

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

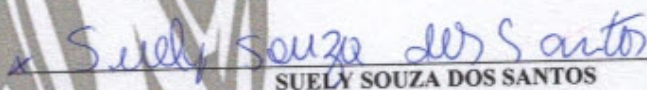
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. SUELY SOUZA DOS SANTOS, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 552692-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 515.926.902-97, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim B07 A201, nº 141, Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-529. Tel: (95) 99173-5242 E-mail: Suely.79@outlook.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 01 / 04 / 2019.


SUELY SOUZA DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

SUELY SOUZA DOS SANTOS, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 552692-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 515.926.902-97, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim B07 A201, nº 141, Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-529.

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, 01 / 04 / 2019.

Suely Souza dos Santos
SUELY SOUZA DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SUELY SOUZA DOS SANTOS, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 552692-2 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 515.926.902-97, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Jardim B07 A201, nº 141, Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-529.

DECLARO 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, 01 / 04 / 2019.

x Suely Souza dos Santos
SUELY SOUZA DOS SANTOS



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Suely Souza dos Santos, CPF nº 515.926.902-97

Residente e domiciliado à rua Av. Jardim B07 A201, nº 141, bairro

Cidade Satélite, na cidade de Boa Vista, estado de

Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Autônoma recebendo uma renda mensal em média de

R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 01 de abril de 2019.

✓ Suely Souza dos Santos
SUELY SOUZA DOS SANTOS

34

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2013/2014
de 02, 12, 14 a 30, 12, 14
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2014/2015
de 03, 05, 15 a 02, 06, 15
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2015/2016
de 03, 05, 16 a 02, 06, 16
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2016/2017
de 02, 02, 17 a 02, 03, 17
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

35

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /
Assinatura do empregador

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador FÁTIMA DJENANE
FERRIRA DOS SANTOS
CGC/MF 17.660.903-97
Rua PARAGUAI - CAUAME Nº 504
Município BOA VISTA Est. RR
Esp. do estabelecimento RESIDÊNCIA
Cargo DOMÉSTICA
CBO nº 5221-10
Data admissão 02 de MAIO de 2013
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R\$ 678,00 (SEIS
CENTOS E SETENTA E OITO REAIS)
Fátima Djennane Ferreira dos Santos
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º Marlon de Sousa Ribeiro
Data saída 11 de ABRIL de 2017
Fátima Djennane Ferreira dos Santos
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador FÁTIMA DJENANE
FERRIRA DOS SANTOS
CGC/MF 17.660.903-97
Rua PARAGUAI - CAUAME Nº 504
Município BOA VISTA Est. RR
Esp. do estabelecimento RESIDÊNCIA
Cargo DOMÉSTICA
CBO nº 5221-10
Data admissão 02 de MAIO de 2013
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R\$ 678,00 (SEIS
CENTOS E SETENTA E OITO
REAIS)
Fátima Djennane Ferreira dos Santos
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º Marlon de Sousa Ribeiro
Data saída 12 de ABRIL de 2017
Fátima Djennane Ferreira dos Santos
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - LESÕES CORPORAIS - Nº 0411/2018/IML/RR.
Destino: DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT/RR.

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha.
- Requisição: Nº 009/2018/SO/DAT. Referência: BO. Nº 003412/2018 DP: DAT.

NOME: SUELY SOUZA DOS SANTOS	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: MANAUS/AM
IDADE: 39 ANOS (26/05/1979)	SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	COR: PARDA
PROFISSÃO: DO LAR	ESCOLARIDADE: MÉDIO COMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 1532153-3 - SSP/AM	TELEFONE: (95) 99173-5242
FILIAÇÃO: MIGUEL FERREIRA DOS SANTOS e TEREZINHA SOARES DE SOUZA	
ENDEREÇO: RUA CASSIOPEIA - Nº 201 - VILA JARDIM - CONDOMÍNIO BURITI - BAIRRO	
CIDADE SATÉLITE - BOA VISTA/RR	
DATA/HORA DO EXAME: 24/01/2018, às 08 horas e 08 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo(a) Diretor(a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Periciada relata: "Acidente de trânsito 06/06/2017, atendida no HGR e fiz cirurgia".

DESCRIÇÃO:

- Deambulando com dificuldade e limitação de movimentos no pé direito; apresenta duas cicatrizes, uma com nove centímetros no terço inferior da perna, distal e em sentido vertical e outra com quatro centímetros na região maleolar medial em sentido horizontal.
- Apresenta ficha de atendimento HGR nº 1700784993, 06/06/2017 "trauma no tornozelo direito acidente de trânsito".
- Boletim operatório 15/06/2017: "Fratura luxação tornozelo direito, Jesus A. Lopes Aguirre, médico CRM-RR 566".
- Apresenta ainda exames radiográficos com sinais de fratura da tibia direita com utilização de placa metálica com sete parafusos e mais um parafuso no maléolo medial. Exame com datas de: 06/06/2017 e 10/11/2017. Seguem anexo cópia dos referidos exames radiográficos.

CONCLUSÃO:

- Acidente de trânsito com lesão no membro inferior direito (pé), com debilidade permanente.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- 4ª Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente?

DEBILIDADE PERMANENTE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO (PÉ).

É por ser verdade digital este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Marilice Souza de Carmo: M

Francisco F. Farias Jr.
Médico CRM 365-RR
Mat. 43002887

IML
Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 310 270 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



Dr. Antonio Medeiros
PERITO LEGISTA
CRM-RR-90
DAT
CONFERE COM ORIG
DATA: 28/01/19
Francisco S. S. S. S.
Agente Administrativo/Un
Mat. 1036747

2017-6-C

...:: Guia de Alendimento 02 ...

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



1700784993	06/06/2017 19:00:59	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	7
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
SUELY SOUSA DOS SANTOS	01/01/1983		34 A 5 M 5 D			15819	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE				F		PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe	Pai		Contato				
TEREZA SOUSA DOS SANTOS	CONSTA		(95) 99114-0649				
Endereço	Ocupação						
- VILA JARDIM - 221 - - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			ATLAS.GONZAGA			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	Truque me trouxe do Eclama Escrivães Dor e Permutação dos Membros de MTD B+G LOTE 11111111						
Exame Físico	Permutação dos Membros de MTD B+G LOTE 11111111						
Hipótese Diagnóstica	Truque MTD						
SADI - Exames Complementares	☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PREScrição	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
Dor no membro 2500 Stoxicoma 4000 ev	Dr. Atlas Gonzaga A. 06 JUN. 2017		20/27 06/15/17				
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☒ Alta a Revelia ☐ Transferência para		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:				
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: atlas.gonzaga Data Hora: 06/06/2017 19:01:21							



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 - Cód. IBGE MUNICÍPIO						15 - UF	
16 - CEP							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
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							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. 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							



0301060088-2039

**SEGURANÇA
DO PACIENTE****ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Nome do Paciente: Suelly Souza dos Santos
Data de Nasc: 26/05/1979
Bloco: B Leito: 210-3
Data 1 20 20 Horário: 14:00

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima – HGR.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alterações para o procedimento cirúrgico proposto.

Procedimento Cirúrgico: _____

Os principais riscos associados especificamente a este procedimento são: _____

O paciente e/ou responsável demonstrou entender o que foi explicado.

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura e Carimbo

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL

Eu _____

RG: _____ () Paciente () Responsável Declaro que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração (ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima; Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto.
2. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;
3. Estou ciente que em procedimento médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios;
4. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s), será necessário o emprego de anestesia cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas;
5. Autorizo o Médico acima citado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento;
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento cirúrgico.

Suelly Souza dos Santos

Assinatura do Paciente e/ou Responsável



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR, CNPJ: 84.013.408.0001/98



[illegible]

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDESEGURANÇA
DO PACIENTENome do Paciente: Suely Souza dos Santos
Data de Nasc: 26/05/1979
Bloco: B Leito: 210-3
Data 1 20 20 Horário:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima - HGR.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alterações para o procedimento cirúrgico proposto.

Procedimento Cirúrgico:
Os principais riscos associados especificamente a este procedimento são:

O paciente e/ou responsável demonstrou entender o que foi explicado.

Nome do Médico: CRM:

Assinatura e Carimbo

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL

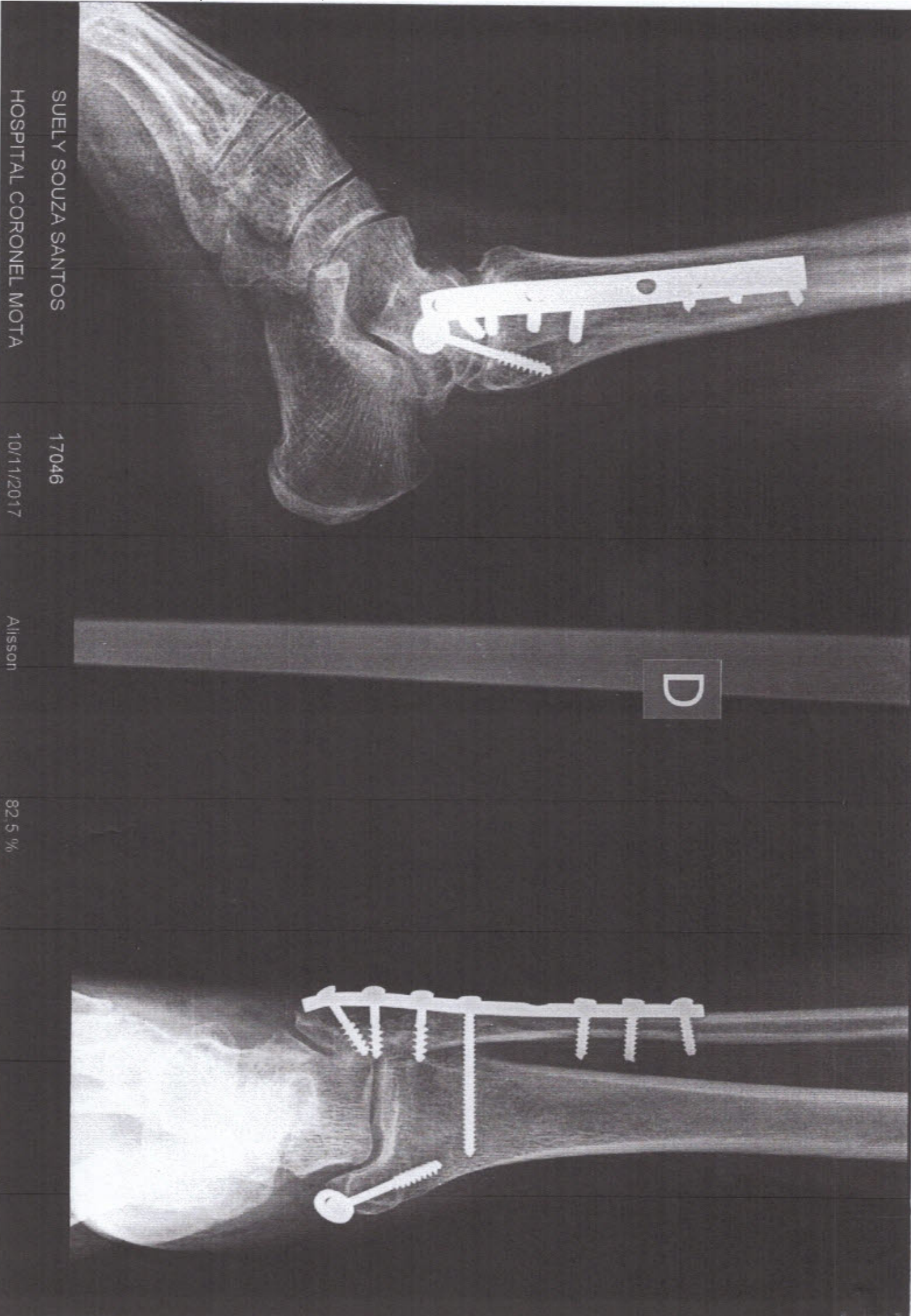
Eu
RG: () Paciente () Responsável Declaro que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração (ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima; Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto.
2. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;
3. Estou ciente que em procedimento médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios;
4. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s), será necessário o emprego de anestesia cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas;
5. Autorizo o Médico acima citado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento;
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento cirúrgico.

Suely Souza dos Santos
Assinatura do Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR, CNPJ: 84.013.408.0001/98

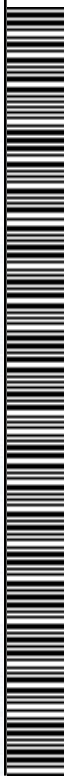
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		SUECY LOURD 201 MAR			
DIAGNÓSTICO		FRATURA LACER TÓRAX - R			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
34		210-3		13/06/17	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				14-22
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				12-18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				14-22
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				14-22
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				14-22
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				14-22
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				14-22
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14-22
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				14-22
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				14-22
13	CURATIVO DIÁRIO				14-22
14	SSVV + CCGG 6/6 H				14-22
15	N/A clorido				14-22
16					
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Paciente sem dor e com boa evolução					
16/06/17					
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia					
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia					
6 H	123x82	83	36,4°C		
12 H					
18 H	130/80	78	36,3°C		
24 H	135/80	101	36,7°C		

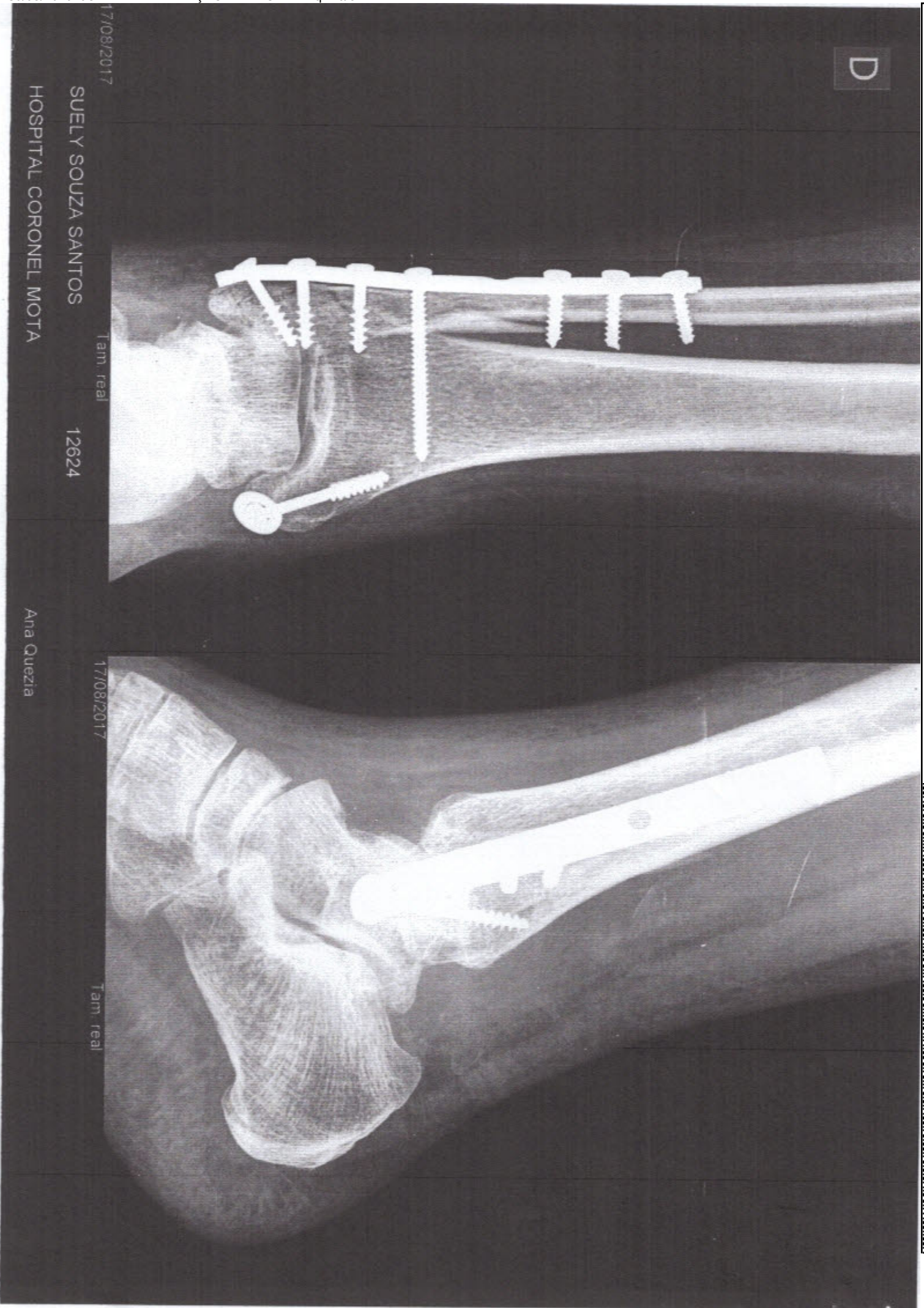


SUELY SOUZA SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA
17046
10/11/2017

Alisson

82.5 %





17/08/2017
SUELY SOUZA SANTOS
HOSPITAL CORONEL MOTA
12624

Ana Quezia



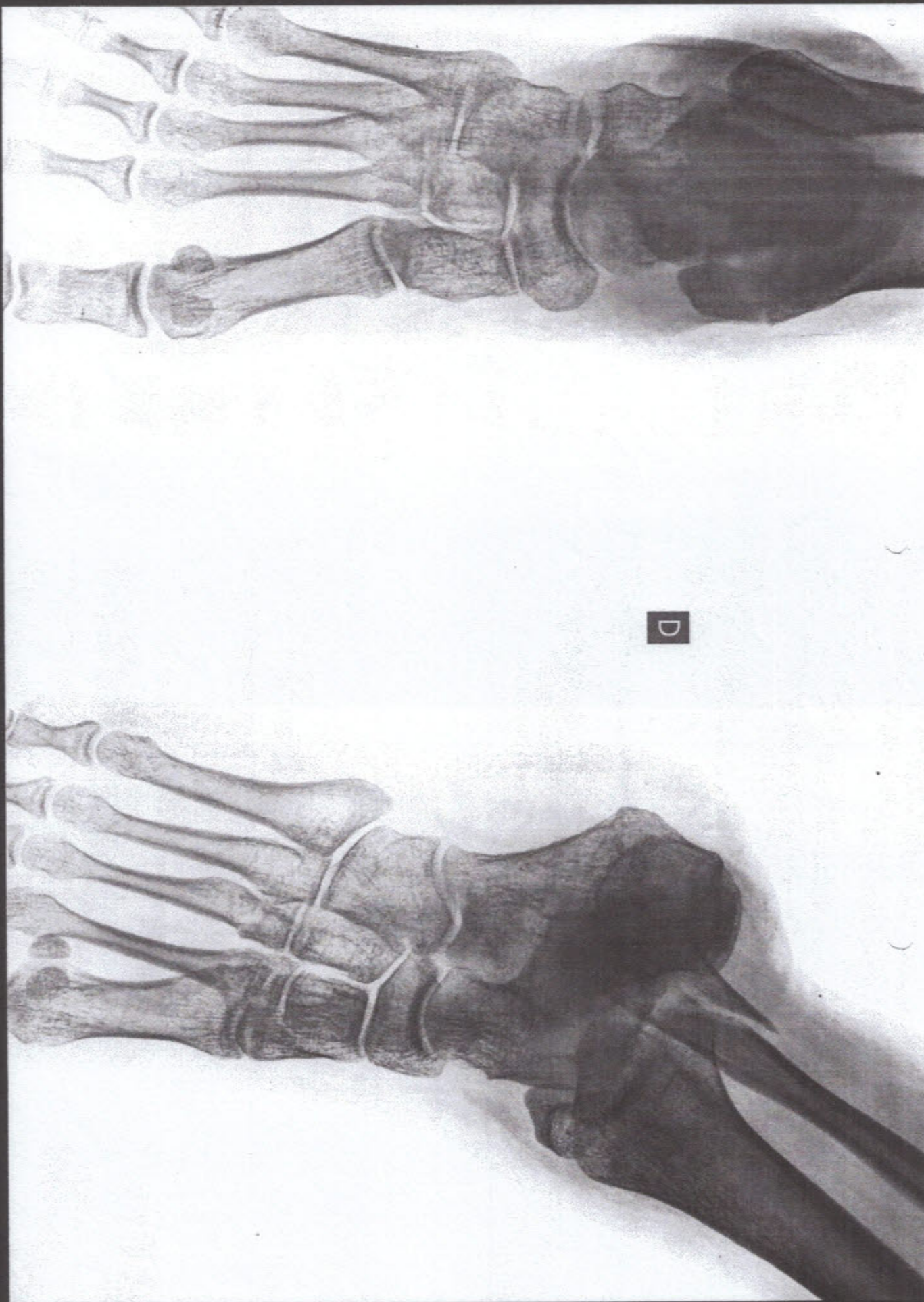


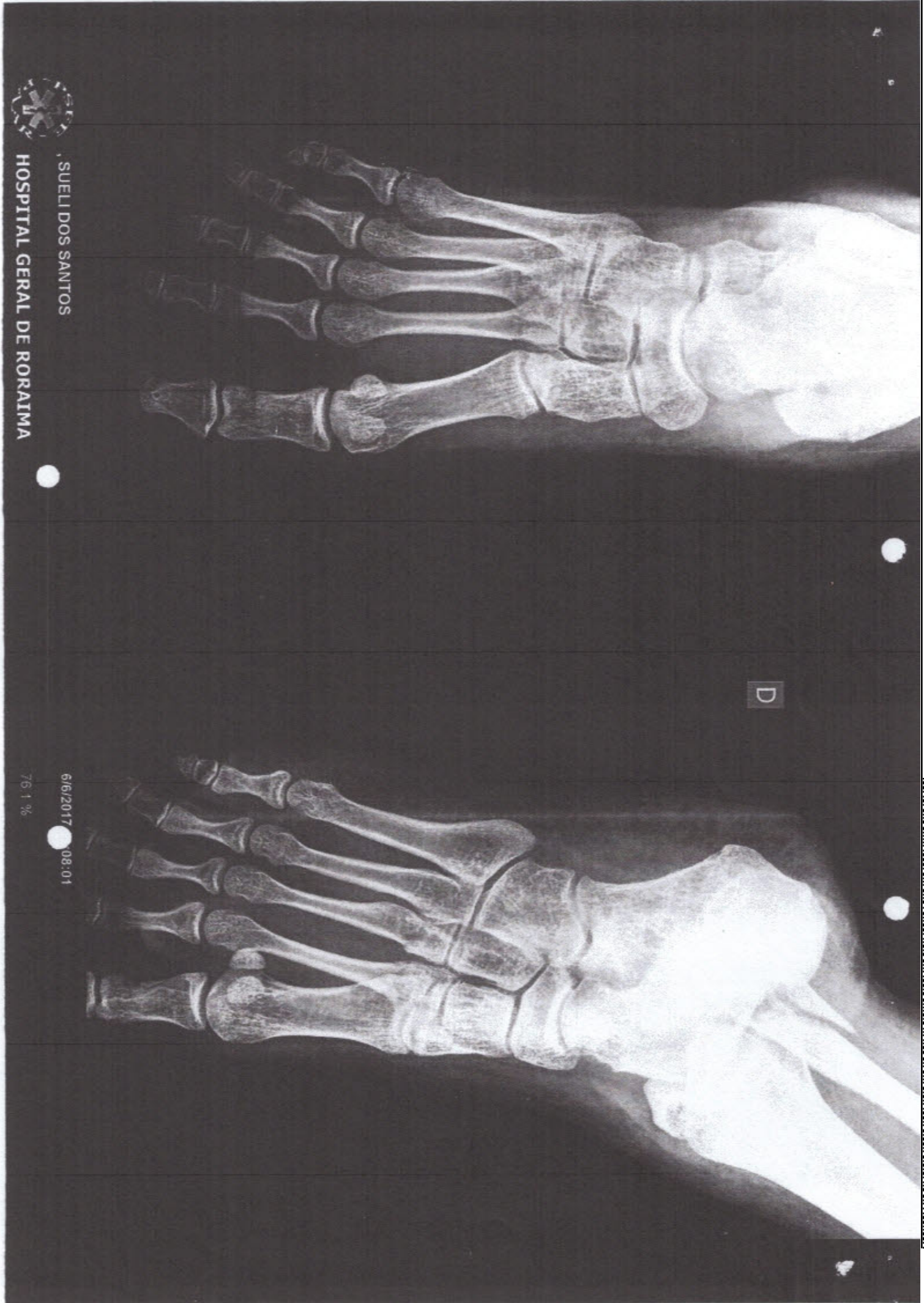
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SUELI DOS SANTOS

6/6/2017 08:01

82.2 %






SUELI DOS SANTOS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

6/6/2017 08:01
76.1 %



SINISTRO 3180129235 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SUELY SOUZA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO SUELY SOUZA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 51592690297

Posição em 02-04-2019 15:06:19

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/08/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

