

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** Brasileira, Solteira, Vendedora, portadora da carteira de identidade nº 3995526 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.607.552-39, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua José Carlos Prazeres, 1397 Bairro: União - CEP: 69.313-782 Tel. (95) 99122-5239 / 99139-0970.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

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

Boa Vista/RR, 23 de janeiro de 2020.

X Adria Juliana do Nascimento
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO		
FILIAÇÃO.....: MARIA FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO		
NASCIMENTO.....: 08/05/1993	SEXO: FEMININO	
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO		
NATURALIDADE: MANAUS - AM		
DOCUMENTO.....: C. I 3995528 02/09/2009 SESP RR		
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995		
CPF.....: 016 607 552-39	CNH.....:	
TIT. ELEITOR:	SEÇÃO:	ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 09/05/2011		
		
SIGNATURA DO EMISSOR		

IFICACÃO CIVIL - BRASILEIRO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu . **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** Brasileira, Solteira, Vendedora, portadora da carteira de identidade nº 3995526 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.607.552-39. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua José Carlos Prazeres, 1397 Bairro: União - CEP: 69.313-782.

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, 23 de janeiro de 2020.

✓ Adria Juliana do Nascimento

Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO** Brasileira, Solteira, Vendedora, portadora da carteira de identidade nº 3995526 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 016.607.552-39, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua José Carlos Prazeres, 1397 Bairro: União - CEP: 69.313-782.

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, 23 de janeiro de 2020.

x Adria Juliana do Nascimento
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 08:28 Data/Hora Fim: 13/11/2019 08:52
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/08/2019 22:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AM - Manaus	Sexo: Feminino	Nasc: 08/05/1993
Profissão: Vendedor			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Francisca Ribeiro do Nascimento			

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSÉ CARLOS DOS PRAZERES

Nº: 1397

Bairro: BAIRRO UNIÃO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 016.607.552-39	Placa NAS0981
Renavam 00952689430	Número do Motor JA04E28064152
Número do Chassi 9C2JA04208R064152	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor AMARELA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/04/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adria Juliana do Nascimento	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA HORÁCIO MARDEL DE MAGALHÃES



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 13/11/2019 08:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039958/2019

SENTIDO AV. ATAIDE TEIVE > AV. MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO TENTOU DESVIAR DE UM BUEIRO QUE ESTAVA SEM TAMPA E ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A CLAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

Adria Juliana do Nascimento
(Comunicante / Vítima)

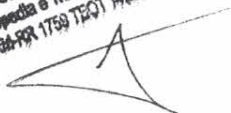
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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



		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		NOTURNO 19- 22	
1901154655		27/08/2019 22:23:48		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		CPF 07		Prontuário			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		Nacionalidade			
ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO		08/05/1993		26 A 3 M 19 D		702500391610933		BRASILEIRA			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		3995526		SSPAM		07/09/2009		F		SOLTEIRO(A)	
Mãe		MARI FRANCISCA RIBEIRO DO NASCIMENTO		Pai		NAO DECLARADO		Contato		(95) 99139-0970	
Endereço		RUA - JOSE CARLOS DOS PRAZERES - 1397 - UNIAO - BOA VISTA - RR		Ocupação		NÃO INFORMADA					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por		EDILEUDA.SOUZA	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Via aérea permeável e ventilação adequada. Paciente relata que cuspiu sangue. Apresenta escoriações no membro esquerdo.											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAO - X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG ☐ OUTROS: _____	
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
① 2g de Dipirona (DIL ^{EV}) 22:35h											
Condução											
☐ Alta por Decisão Médica						☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido						☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia						☐ Internação					
☒ Transferência para: Ortopedia						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: edileuda.souza											
Data Hora: 27/08/2019 22:24:59											

Pele sobre queda de moto
d trauma contuso em antro (E)
Do Ex: deformidade em antro
Ex: Trat 1/3 distal de
clavícula
Cl: Internação p/ Cirurgia

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREM-RR 1759 TEO 14.272



A

altp: 28/08/19

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	BLOCO A	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		175356	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
710251010391161109133		08/09/93	
9 - SEXO		F	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria Francisca Ribeiro do Nascimento		9911350970	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua José Carlos dos Prazeres 1397 União		140010	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
Boa Vista		RR	
		16 - CEP	
		37813782	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Fratura de 1/3 distal de clavícula			

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Tto cirurg.		Tf + Rx	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Fract de Clavícula			

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internação Hosp			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)			
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 TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

BCA

OK

c seta : 43109119

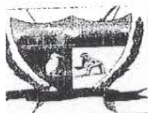
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES	
H-E-R BLOCO C					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		175356	
Adrian Juliana De Nascimento		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		F	
702510039116109133		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		08/05/93	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Maria Traíçeira Ribeiro do Nascimento			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Rua José Carlos dos Prazeres, 1392, Unias		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP	
Boa Vista		RR	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente com fratura de clavícula (E)	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tratamento cirúrgico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Histórico + Exame físico + Radiológico	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
fratura de clavícula (E)	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		03 MIT 209	
Osteossíntese de fratura de clavícula (E)			
26 - CLÍNICA		28 - DOCUMENTO	
		() CNS () CPF	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Dr. Delson		13/09/18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		37 - N° DO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - SÉRIE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		5420	
0408020150			
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/1		Dr. Delson	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Adrián Julián 170
Laselemento

Data: 13, 09, 15 O.S. _____

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

DICAÇÃO TERAPÊUTICA:

PO DE INTERVENÇÃO:

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H sob anestesia
- 2) Bexiga e Antropodia
- 3) Colocação de campos esterilizados
- 4) Menos anterior + dorso por Planos longos
- 5) Realização de incisão + fixação em 2 pontos de tensão
+ 2 pontos de tensão dos focos da fratura
- 6) Realização de incisão + fixação em 2 pontos de tensão
+ 2 pontos de tensão dos focos da fratura
- 7) Realização de incisão + fixação em 2 pontos de tensão
+ 2 pontos de tensão dos focos da fratura
- 8) Realização de incisão + fixação em 2 pontos de tensão
+ 2 pontos de tensão dos focos da fratura

Dr. Edson Silva Santiago
170





FICHA DE ANESTESIA

Admis juliana do Nascimento, 26e

13.09.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
14:00 15:00 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES	N 20		
	02		
LIQUIDOS VENOSOS	A M V 3 P 300 800 800 800	PANI + ECG + FC + SP02 + EtCO2	
DA X	SP02 100% 100% 100% 100%		
ULSO	36 200 32 30 35 36		
ANES	34 180 32 160 30 140		
TEMP	120 100 80 60 40 20		
ASPIR.			
RESP			
EXPONT			
ASSIST			
CONTO			
SIMBOLOS			
AGENTES A SVOllumano B Etomidato 1mg C Fentanyl 300mcg D Propofol 50mg E Midazolam 2mg F G GLICOSE LIQUIDOS NDGD SANGUE 40.9% 1000 TOTAL 1760 OPERAÇÃO - Osteossintese Fixação de clavícula ANESTESIA - Dr. Edson		TECNICA Intubação oral com canula + int. Acoplada a VM em AIT Fechado um Abrevidado de CO2 Cânula - Naso / Oro Faringea Naso / Orotraqueal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dificuldade Técnica TEMPO DE ANESTESIA 01:30 ANOTAÇÕES X Monitorização + clareza 1. Pré-Oxigenação FiO2 100% 2. Indução Anestésica: - Fentanyl 300mcg - Midazolam 2mg - Etomidato 1mg - Atrocin 50mg 3. Sob sedação visualizada Laringe - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque PERDA SANGÜINEA	

ANESTHESIA
- Dr Colino

- Dr. Carlos J. L. R.

~~RURGIÃO~~ *De Dylson*

- In Msa also

10. Extrubação
11. SRPA

durch das andere Vocals.

4. *aptazodius* sp IV

S. Desautels long IV

6. Diptera 2g-IV

7. Order surface by W

B. Transdala 100mg IV

9. ~~ASTROPALA~~ 0.0mg + prostigmine 2.0mg w

BRUNO THIAGO D. C. PINTO
MEDICO
CRM-RR 1026



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Adria Juliana do Nascimento				13 / 09 / 19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Dist. de Fratura clavícula e		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:38	15:40		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		DR Edino	
DR Dalson		RES. ANESTESIA:		DR Carlos	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR Marcelo (R)		CIRCULANTE		Benedy + Isaac	
3º AUXILIAR		TEMPO DE DURAÇÃO:			
DR Raulo R					
TÍT DE ANESTESIA: Geral					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3,0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3,0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Equipos	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO cloxidine ± 100ml	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM cloxidine ± 100ml	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	Eletrodo		1	OUTROS: fovidine tópicos ± 100ml	
1	cateter 10g		1	Alcool ± 100ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rebeca			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Luciano	TAXA DE ANESTESIA		
			SUB- TOTAL		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Ost. de Fratura clavícula	Data: 13/09/19
Nome do Paciente: Adria Juliana do Nascimento		Nº do Prontuário	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala
			Circulante de Sala: Baudes + 7202

Dr. Dalton Feibos
Oncoplastic Traumatologist
CRM-116-176

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308. Asa Norte
CEP 68.000-005. Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (68) 212-3831
Fax: (68) 212-3831

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJD4B 4EXXU PFXLH 754W3



307-7



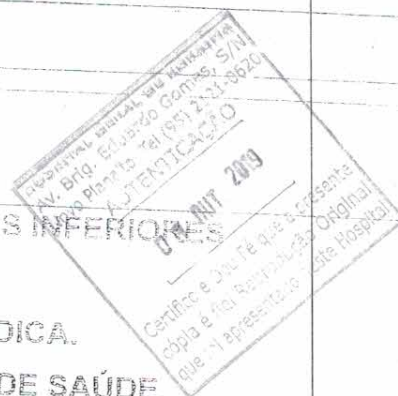
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriana Silva de Vasconcelos 26 ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 12/09/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fx clavícula (E)
NO DIA 13/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de clavícula (E) SENDO
OPERADO PELO DR. Douglas E DR. Matheus
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/09/19 ÀS 17:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23/09/19 ÀS 14:00 COM O
DR. Jackson

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES.
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3. NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5. NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



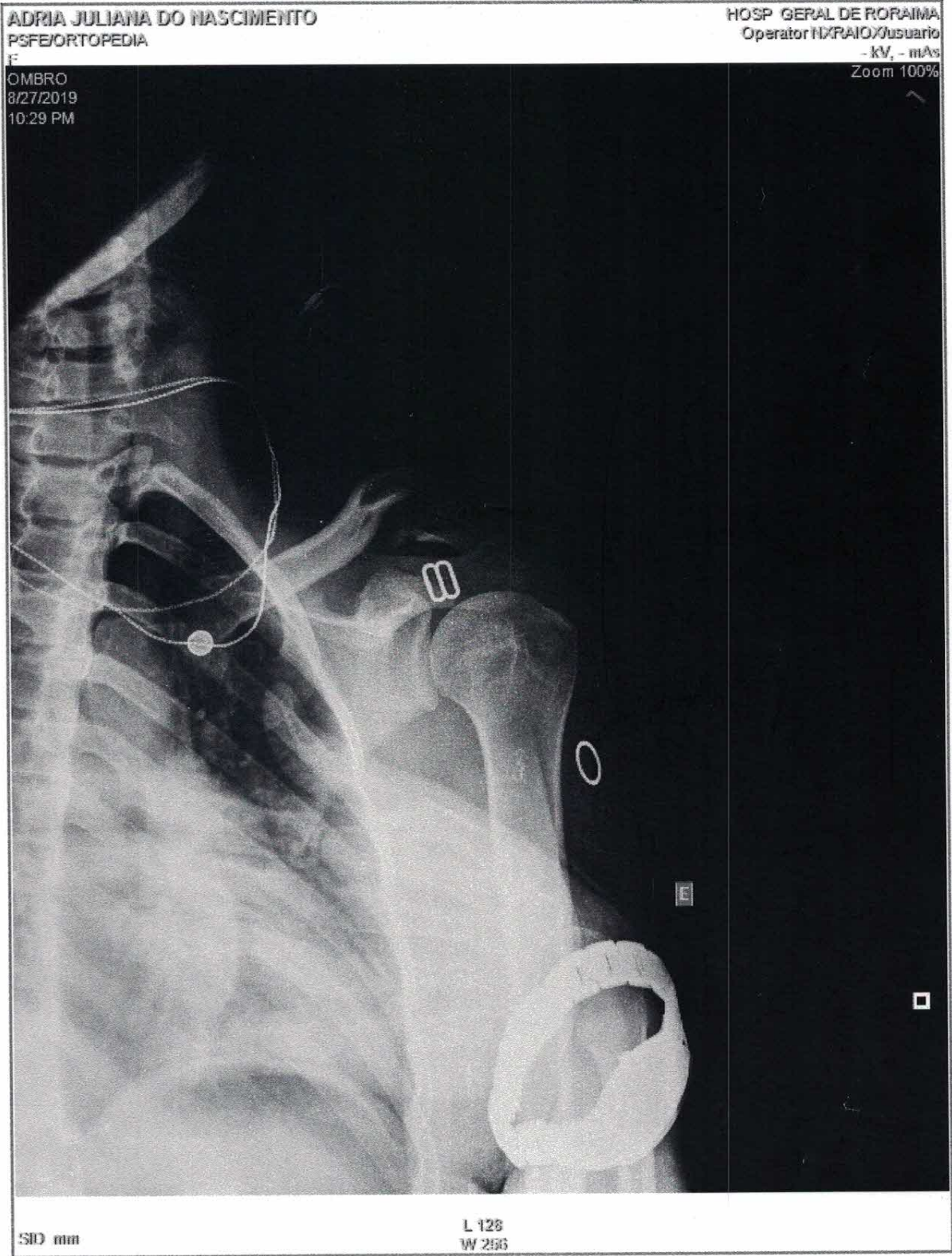
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/2028

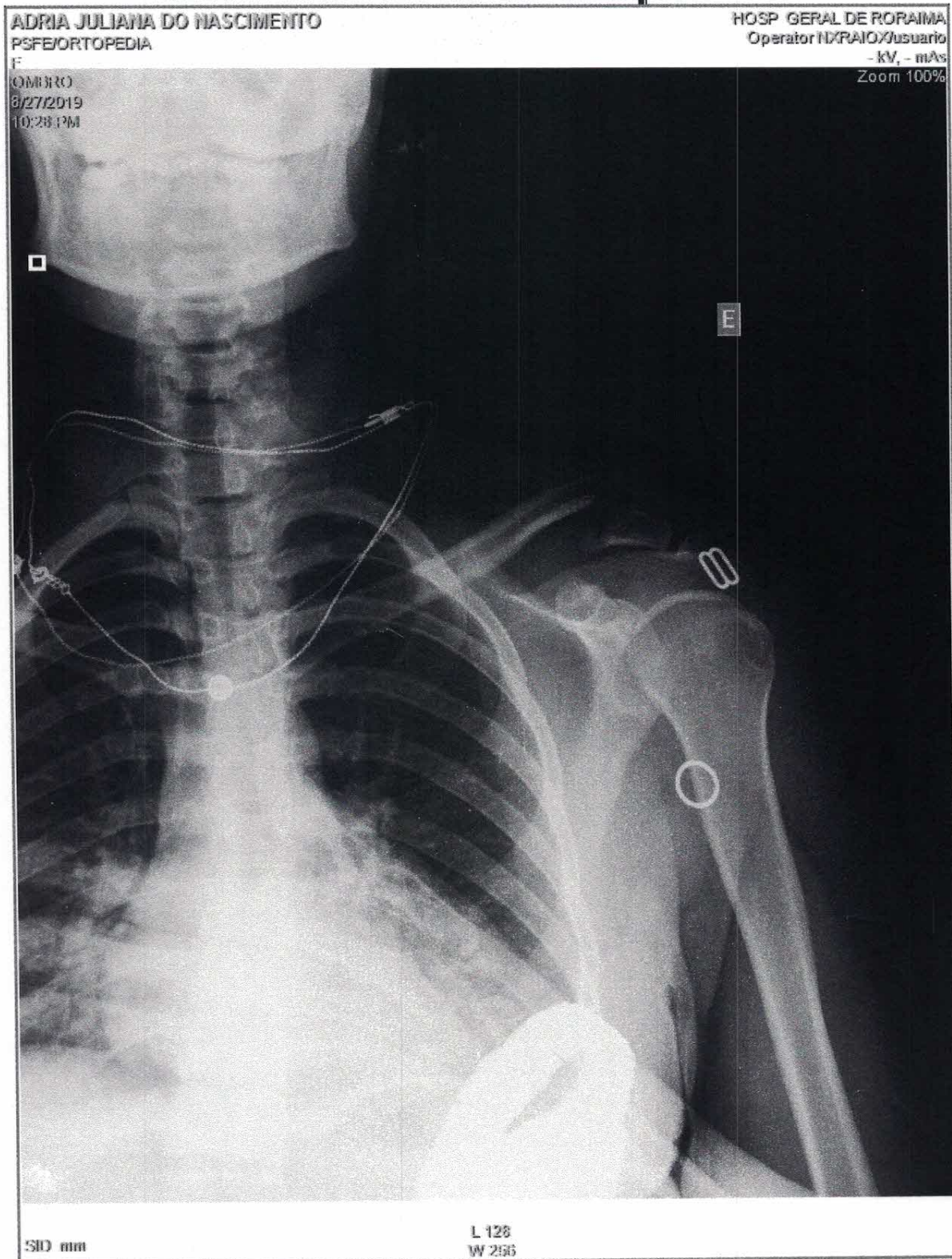
BOA VISTA, 14/09/19

MÉDICO

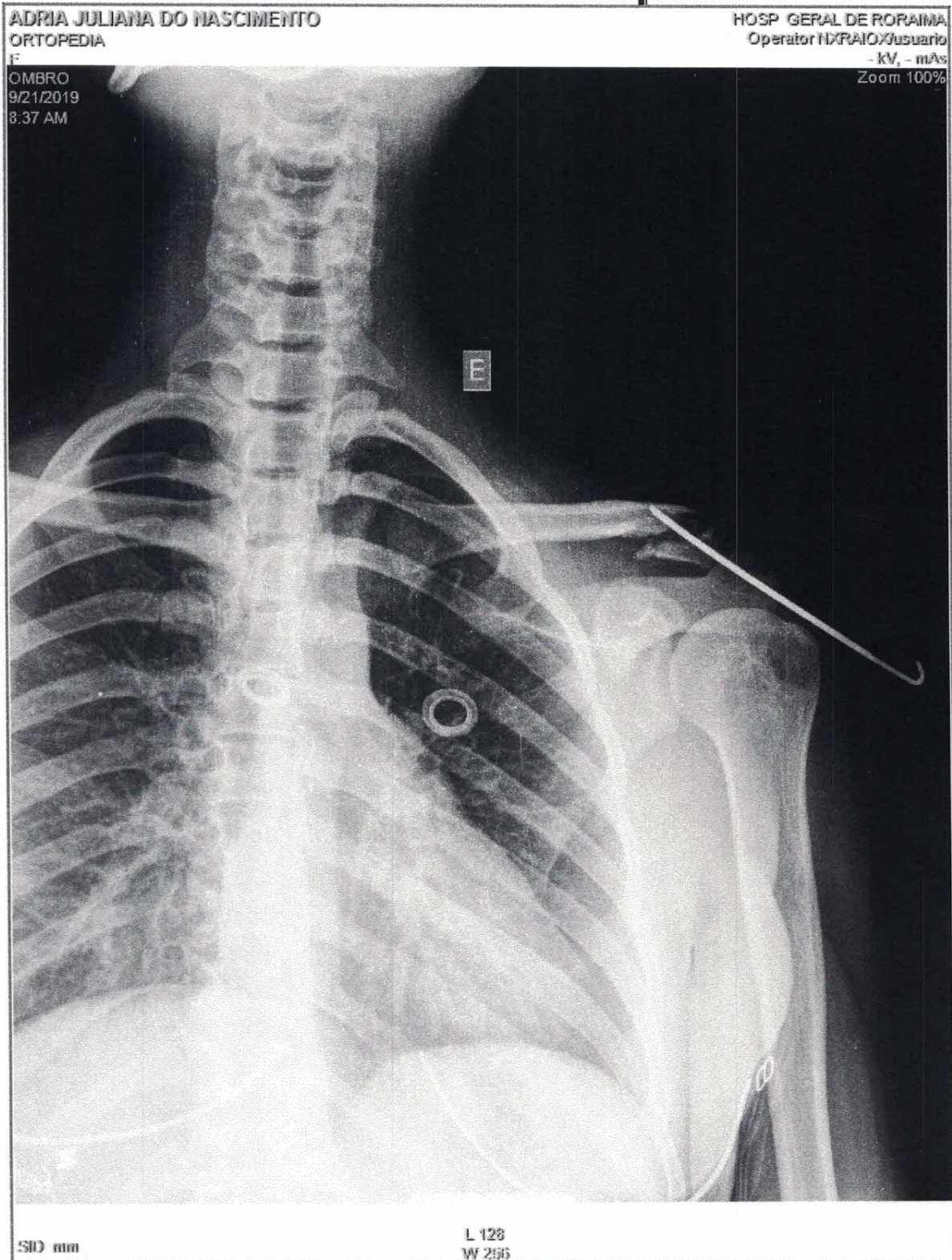
Not intended for official interpretation.

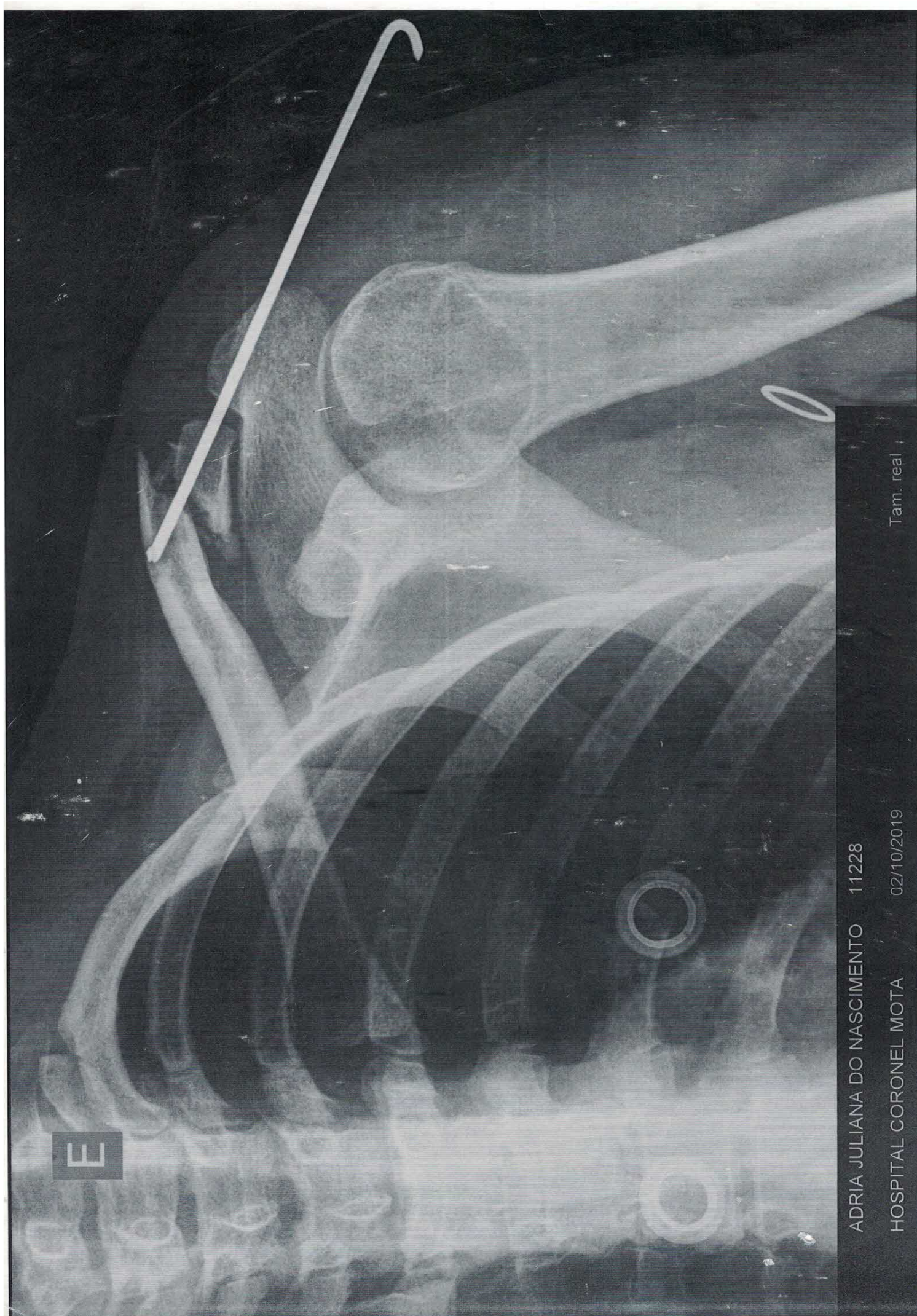


Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.





ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO 11228

HOSPITAL CORONEL MOTA 02/10/2019

Tam. real





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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711314

Vítima: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADRIA JULIANA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000024189-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você