



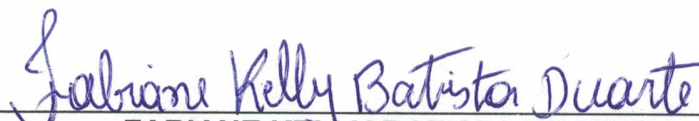
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**, Brasileira, Solteira, Auxiliar de Serviços Gerais, portadora da Carteira de Identidade nº 241994 SSP/RR e inscrita no CPF/MF sob o nº 788.121.782-00, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 901, Bloco: 06, Apto.: 203 – Andiroba, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69317-529, Tel.: (95) 99140-0178.

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: Professor Agnelo Bittencourt, nº 335, Bairro: Centro, CEP: 69301-430, Boa Vista-RR, Tel. (95) 3224-1634 / 99152-8288, E-mail: edsonsilvaadvocacia@hotmail.com, 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, acordar, discordar, firmar termo de compromisso, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 19 de junho de 2019.


FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

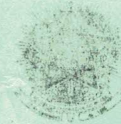
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo 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 mantê-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade dos seus direitos como trabalhador e cidadão, constitui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como instrumento de identificação.

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

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.00527.66-6

NÚMERO

2608469

SÉRIE

001-0

UF

RR

Fabiane Kelly Batista Duarte

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITA



NOME **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**

LOC. DE NASC. **BELEM**

PA **PA**

DATA DE NASC. **25/09/1984**

FILIAÇÃO **FLAVIO COSTA DUARTE**
SILVANA BATISTA DUARTE

DOC. APRESENTADO **R.G. 241994 SESP RR**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

LEI Nº 9.044, DE 10 DE MAIO DE 1995

RG **241994**

CNH

CPF

T. ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

NATURALIZADO PORT. M.J. Nº **DRT/RR**

DATA

LOCAL DA EMISSÃO

19/11/2001

DATA DA EMISSÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

ALTERAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**, Brasileira, Solteira, Auxiliar de Serviços Gerais, portadora da Carteira de Identidade nº 241994 SSP/RR e inscrita no CPF/MF sob o nº 788.121.782-00. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 901, Bloco: 06, Apto.: 203 – Andiroba, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69317-529, Tel.: (95) 99140-0178.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 2 de julho de 2019.



Fabiane Kelly Batista Duarte

Declarante



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0135283-0

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa 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: 003226892

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\$)
JULHO/2019	01/08/2019	150	157,24

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

AV JARDIM 901 B06 A203-ANDIROBA CIDADE SATELITE

RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.470400

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	9419		12/07/2019
Anterior:	9269		11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		12/08/2019
Consumo Medido:	150		11/07/2019
Consumo Faturado:	150	FCAM	12/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Forma de Faturamento	NORMAL	Fator de Potência		Dias de Consumo	31
Classe/Subclasse	Residencial	Ligação	14EB097440	Poste	1423372
		Número Medidor	1423372	Código Fat.	1.1.1.2
				Média 12 meses	281

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19	0
MAI/19	371
ABR/19	339
MAR/19	337
FEV/19	298
JAN/19	284
DEZ/18	310
NOV/18	374
OUT/18	261
SET/18	112
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 150 - 0,634620	
CONSUMO	150 A R\$ 0,764602 = 114,69
ILUMINACAO PUBLICA	42,55

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/07/2019. Em função das contas reavaliadas nesta fatura, o não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão de nome do consumidor na SERASA. Informações sobre a inclusão de nome do consumidor em SERASA, por favor, consultar a página 02 do boleto ou acessar o site www.roraimaenergia.com.br. No valor de R\$ 0,00, o valor histórico desta conta não é considerado para o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	327,16	

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

RESERVADO AO FISCO 9B21.C83F.CB81.2759.A4EB.FF0E.48A5.139A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	62,48	Base de Cálculo:	114,69
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	3,24	Valor do ICMS:	19,49
Encargos:	19,49	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
FLORESTA								
Período de Análise							05/2019	121,72

ROT: 32.001.24.20.470400



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal:

836500000001 0 57240075000 4 000000000135 4 28300719008 7



SEQ.: 00264 UC: 0135283-0 DT.LEIT.: 12/07/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 9419 NORMAL TOTAL: 157,24 CARGA: 017
DT.VENC.: 01/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1202



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **FABIANE KELLY BATISTA DUARTE**, Brasileira, Solteira, Auxiliar de Serviços Gerais, portadora da Carteira de Identidade nº 241994 SSP/RR e inscrita no CPF/MF sob o nº 788.121.782-00, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Avenida Jardim, nº 901, Bloco: 06, Apto.: 203 – Andiroba, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69317-529, Tel.: (95) 99140-0178.

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, 2 de julho de 2019.



Fabiane Kelly Batista Duarte
FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

CONTRATO DE PRECATORIO
CNPJ: 05.672.841/0001-69

CC: UFRR
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fila
675	FABIANE KELLY BATISTA DUARTE	514225	40	1
	AUXILIAR DE LIMPEZA	Admissão:	29/09/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	22,00	880,00	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	32,80	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	26,67	
8783	DIAS FERIAS	2,00	80,00	
8787	DIAS JUSTIFICADOS	6,00	240,00	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		98,14
8794	DIAS FALTAS DSR	2,00		80,00
812	INSS FERIAS	8,00		8,53
998	I.N.S.S.	8,00		75,20
8792	DIAS FALTAS	2,50		100,00

TAU VILLE ROY 341
Conta salário: 17525-9

Agência: 1352 -

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.259,47	361,87
Valor Líquido ➡	897,60

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
--------------	------------------	-------------------	-------------	-------------------	------------

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Fabiane Kelly B. Duarte
Assinatura do Funcionário

06/06/19

Assinatura do Destinatário

VIVA - COMERCIO E SERVICOS LTDA - EPP

05.672.841/0001-69

CC: UFRR

Mensalista

Folha Mensal

Abril de 2019

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filia

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

514225

40

1

AUXILIAR DE LIMPEZA

Admissão:

29/09/2016

Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
DIAS NORMAIS	30,00	1.200,00	
SALARIO FAMILIA	1,00	32,80	
I.N.S.S.	8,00		96,00
		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.232,80	96,00
		Valor Líquido ➡	1.136,80
Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês
,00	1.200,00	1.200,00	96,00
		Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
		914,41	0,00

E ROY 341

ário: 17525-9

Agência: 1352 -

Declaro ter recebido a importância liquidada discriminada neste recibo.

FABIANE KELLY BATISTA DUARTE
Assinatura do Funcionário

Data

10/04/19



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024891/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/07/2017 08:57

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

Origem: Polícia Judiciária Data: 17/07/2017

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Dom José Aparecido

Bairro: Cidade Satélite

Ponto de Referência: Supermercado Goiania

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Belém

Sexo: Feminino

Nasc: 25/09/1984

Profissão: Encarregado de Limpeza

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Silvana Batista Duarte

Nome do Pai: Flávio Costa Duarte

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av.: Jardim

Bairro: Cidade Satélite

Nº: 901

Complemento: Bl. 06, Apart. 203, Cond.

Telefone: (95) 99140-0178 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

RELATO/HISTÓRICO

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

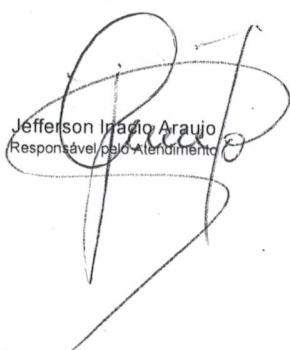
ASSINATURAS



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 17/07/2017 09:34
Protocolo nº: Não disponível

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024891/2017


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento


Fabiane Kelly Batista Duarte
Vítima


Fabiane Kelly Batista Duarte
Comunicante

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

BLOCO B

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



1700710533 15/01/2017 01:50:03 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE Data Nascimento: 25/09/1984 Idade: 32 A 3 M 20 D CNS: 898003949086465 CPF: 78812178200 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SESP/RR Data Emissão: 10/01/2013 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BELEM - PA

Mão: SILVANA BATISTA DUARTE Pai: FLAVIO COSTA DUARTE Contato: (95) 99111-8467 Ocupação:

Endereço: RUA - VILA JARDIM - - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Glass. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sís Pronatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: WESLEN.ROCHA

Queixa Principal: Pol. Trauma. ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Pot. pol. traum. t. zoda. agitada. Não permitindo equipe trabalhar. Segurança. cd: sedo levemente para fazer med. das iniciais.

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica: Do ex: estável no hemodinâmico - Sol. TC de Abd. e Crânio.

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

PRESCRIÇÃO: Halobol (1m) 5mg. 2 diazepam 5mg (eu). 2 acesso cateteres.

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

Matheus Molina MEDICO CRM: N° 1880/RR

Conduta: SF 0,9% 500ml @ 6/6h. 6M 50% 4ml. ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revolta ☐ Transferência para: BVCO ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 15 JAN. 2017

óbito: Antés do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico:

Impresso por: weslen.rocha Data Hora: 15/01/2017 01:50:56

1700710533

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 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE: <i>Edson Silva Santiago</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>8191210613191419101816141615</i> 8 - DATA DE NASCIMENTO: <i>25/09/84</i> 6 - N° DO PRONTUÁRIO: <i>155245</i> 9 - SEXO: <i>F</i> 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: <i>Silvana Batista Duarte</i> 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): <i>Rua Jaramim</i> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>Boa Vista</i> 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: <i>RR</i> 15 - UF: <i>RR</i> 16 - CEP: <i>7068</i>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>do. de fúria</i>	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>do. de fúria</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>do. de fúria</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>de fúria</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>do. de fúria</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL: <i>S020</i> 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>do. de fúria</i>	
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 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - SÉRIE 39 - CNPJ DA EMPRESA 40 - CBOE 41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Governo do Estado de Pernambuco
Ministério Público do Estado de Pernambuco

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		Fadoense Kelly Batista Duarte		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS		Bucaramiêlo		
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	SND	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
16/04/17	1 Disl. de pulm. / Estenose (V)			
	2 SF 0941560 (FV) 8/18	14:20 06'	12:00 PA 100/55	
	3 Colazepam 1 (FV) 8/18	14:20 06'	FC 88	
	4 Telmisartan 40 (FV) 12/12	08:10 06'		
	5 Tramadol 50 (FV) 8/18	08:10 06'	37h PA = 120 + 70	
	6 Omeprazol 20 (FV) 10/10	08:10 06'	P = 302	
	7 Dexametasona 4 (FV) 8/18	08:10 06'		
	8 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'	24h PA 107x77	
	9 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'	FC 92	
	10 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	11 Disl. de pulm. / Estenose (V)	08:10 06'		
	12 Disl. de pulm. / Estenose (V)	08:10 06'	06h 54x65	
	13 Tramadol 50 (FV) 8/18	08:10 06'	FC 84	
	14 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	15 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	16 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	17 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	18 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	19 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	20 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	21 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	22 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	23 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	24 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	25 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	26 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	27 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	28 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	29 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		
	30 Colazepam 1 (FV) 8/18	08:10 06'		

ok

Sheld

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

PRÉ-OP:

ALERGIA: ☐ NÃO ☐ SIM:

NOME	LEITO	DATA	HD	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:
1 TABARA <u>Leily Batista Brito</u>	204-03	20/01/12			
2 Dieta zero <u>SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h a partir das 22h</u>	<u>SND</u>				
3 <u>Dipirona 1g EV de 6/6h SN</u>	<u>24-22</u>				
4 <u>Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN OU Ondansetrona 4g EV de 8/8h SN</u>	<u>SN</u>				
5 <u>Omeprazol 40mg EV 1x/dia</u>	<u>SN</u>				
6 <u>Aferir PA 1h antes da cirurgia</u>	<u>06 NTP</u>				
7 <u>Captopril 25mg VO se PAS>160mmhg e ou PAD>110mmhg</u>	<u>06 NTP</u>				
8 <u>Dextro de 6/6h</u>	<u>SN</u>				
9 <u>Atalax 16 gr 6/6h</u>	<u>11-17</u>				
10 <u>Paracetamol 200 gr 12/12h</u>	<u>18-24</u>				
11 <u>Insulina Regular</u>	<u>10-12</u>				
12					
13					
14					
17					

SINAIS VITAIS				DEXTRO	INSULINA Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
PA	<u>130x80</u>	<u>110x80</u>		< 200	0 UI - SC	<u>11:00</u>	<u>130</u>	
FC	<u>80</u>	<u>79</u>		201-250	02 UI - SC	<u>17:00</u>	<u>135</u>	
TEMPERATURA	<u>36,8°C</u>	<u>36,5°C</u>		251-300	04 UI - SC	<u>22:00</u>	<u>80</u>	
FR				301-350	06 UI - SC	<u>06:00</u>		
DIURESE				351-400	08 UI - SC			
EVACUAÇÃO				>400	10 UI - SC			
CURATIVO					CHAMAR PLANTONISTA			

130x80 110x80
80 79
36,8°C 36,5°C
24-22
SN
06 NTP
11-17
18-24
10-12

24-22
SN
06 NTP
11-17
18-24
10-12

[illegible]

[illegible]

UNIDADE/SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO	
	204	03	133 x 99 mm	
NOME DO PACIENTE:	Edson Silva Santiago			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:	Edson Silva Santiago			
DATA/HORA:	26/04/17	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	OBSERVAÇÕES:
		1) 100% 250 mg 8/18 R	17.22 06	
		2) 50% 250 mg 8/18 R	18.28 06	
		3) 50% 250 mg 8/18 R	19.28 06	
		4) 50% 250 mg 8/18 R	20.28 06	
		5) 50% 250 mg 8/18 R	21.28 06	
		6) 50% 250 mg 8/18 R	22.28 06	
		7) 50% 250 mg 8/18 R	23.28 06	
		8) 50% 250 mg 8/18 R	24.28 06	
		9) 50% 250 mg 8/18 R	25.28 06	
		10) 50% 250 mg 8/18 R	26.28 06	
		11) 50% 250 mg 8/18 R	27.28 06	
		12) 50% 250 mg 8/18 R	28.28 06	
		13) 50% 250 mg 8/18 R	29.28 06	
		14) 50% 250 mg 8/18 R	30.28 06	
		15) 50% 250 mg 8/18 R	31.28 06	
		16) 50% 250 mg 8/18 R	32.28 06	
		17) 50% 250 mg 8/18 R	33.28 06	
		18) 50% 250 mg 8/18 R	34.28 06	
		19) 50% 250 mg 8/18 R	35.28 06	
		20) 50% 250 mg 8/18 R	36.28 06	
		21) 50% 250 mg 8/18 R	37.28 06	
		22) 50% 250 mg 8/18 R	38.28 06	
		23) 50% 250 mg 8/18 R	39.28 06	
		24) 50% 250 mg 8/18 R	40.28 06	
		25) 50% 250 mg 8/18 R	41.28 06	
		26) 50% 250 mg 8/18 R	42.28 06	
		27) 50% 250 mg 8/18 R	43.28 06	
		28) 50% 250 mg 8/18 R	44.28 06	
		29) 50% 250 mg 8/18 R	45.28 06	
		30) 50% 250 mg 8/18 R	46.28 06	
		31) 50% 250 mg 8/18 R	47.28 06	
		32) 50% 250 mg 8/18 R	48.28 06	
		33) 50% 250 mg 8/18 R	49.28 06	
		34) 50% 250 mg 8/18 R	50.28 06	
		35) 50% 250 mg 8/18 R	51.28 06	
		36) 50% 250 mg 8/18 R	52.28 06	
		37) 50% 250 mg 8/18 R	53.28 06	
		38) 50% 250 mg 8/18 R	54.28 06	
		39) 50% 250 mg 8/18 R	55.28 06	
		40) 50% 250 mg 8/18 R	56.28 06	
		41) 50% 250 mg 8/18 R	57.28 06	
		42) 50% 250 mg 8/18 R	58.28 06	
		43) 50% 250 mg 8/18 R	59.28 06	
		44) 50% 250 mg 8/18 R	60.28 06	
		45) 50% 250 mg 8/18 R	61.28 06	
		46) 50% 250 mg 8/18 R	62.28 06	
		47) 50% 250 mg 8/18 R	63.28 06	
		48) 50% 250 mg 8/18 R	64.28 06	
		49) 50% 250 mg 8/18 R	65.28 06	
		50) 50% 250 mg 8/18 R	66.28 06	
		51) 50% 250 mg 8/18 R	67.28 06	
		52) 50% 250 mg 8/18 R	68.28 06	
		53) 50% 250 mg 8/18 R	69.28 06	
		54) 50% 250 mg 8/18 R	70.28 06	
		55) 50% 250 mg 8/18 R	71.28 06	
		56) 50% 250 mg 8/18 R	72.28 06	
		57) 50% 250 mg 8/18 R	73.28 06	
		58) 50% 250 mg 8/18 R	74.28 06	
		59) 50% 250 mg 8/18 R	75.28 06	
		60) 50% 250 mg 8/18 R	76.28 06	
		61) 50% 250 mg 8/18 R	77.28 06	
		62) 50% 250 mg 8/18 R	78.28 06	
		63) 50% 250 mg 8/18 R	79.28 06	
		64) 50% 250 mg 8/18 R	80.28 06	
		65) 50% 250 mg 8/18 R	81.28 06	
		66) 50% 250 mg 8/18 R	82.28 06	
		67) 50% 250 mg 8/18 R	83.28 06	
		68) 50% 250 mg 8/18 R	84.28 06	
		69) 50% 250 mg 8/18 R	85.28 06	
		70) 50% 250 mg 8/18 R	86.28 06	
		71) 50% 250 mg 8/18 R	87.28 06	
		72) 50% 250 mg 8/18 R	88.28 06	
		73) 50% 250 mg 8/18 R	89.28 06	
		74) 50% 250 mg 8/18 R	90.28 06	
		75) 50% 250 mg 8/18 R	91.28 06	
		76) 50% 250 mg 8/18 R	92.28 06	
		77) 50% 250 mg 8/18 R	93.28 06	
		78) 50% 250 mg 8/18 R	94.28 06	
		79) 50% 250 mg 8/18 R	95.28 06	
		80) 50% 250 mg 8/18 R	96.28 06	
		81) 50% 250 mg 8/18 R	97.28 06	
		82) 50% 250 mg 8/18 R	98.28 06	
		83) 50% 250 mg 8/18 R	99.28 06	
		84) 50% 250 mg 8/18 R	100.28 06	

Assinatura do Médico Assistente
Rodrigo da Silva Araújo
CRM 15.567

Dr. Rodrigo da Silva Araújo

Assinatura do Enfermeiro

ROTIUNO

9

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RORAIMA
GOVERNO SOLIDÁRIO

Ula
02/10/19

BLOCO B

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

HOSPITAL		Pront. 155245			
NOME DO PACIENTE		SUS 704002893704066			
FABIANE Kely Batista Duarte					
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO		UF	
R. Zilda Tavelem, 00, Ap. 203, Cidade Sat		Boa Vista		RR	
CEP	DATA NASCIMENTO	SEXO:	CONDIÇÃO:	FILHO	IRMÃO
	25/09/84	MASCULINO ☐ FEMININO ☒	CONJUGE ☐	2	3
			1		4
Nº CPF/CI		Nº REGISTRO DE NASCIMENTO		PIS/PASEP/Individual	
NOME DO RESPONSÁVEL					
Silviana Batista Duarte					
Nº DA C.A.T.		C.G.C DO EMPREGADOR			
CPF MED. SOLIC	PROC. SOLICITAD	CART. INT.	DATA EMISSÃO	OPF. MED. RESP.	ASS. MED. RESP.

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Parte com fratura de maxila com melhora de ponto angular	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Pront sob Antergel	
0404020526	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA	
clínico e radiológico	
5028	
W499	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
Fratura Le Fort II	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Internação	
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE EXAMINADOR	
Dr. Dennis Dinelly Cir. Buco Maxilo CRO/RR 505	
CLÍNICA	
CIRURGIA ☐	
PSQUIATRIA ☐	
OBSTETRÍCIA ☐	
TISIOLOGIA ☐	
CLÍN. MÉDICA ☐	
PEDIATRIA ☐	
DATA	
29/08/12	

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		
HGR				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES		
HGR				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Fabiane Kelly Batista Duarte		155245		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
7104002893704066		25/09/84		F
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
Silvana Batista Duarte				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - Cód. IEGE MUNICÍPIO		
Rua Jordem. Ap. 203, Celso Salati		15 - UF		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP		
São Borja-RS		RS		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Dor. Edema, creptac.				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
fratura C70				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Excl / físico / RX				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Fratura do Complexo C7. mobilizada				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Redução Cirúrgica Fratura Complexo C7. Mobilizada				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
CIBM	urgente	() CNS (x) CPF	71920033715	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
SERGIO KINCHA		29/6/15		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
[Assinatura e Carimbo]				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
15/6/15		[Assinatura e Carimbo]		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				



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

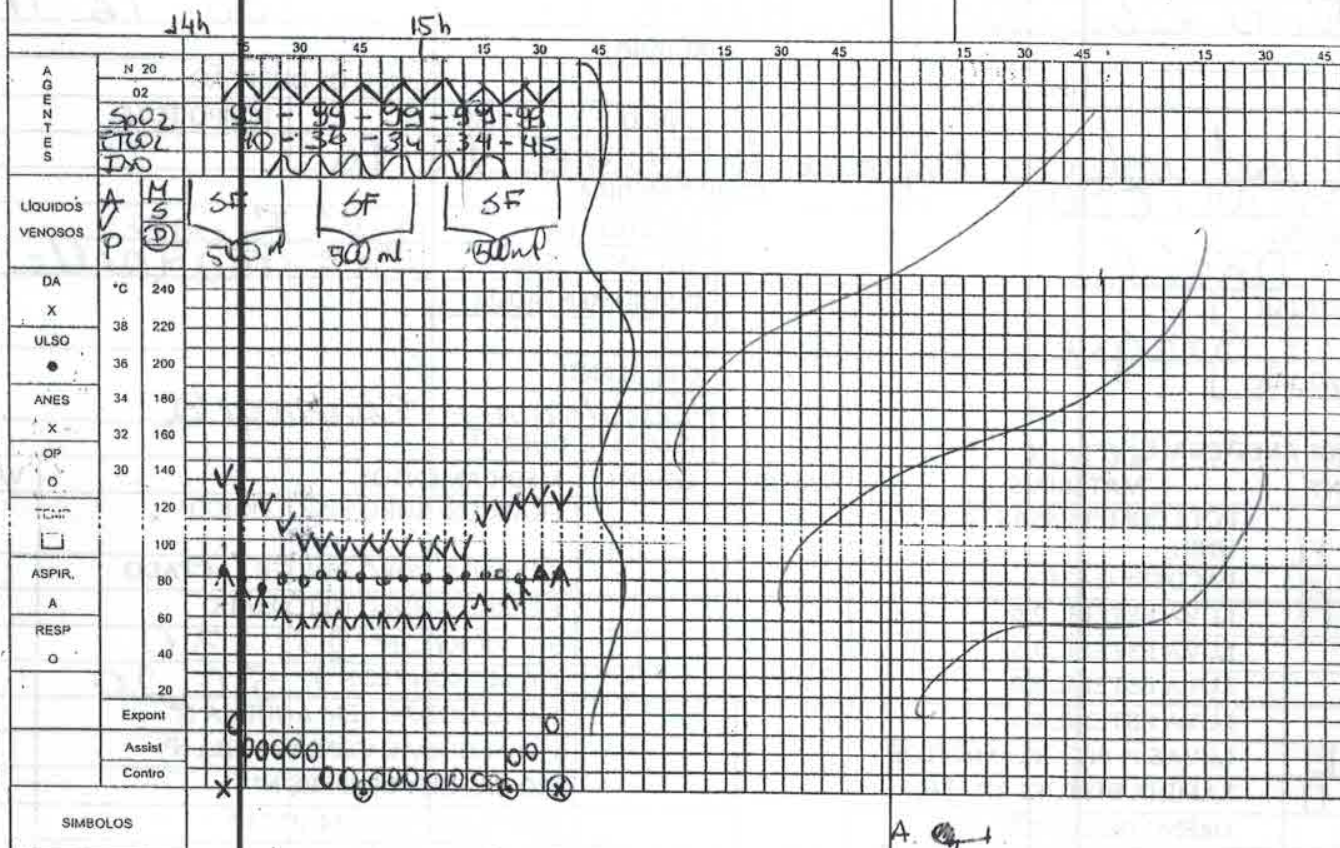
VIA AÉREA DIFÍCIL

FICHA DE ANESTESIA

Fabiane Kelly Duarte, 32a

	PRÉ-MEDICAÇÃO	DROGA	DOSE	HORA	EFEITO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

N° 30/06/17

A.

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Lidocaina 70mg.		Anestesia geral balanceada, sob VMC, em modo VCV.	x. Monitorização (ECG, SpO2, PNI, ETCO2)
B Fentanil 450mcg.			Pré-oxigenação c/O2 100% sob máscara
C Propofol 500mg.		C/ absorvedor de CO2.	2. Indução anestésica (ISR)
D Sulfúrio de Sódio 100mg.			3. Ventilação em 60A
E Roraima 40mg.			4. Laringoscopia direta c/ Cormack. 3A, dificuldades nas 2 primeiras tentativas de IOT
F			5. Ventilação sob máscara
G			6. IOT c/ fio guia, tubo 7.0ml
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDSD		Naso / Orofaríngeal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Cateter do Tubo 7.0ml.	
SF 500 + 500 + 500.		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica Alta.	
		TEMPO DE ANESTÉSIA	
TOTAL 1500ml.		1h 25'	
OPERAÇÃO	Osteomíntex de fratura frontal - maxilar		
ANESTÉSIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	
Dr. Erico / R2 Helder		Daniel	
			PE: DA SANGÜINEA.

Dr. Edico Gonçalves
Anestesiologista
CRM/RR 1514

7. Cefalotona sp.
8. Tiaraxican 40mg.
9. Hydrocortisone 300 - g
10. Dimerona sp.
11. Atropine 1mg.
12. Nystigmina 2mg.
13. Nalbain 30mg.
14. Diametazone 10mg.

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

Nome Feliana Kelly Lima Jr
Cirurgião Responsável Dr. Adalberto J. A.

Anestesista Dr. Érico

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

☐ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento

- Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☐ SÍTO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim

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

Data / / Assinatura e Carimbo
Hora: : :

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO

☒ 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 ANTITROMBÓTICA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

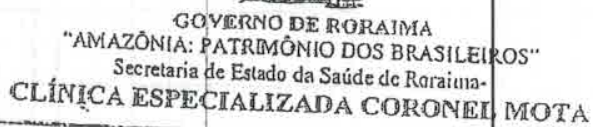
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

Dr. Edson Costa
Enfermeiro
COREN-RR 34.926

Assinatura e Carimbo



Avaliação de Risco Cirúrgico

HDA: Page of A) Dec

1. Ad-Sococumaxilo (sic)

Exame Físico: NDN

Cardiovascular: slight increase

Respiratório: ANUCLIA, 1/8A

FR:

Exames Complementares: NDN

Proposta: USCO-1 Pol. Ciudad



Assinatura e Carimbo



Nome: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE
Medico: DR. DENNIS DINELLY

Av. Mario Homem de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CNS: 6633668

Pedido: 0050005837
Idade: 32ano(s)
Coleta: 02/03/2017

EXAME: HEMOGRAMA

METODO: Automatizado
AMOSTRA: Sangue total (EDTA)

Eritrograma:

Hemácias: 4.380.000 mm³
Hemoglobina: 12,3 g/dl
Hematócrito: 38,0 %
V.C.M.: 86,76 fl
H.C.M.: 28,08 pg
C.H.C.M.: 32,37 %
RDW: 14,00 %

Leucograma:

Global: 5.390 / mm³

Diferencial	%.....	mm ³
Neut. Metamielocitos..	0,00 %	0.000
Neut. Bastonetes.....	0,00 %	0.000
Neut. Segmentados.....	53,40 %	2.878
Eosinofilos.....	2,50 %	0.135
Basofilos.....	0,40 %	0.022
Linfocitos.....	39,90 %	2.151
Monocitos.....	3,80 %	0.205
Blastos.....	0 %	0.000

Plaquetas: 292.000 mm³

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

Intervalo de Referencia :

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

3,5 a 10 x 10³/mm³

...mm³...
0 a 0
Ate 840
1.700 a 8.000
50 a 500
Ate 100
900 a 2.900
300 a 900
0 a 0

Luciane Silva de Lima
Farmaceutica-Bioquímica
CRF/RR - 451



Nome: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE
Medico: DR. DENNIS DINELLY

Av. Mario Homem de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CNES: 6633668

Pedido: 0050005837
Idade: 32ano(s)
Coleta: 02/03/2017

EXAME: GLICOSE DE JEJUM

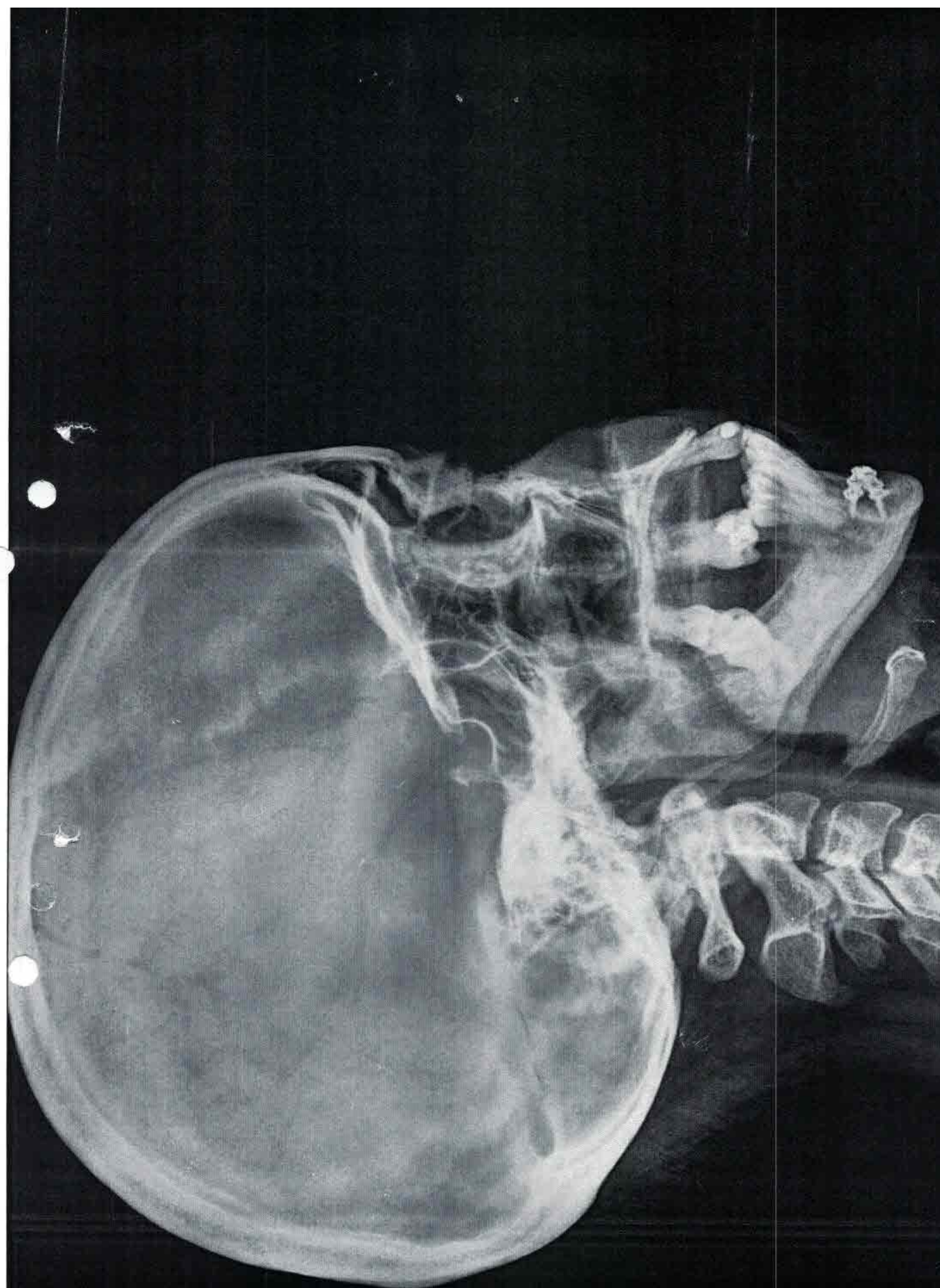
METODO: Enzimatico Colorimetrico (Automatizado)

AMOSTRA.....: Plasma (Fluoreto)

RESULTADO.....: 83 mg/dl

V.R.:60 A 99 mg/dl

Vanessa Gomes de Alcantara
Farmaceutica-Bioquimica
CRF/RR - 623



30/5/2017 10:26:27

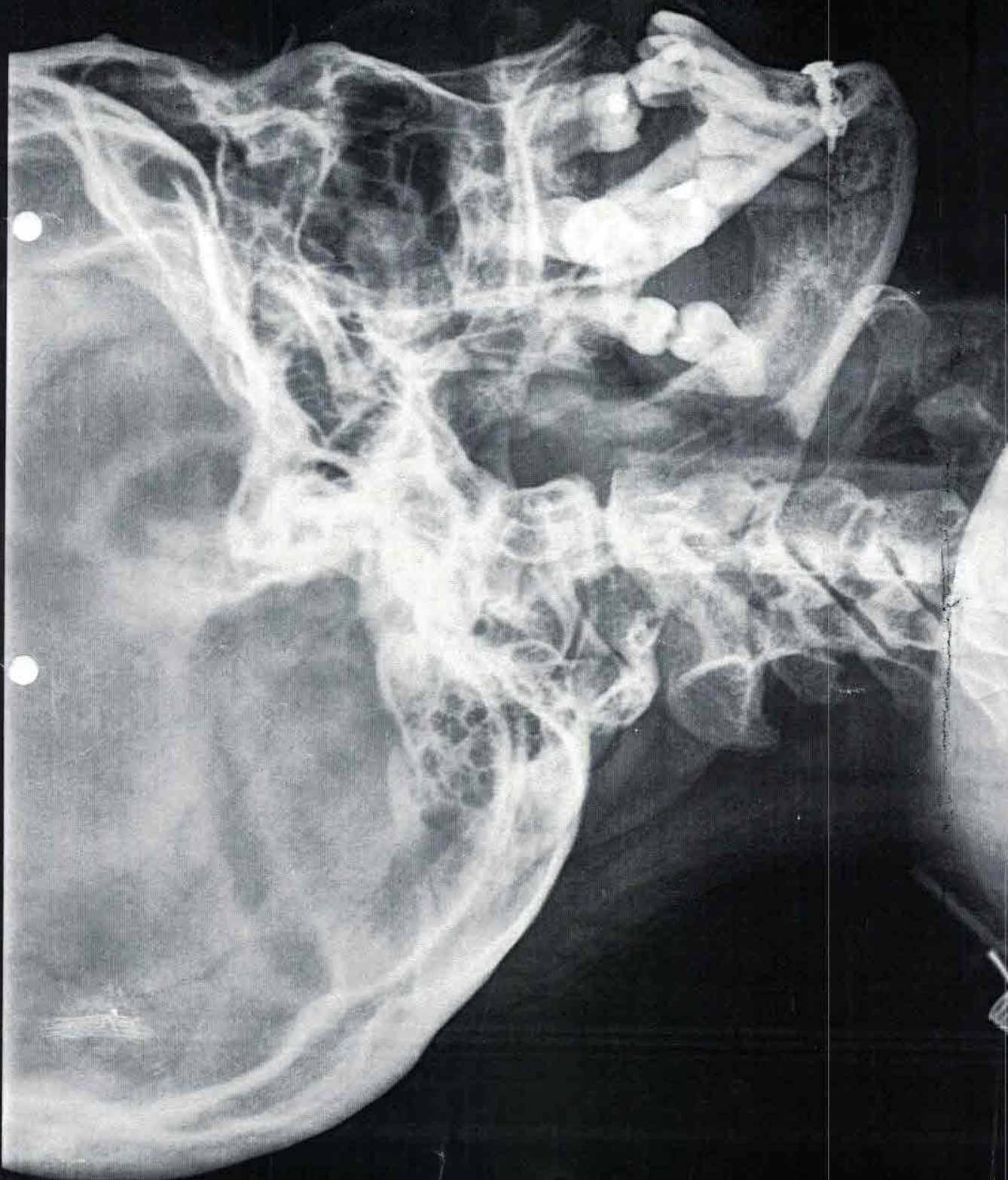
BLOCO/B L/218-5

67.1 %

, FABIANE KELLY

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





30/5/2017 10:26:27

BLOC0B L/218-5

78.2 %

FABIANE KELLY

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOC. B 218-05

TR.

17/2017 10:56:03

110,3 %



FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOC. B 218-05

1/7/2017 10:56:03

TR

102,1 %



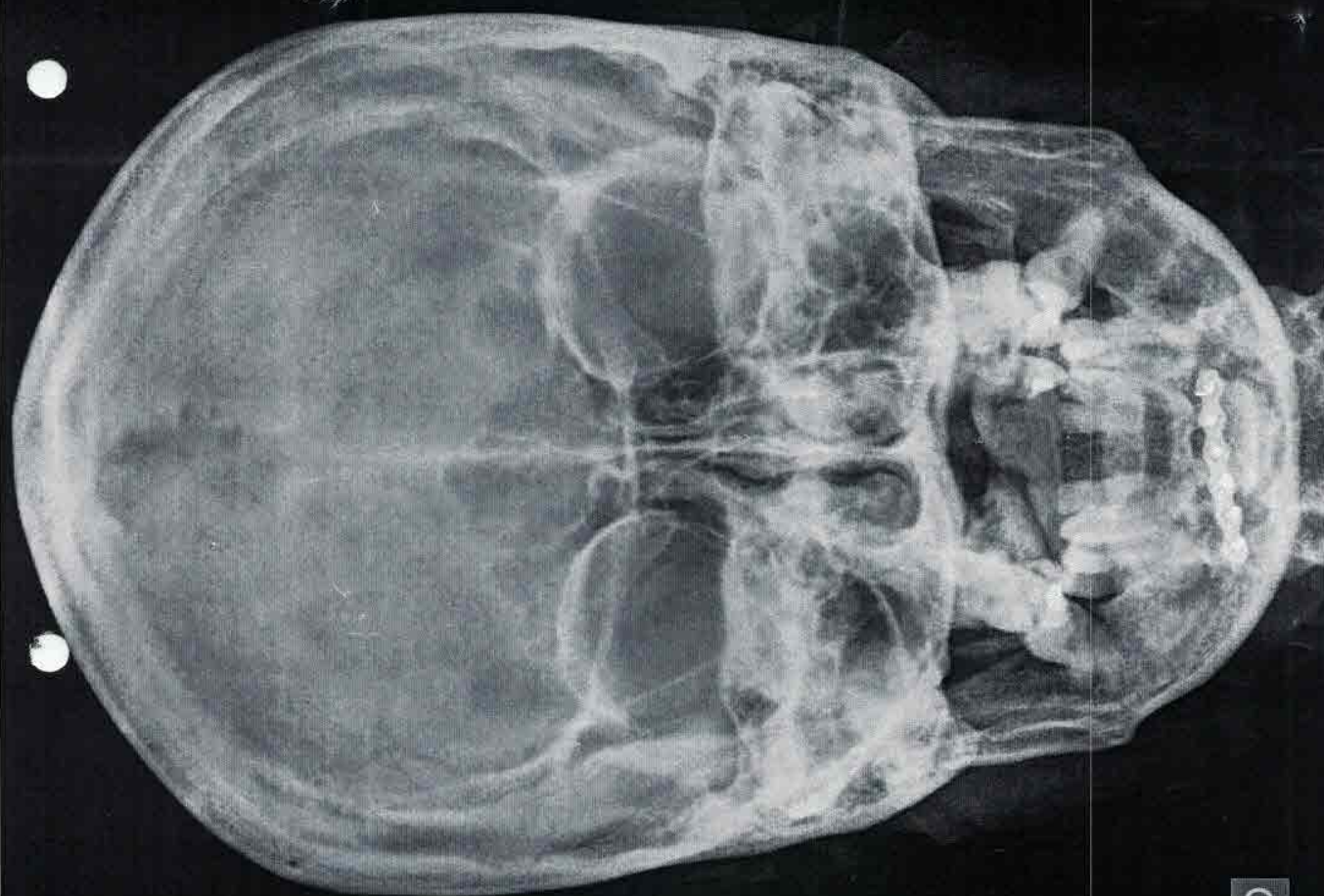
FABIANE KELLY BATISTA DUARTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

BLOC B 218-05

1/7/2017 10:56:03

102.1 %



D

FABIANE KELLY

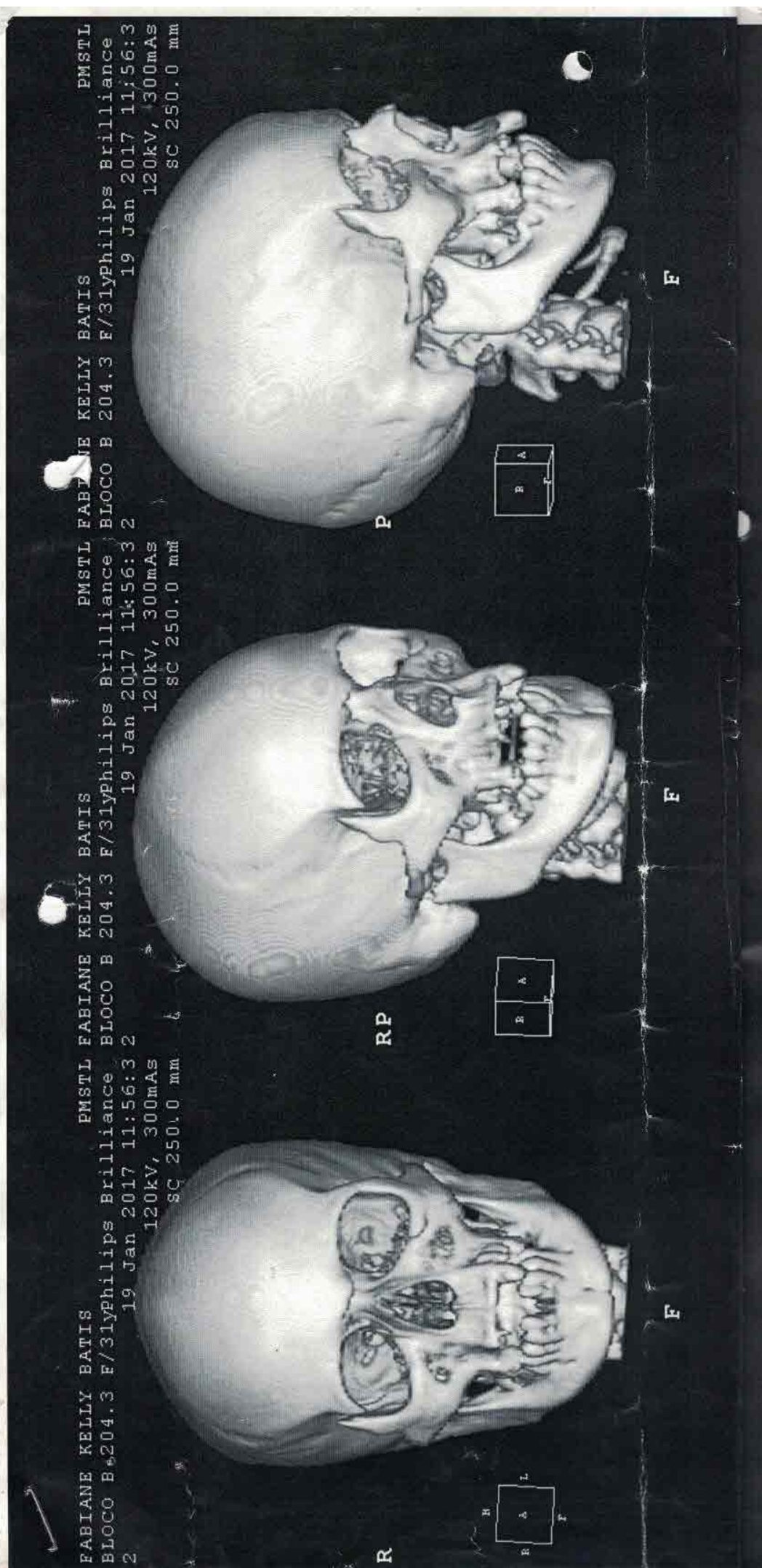
BLOCO/B: L/218-5

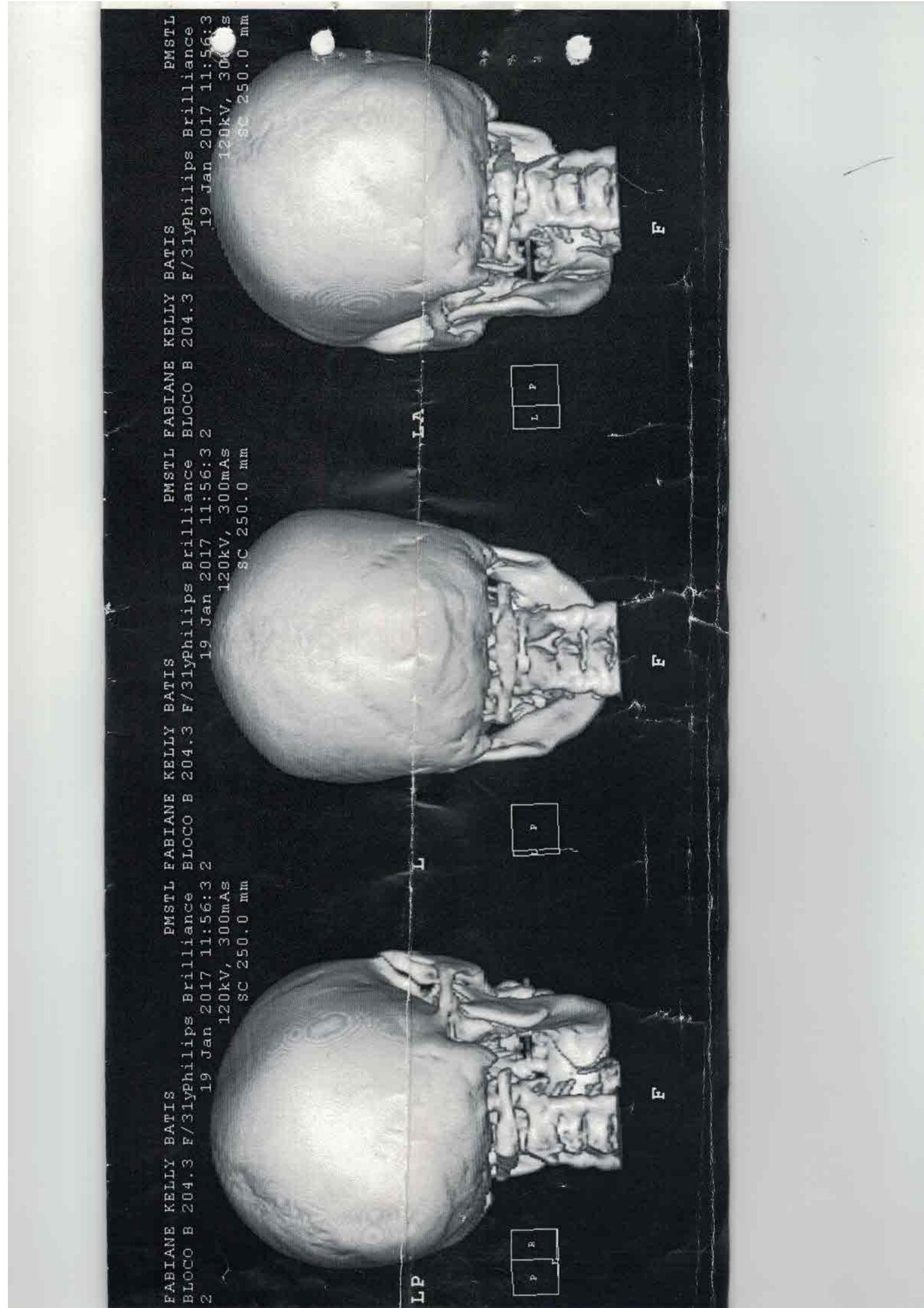
30/5/2017 10:26:27

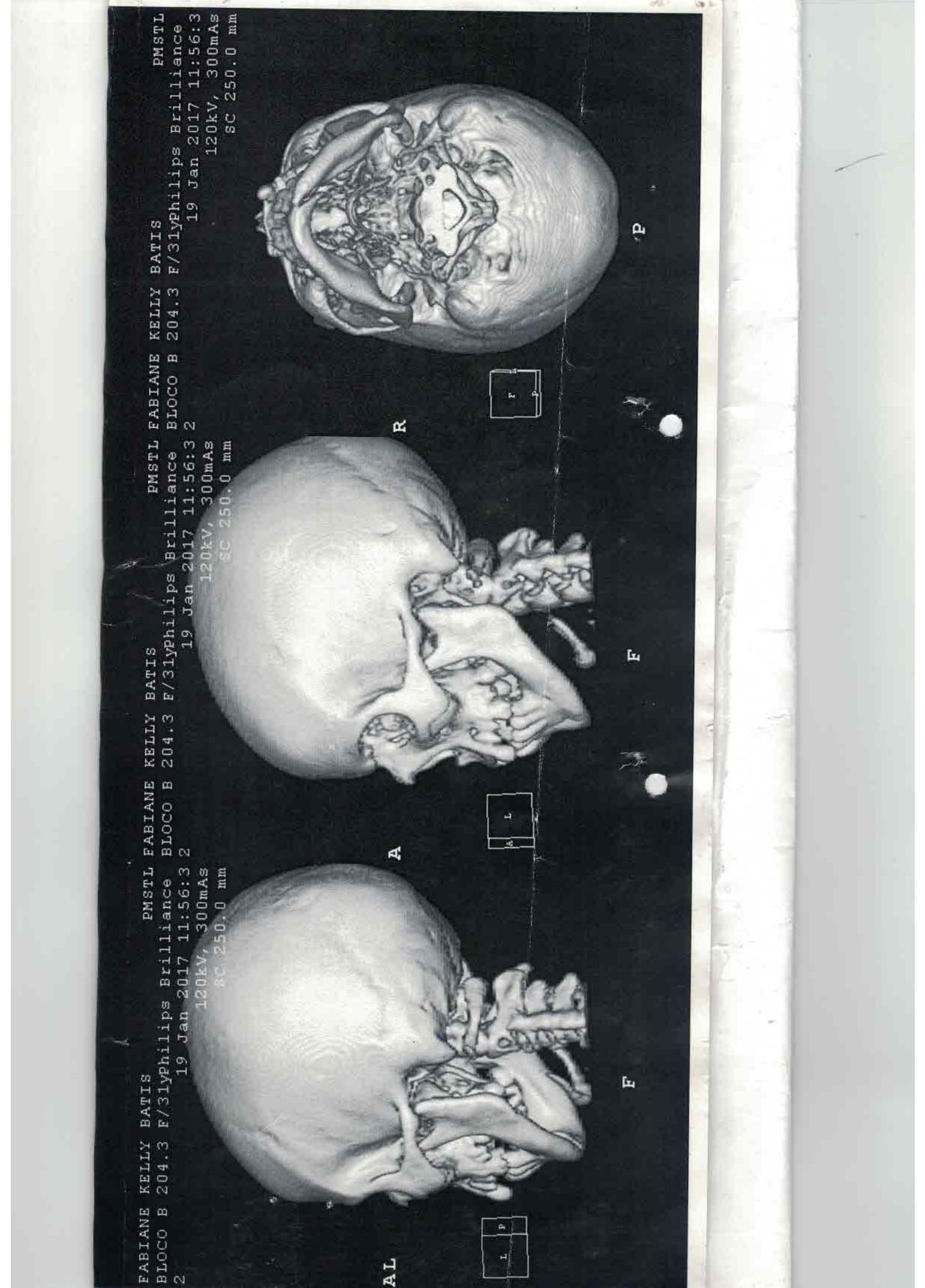
72.4 %

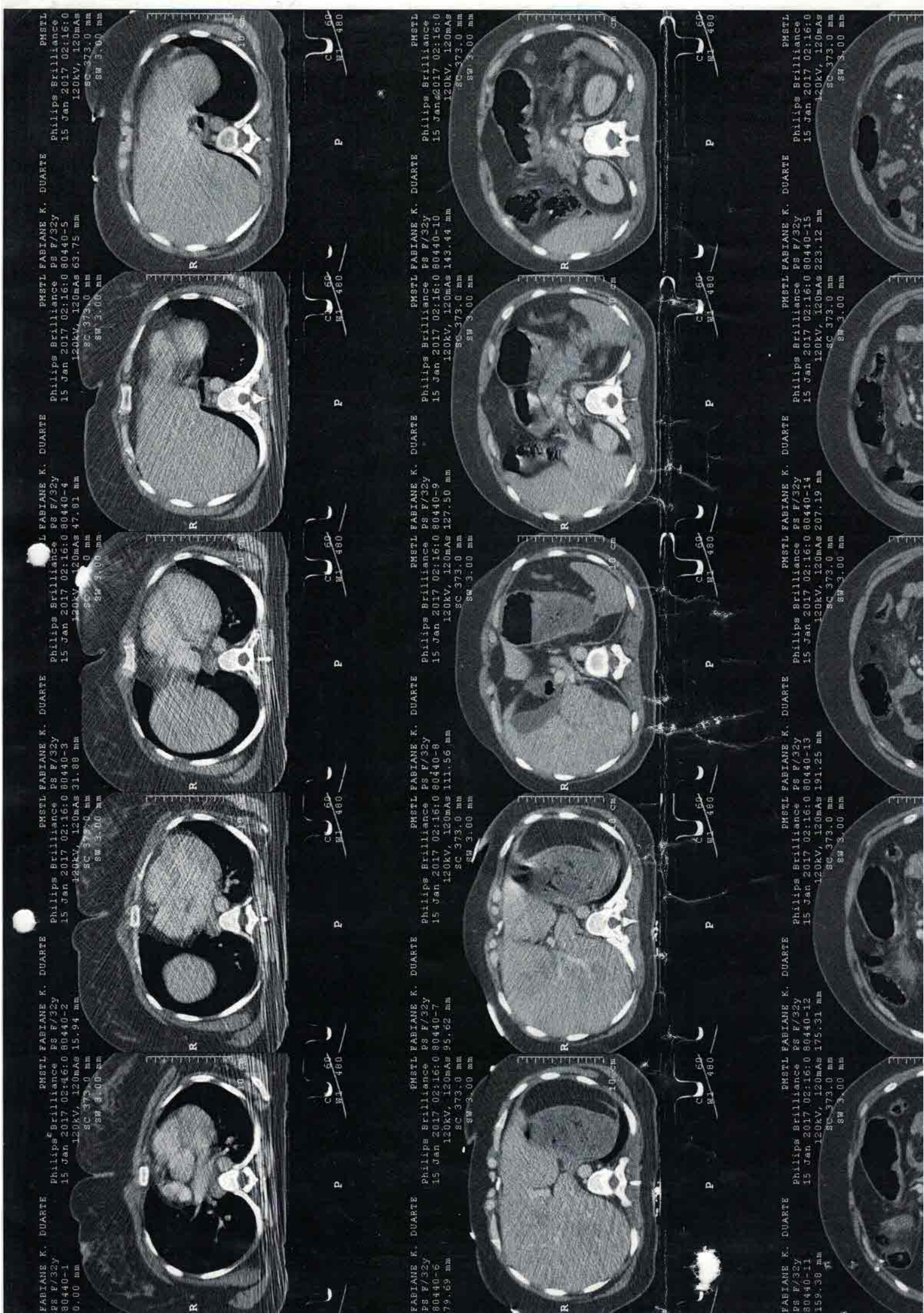


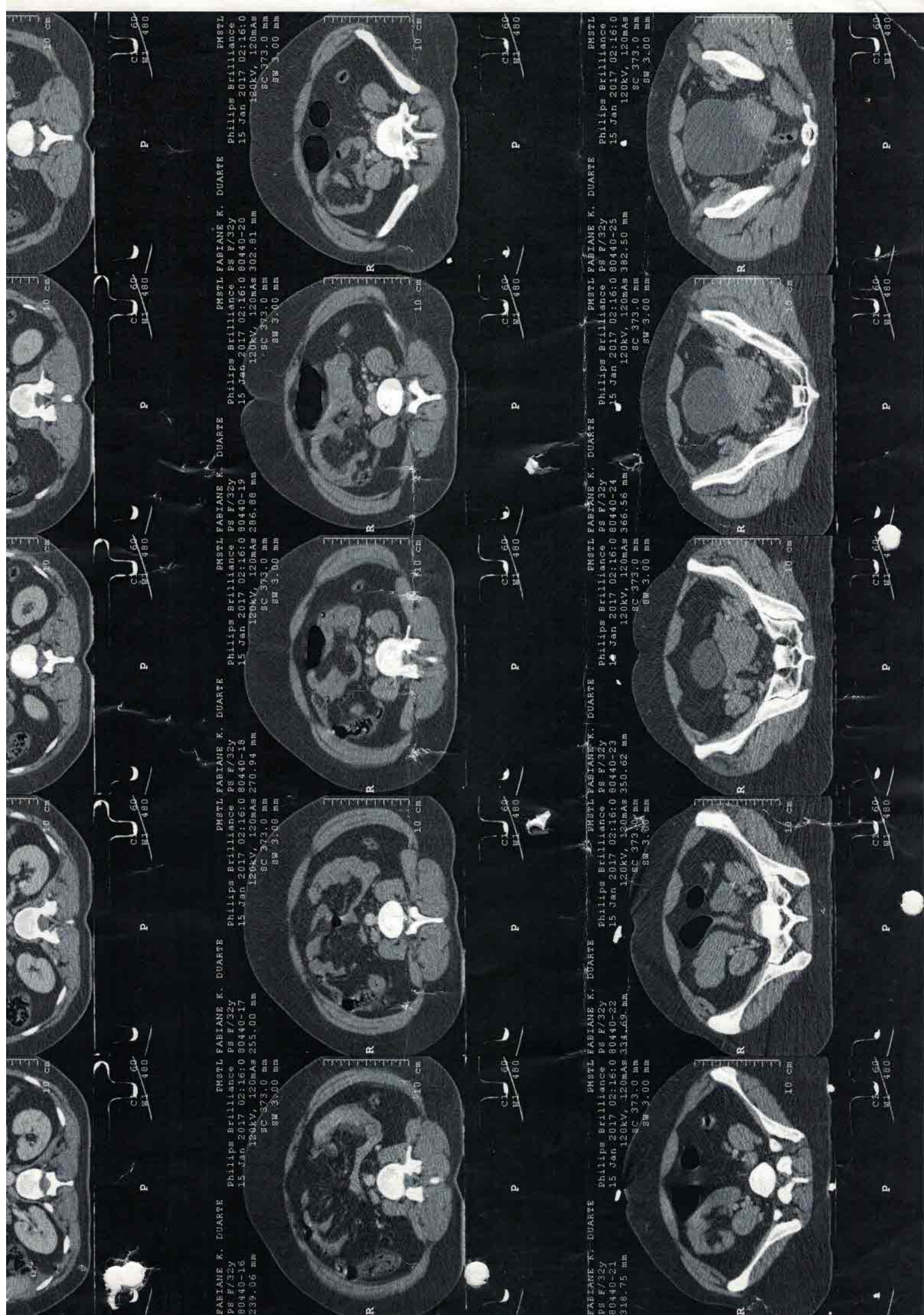
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

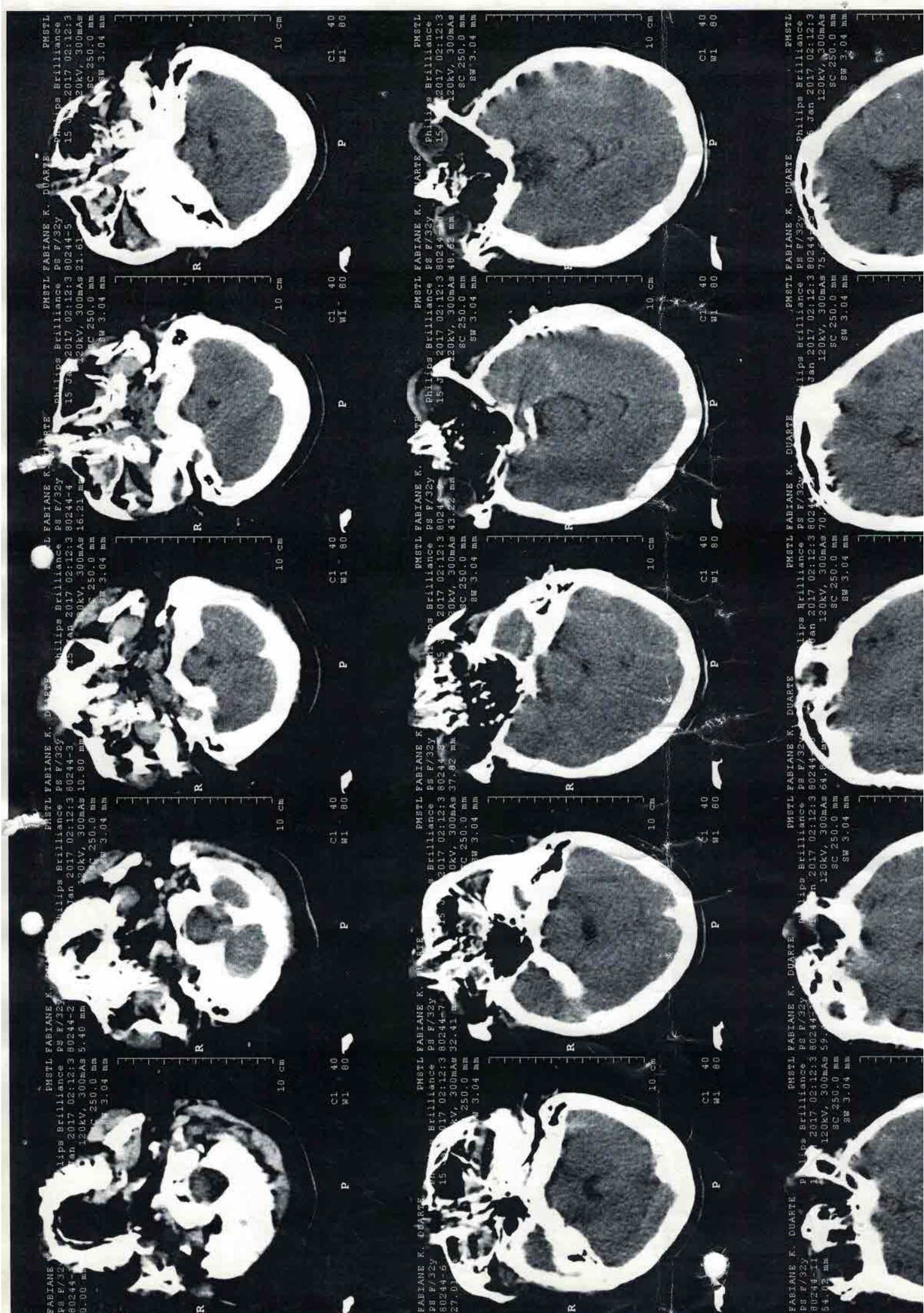


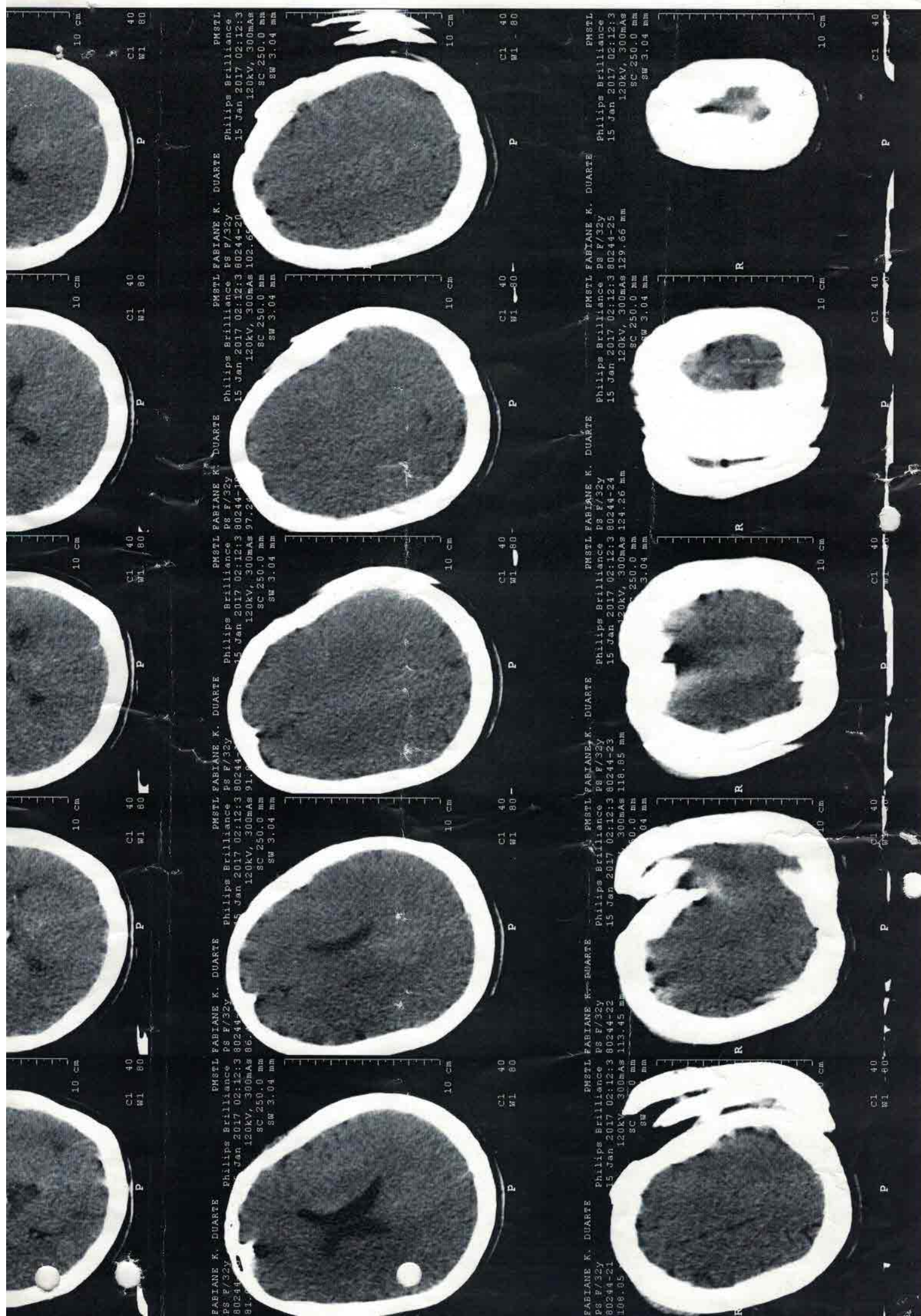


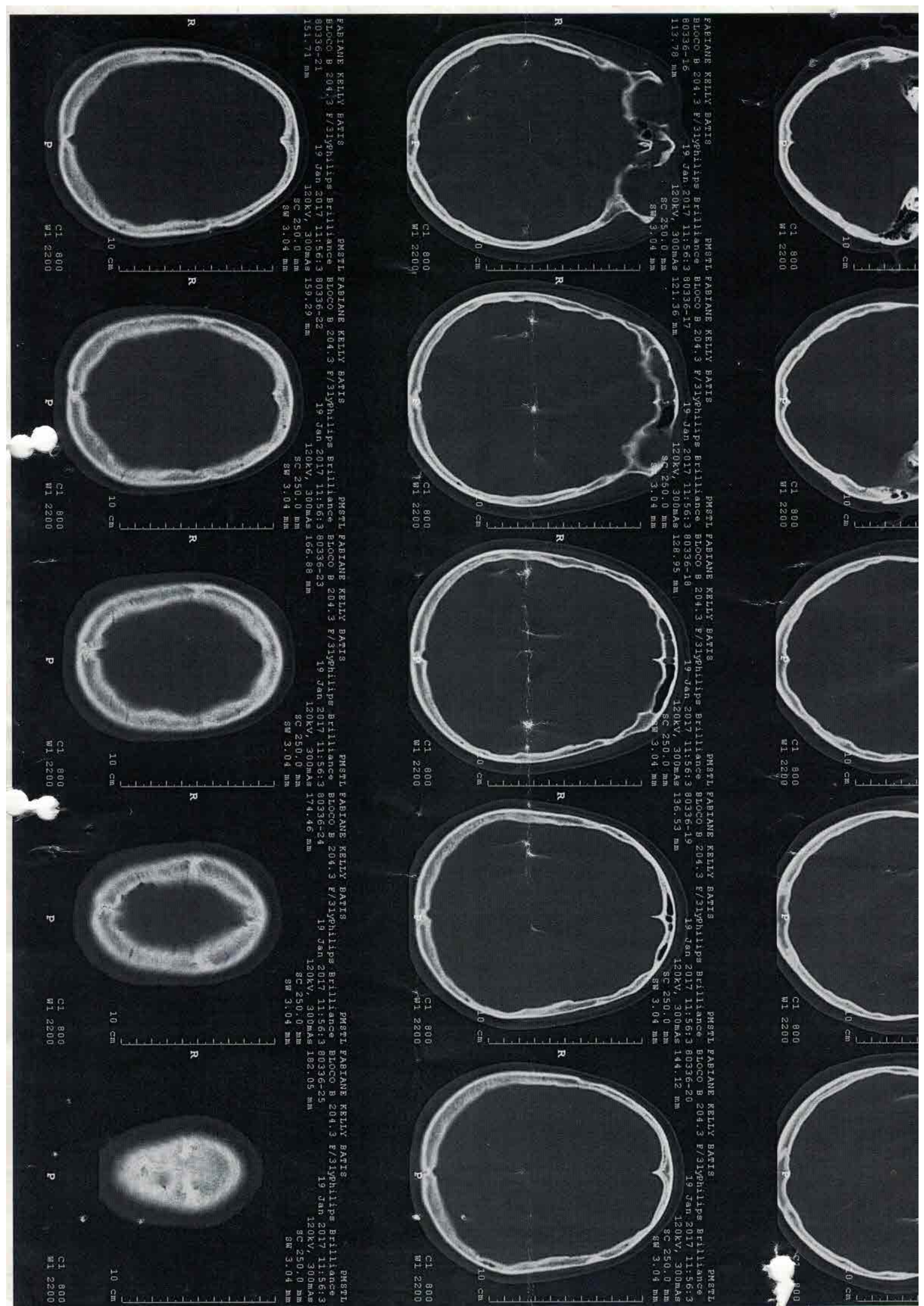


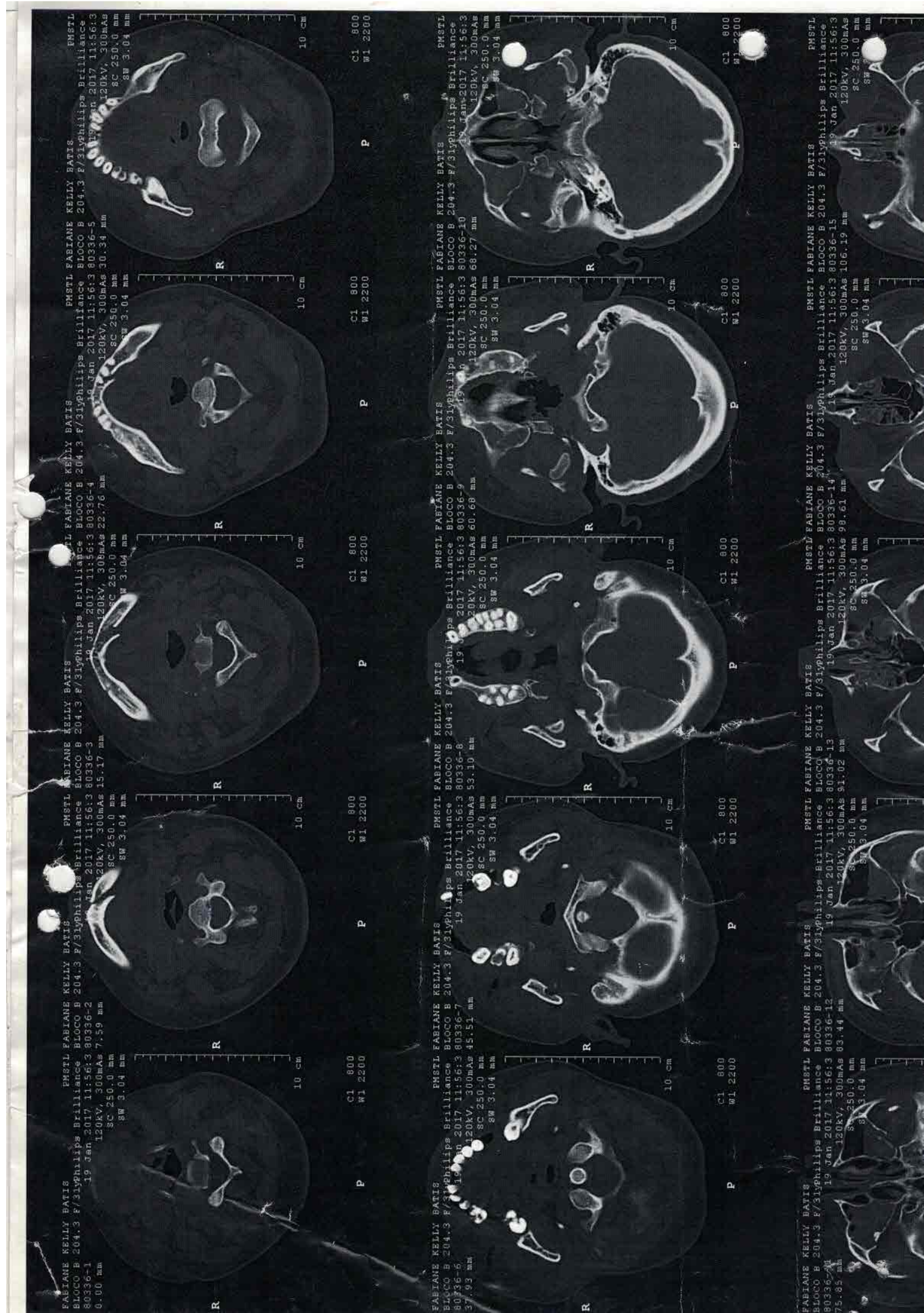












RESUMO DE ALTA

NOME:

Fabiane Kelly Batista Dande

DATA DA INTERNAÇÃO 29/06/17

DATA DA ALTA 02/07/2017

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CZO

TRATAMENTO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA COM PLACAS E PARAFUSOS. PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS. RETORNO AMBULATORIAL NO HOSPITAL CORONEL MOTA.

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucocomaxilofacial
& Implantodontia
CRO-RR 717

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, área operada em bom aspecto cicatricial.

ORIENTAÇÃO

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
- 2- Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.
- 3- RETORNAR NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO AMBULATÓRIO COM

Dr. Daniel Carvalho

NO DIA 05/07/17. às 08:00h.



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

Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180299270

Vítima: FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIMARIO ARAUJO DE AQUINO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIANE KELLY BATISTA DUARTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01821/01822 - carta_16 - INVALIDEZ

