

Boa Vista – RR, 13 de junho de 2018.


YONARA JÚLIA DE CASTRO TELES
CPF: 1268475



Requisito legal do art.

252

583/4

23.5

Lei Média

Paciente sofreu lesão no joelho esquerdo
em 04/2012. Foi redigido, e emitiu
o atestado de incapacidade
com validade base. Sem condições de
trabalho por 180 dias. An. ins. S.

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM 138340-1/154

13/08/18

